

[Intoxicaciones agudas]



[Módulo Urgencias Pediátricas]

Autores:

Ángela Rico Rodes y Olga Gómez Pérez

Fecha de elaboración: Enero 2015.

Fecha de consenso e implementación: Febrero 2015.

Fecha prevista de revisión: 2018.

Nivel de aplicación: R1



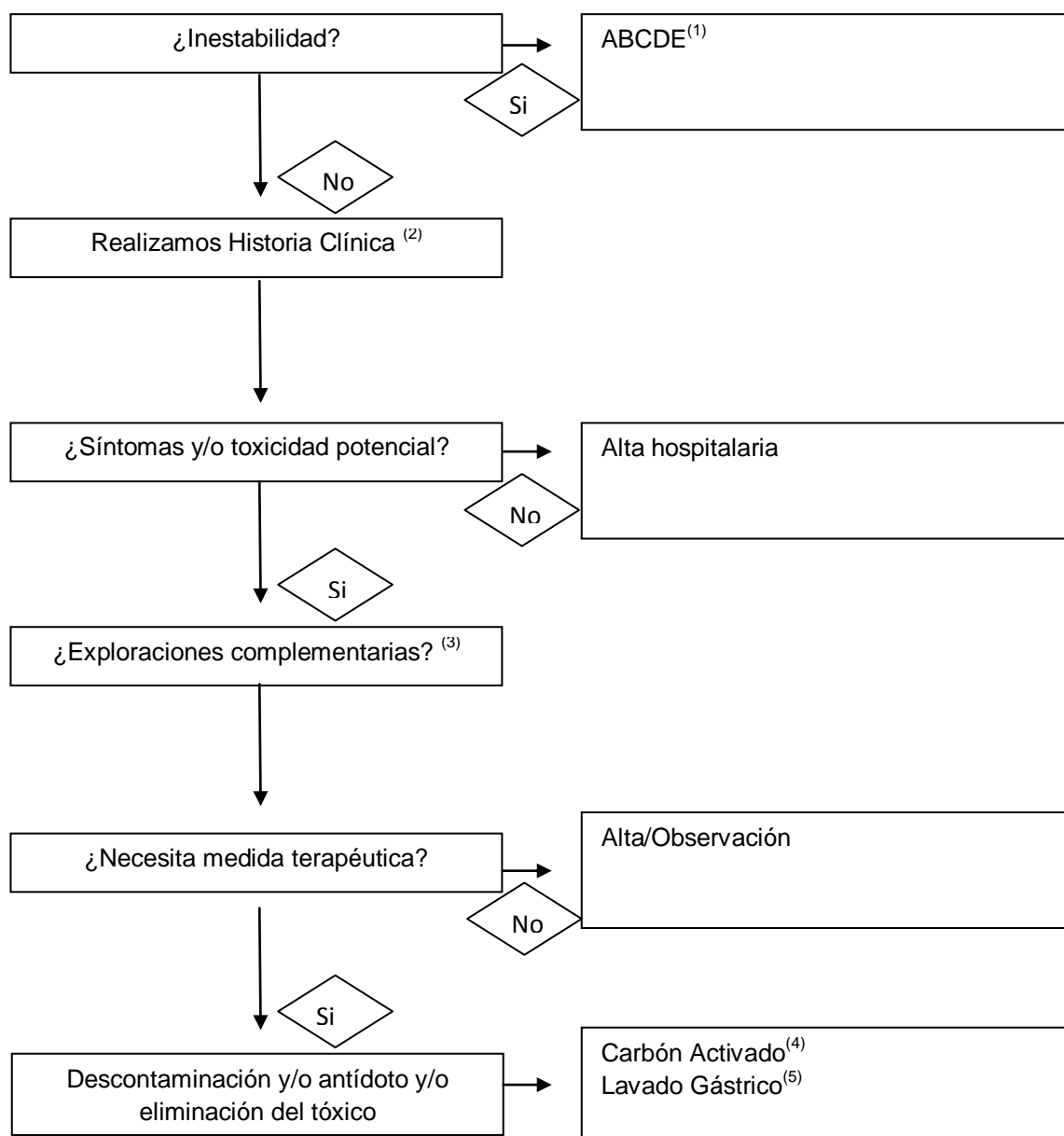
Las intoxicaciones agudas suponen el 0,3% de las consultas en Urgencias Pediátricas al año. Aunque suelen ser de carácter leve, se produce un 1% de hospitalizaciones por dicho motivo con una mortalidad del 0,1%. Afortunadamente, la mayoría de las veces se trata de contacto con sustancias no tóxicas en la cantidad ingerida por lo que en el 20% de los casos no se requieren medidas adicionales. No hay que olvidar que en el 5-10% las intoxicaciones son causadas por sustancias altamente tóxicas con una elevada morbilidad y mortalidad.

Las ingestas accidentales son más frecuentes en el grupo de edad comprendido entre 1-5 años, con un mejor pronóstico debido a que consultan de manera inmediata, mientras que en los adolescentes la causa suele ser intencional con un peor pronóstico ya que la consulta es más tardía y suelen ser de carácter polimedamentoso.

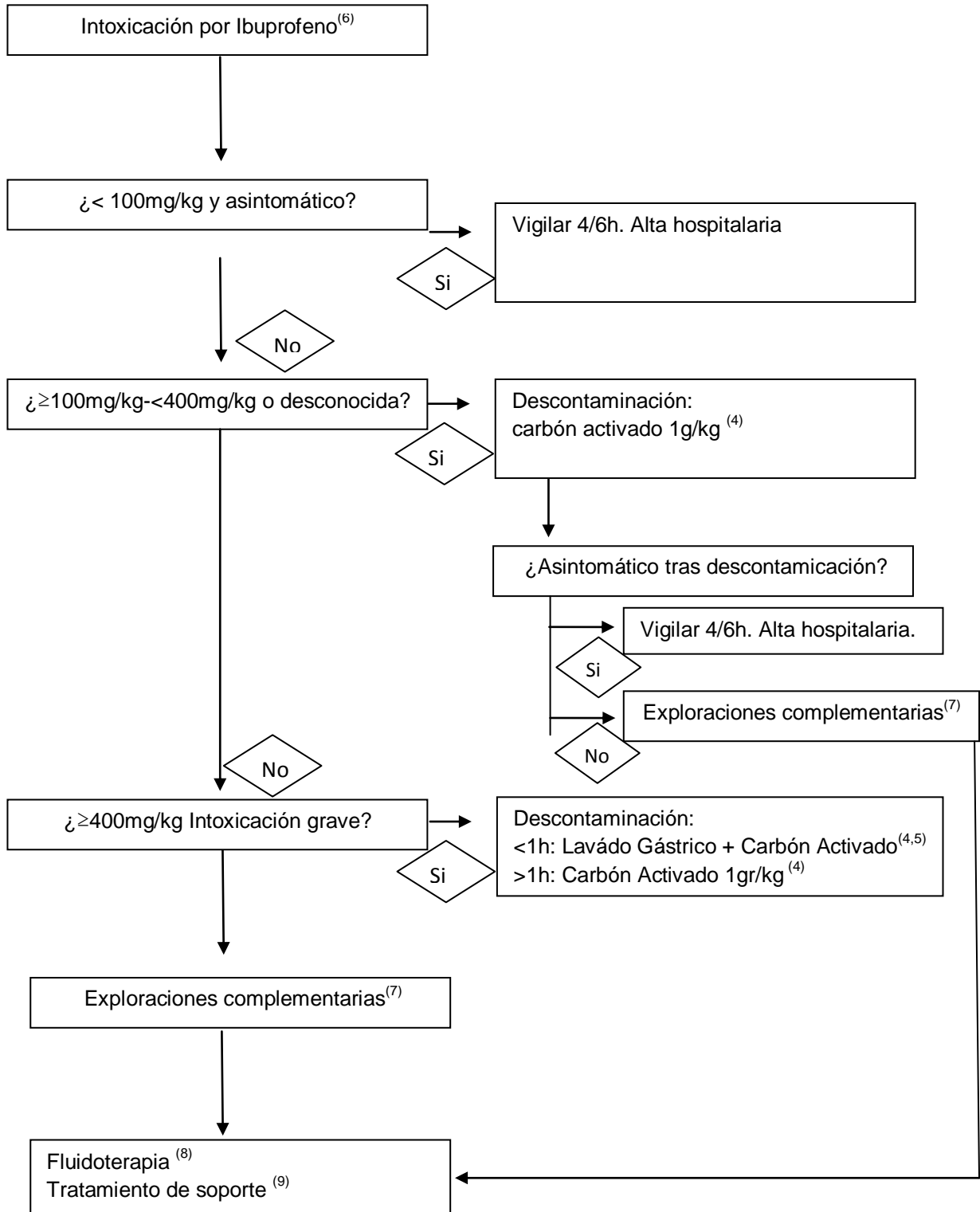
Las sustancias que ingieren con más frecuencia los niños pequeños son medicamentos, habitualmente analgésicos, cosméticos y productos de limpieza. Los adolescentes, en cambio, consumen drogas ilegales y etanol.

El ALGORITMO presentado sigue el esquema de la Sociedad Española de Pediatría y del Manual de Intoxicaciones en Pediatría de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas 3ª Edición.

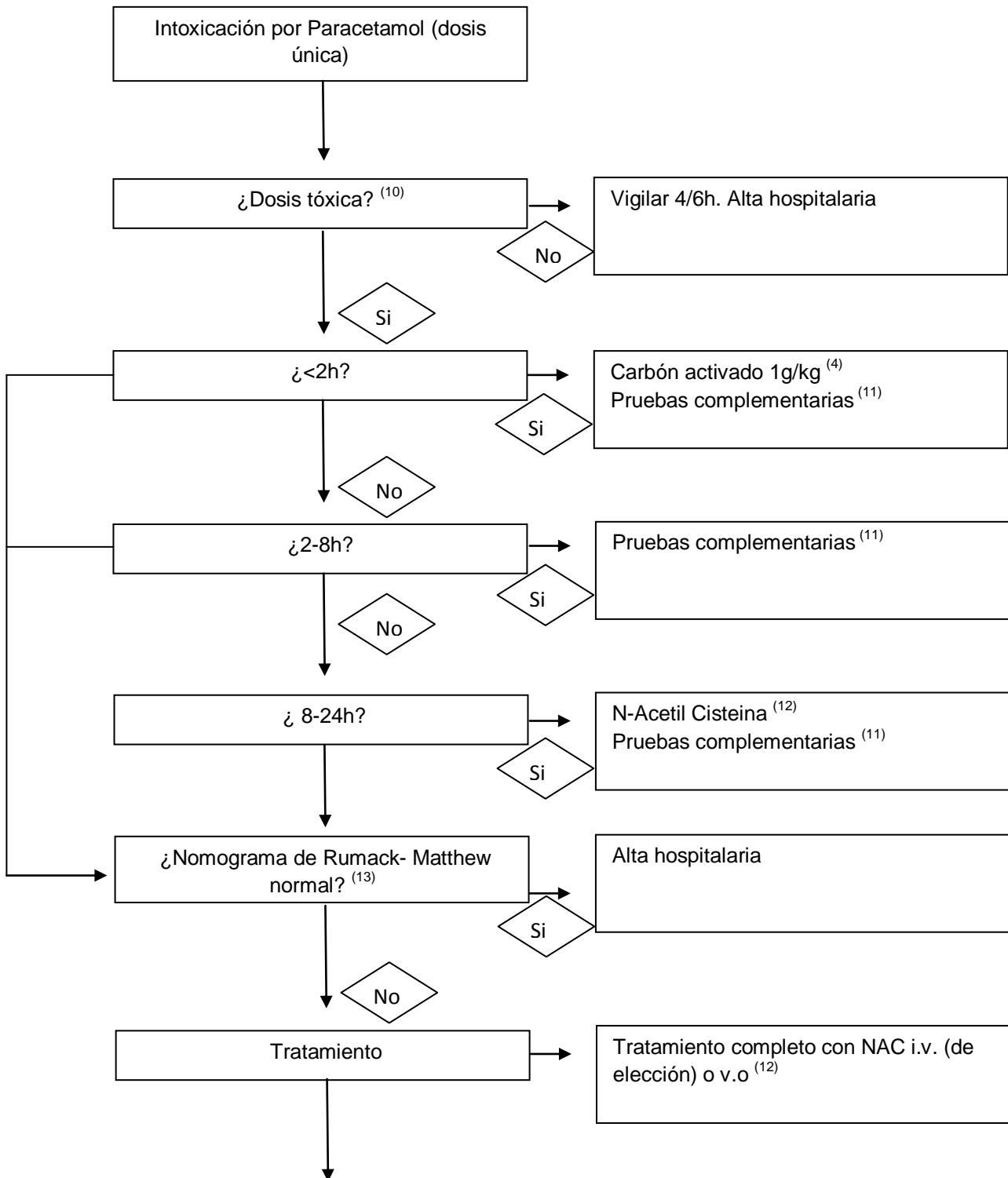
MANEJO INICIAL DE LA INTOXICACIÓN

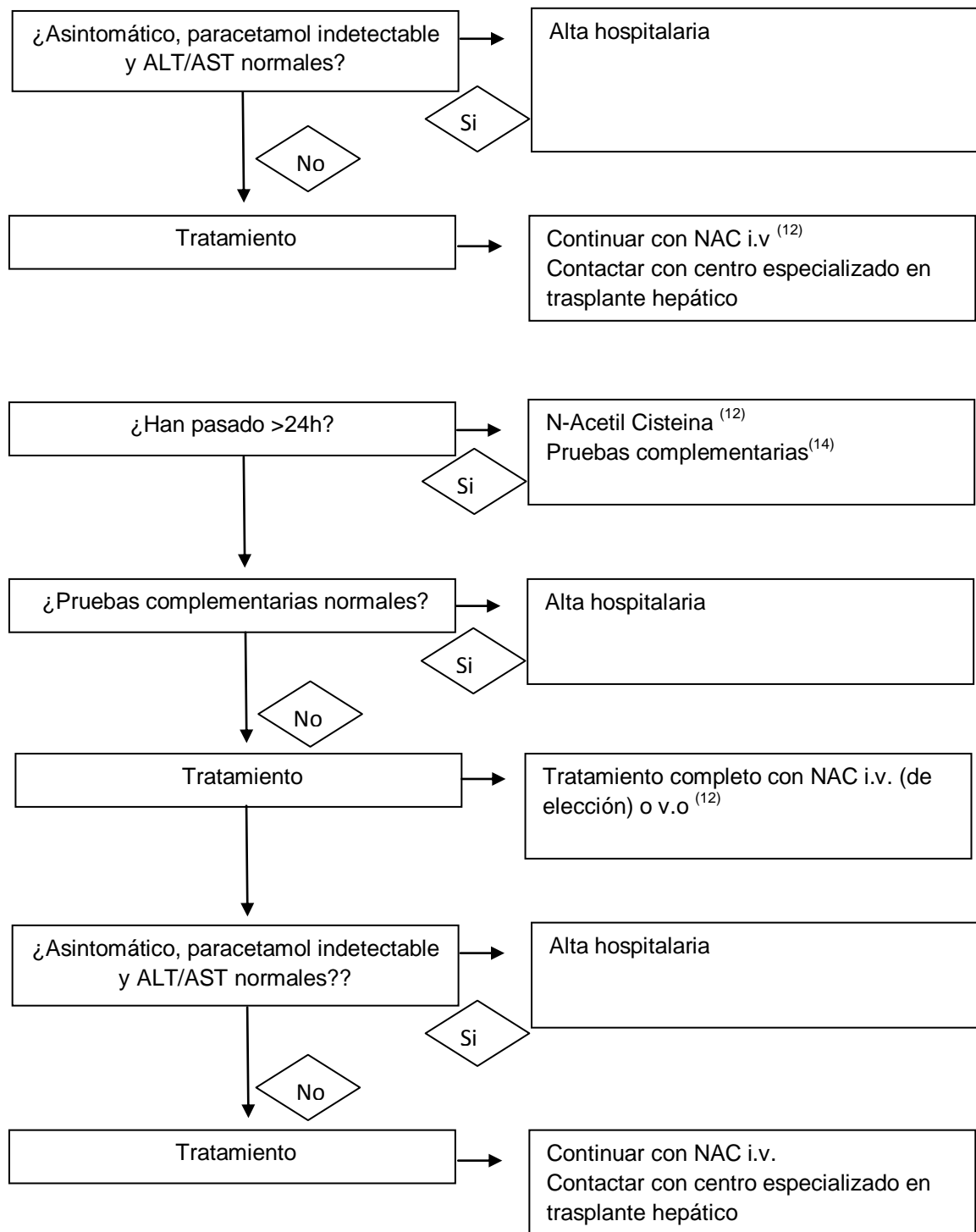


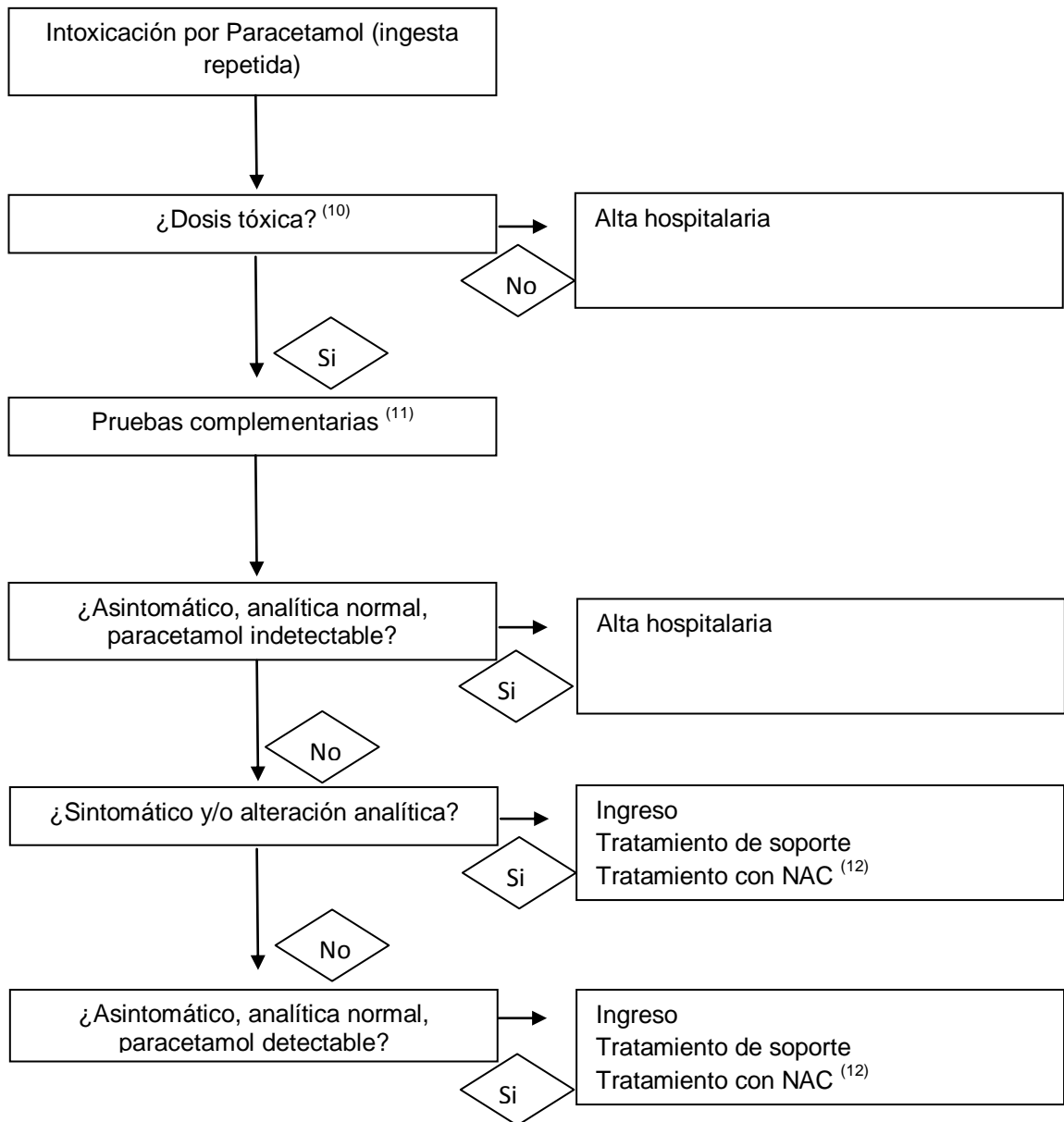
MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR IBUPROFENO



MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL



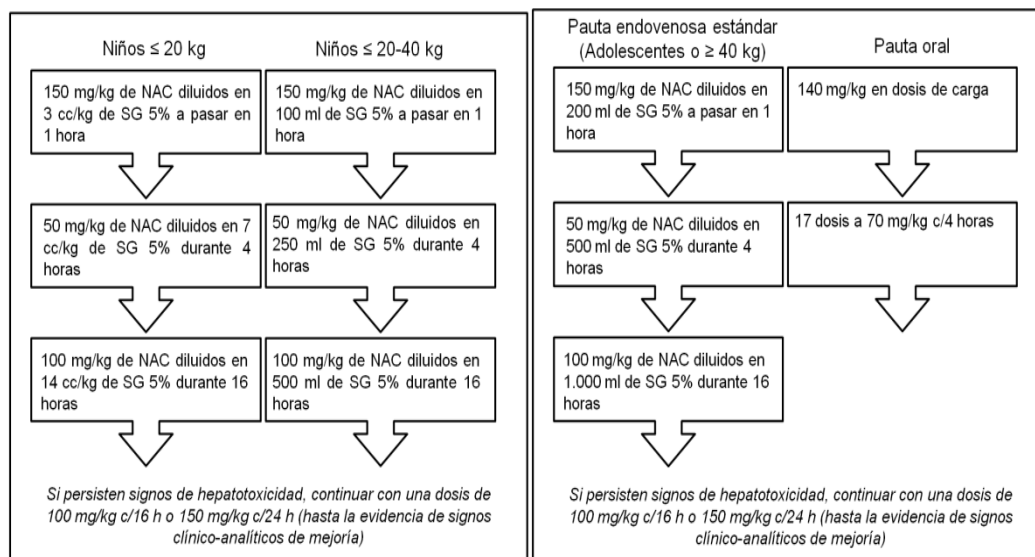




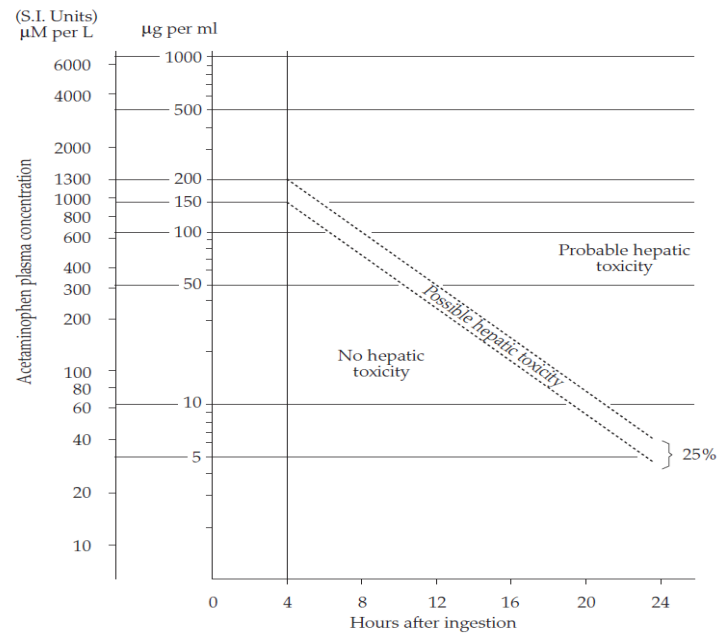
- (1) A: control de la vía Aérea y estabilización de la columna cervical. B: evaluar calidad y cantidad de la respiración. Proporcionar oxígeno. C: evaluación del sistema circulatorio, identificación y control de hemorragias externas. D: estado neurológico. E: Quitar la ropa al paciente para detectar todas las lesiones con la precaución de volver a cubrir al paciente lo antes posible para evitar hipotermia.
- (2) Hay que identificar el tóxico: nombre exacto, preparación y concentración. Vía de exposición. Cantidad ingerida (máxima estimada en mg/kg). Tiempo transcurrido. Síntomas tras la ingestión. Tratamiento previo llegada a UPED. Antecedentes personales de intoxicación. En caso de duda llamar al Instituto Nacional de Toxicología (91- 4112676). A continuación realizar una adecuada exploración física incluidos los signos vitales.
- (3) Recordar que a la hora de solicitar pruebas complementarias hay que individualizar en cada caso. Las pruebas son las siguientes: Glucemia capilar. Niveles cuantitativos. Estudios cualitativos en orina (sobre todo para drogas ilegales y etanol). Analítica: Función renal, hepática, ionograma, glucemia, estudio ácido-base, cálculo de anión gap, CPK, coagulación. Rx tórax (cuando se sospecha de aspiración) y abdomen (si síntomas gastrointestinales o material radiopaco). ECG (si tóxico que curse con alteraciones cardíacas o es desconocido)
- (4) La vía de administración debe ser la oral siempre que sea posible.
 - Indicaciones: pacientes que han ingerido una dosis tóxica o letal de una droga adsorbible, se presentan en la primera hora y tienen protegida la vía aérea.
 - Contraindicaciones: vía aérea no protegida y disminución del nivel de conciencia sin estar intubado. Ingestión de ácidos o álcalis (corrosivos). Pacientes con obstrucción o disfunción gastrointestinal. Riesgo de hemorragia o perforación gástrica.
 - Efectos secundarios: emesis, aspiración, alteraciones metabólicas, perforación esofágica o gástrica, laringoespasmo, arritmias.
 - El mayor beneficio de la administración de CA se obtiene si se utiliza en la primera hora tras la ingesta del tóxico aunque no hay datos suficientes para apoyar o excluir su uso cuando han transcurrido entre una y seis horas.
 - Dosis: Vía oral (de elección) o sonda nasogástrica. 0,5-1 g/kg para menores de 1 año (máx. 10-25 g) 0,5-1 g/kg en niños entre 1 y 14 años (máx. 25-50 g) 25-100 g en adolescentes y adultos. La presentación en vaso opaco o la mezcla con chocolate, chocolate con leche, zumo de frutas y bebidas con cola (en relación 1:1), mejora el sabor y no modifica la eficacia. No se aconseja la mezcla con leche, yogur, helado, sorbetes, mermelada y cereales. Se recomienda una dilución mínima de 200 cc de agua por cada 25 g de CA. En cuanto a las dosis múltiples, únicamente se aconsejan cuando la clínica es persistente, y la dosis es 0,25-0,5 g/kg cada 2-6 horas (hay que individualizar cada caso en concreto).
- (5) Siempre debe ir seguido de carbón activado.
 - Indicaciones: La intoxicación se debe haber producido en los primeros 60 minutos, y su uso está indicado si se trata de intoxicaciones potencialmente fatales y/o si el tóxico no es susceptible a eliminar con Carbón Actvado (ácido bórico, ácidos minerales, hidróxido sódico o potásico, arsénico, bromuro, carbonatos, cáusticos, cesio, cianuro, DDT, diltiazem, etanol y otros alcoholes, etilenglicol, hierro, ipecacuana, isopropanol, yoduros, litio, metales pesados, potasio, tobramicina, tolbutamida). Cuando se trata de tóxicos de evacuación gástrica retardada (AAS, sales de Fe, anticolinérgicos, tricíclicos, narcóticos y fenotiacinas. Incluso hasta 6-8 horas tras la ingesta)
 - Contraindicaciones: Alteración del nivel de conciencia, coma o convulsiones, a no ser que esté intubado. Ingesta de cáusticos. Ingesta de hidrocarburos (contraindicación relativa). Riesgo de hemorragia o perforación intestinal, historia de cirugía de esófago o varices esofágicas.
- (6) Dosis potencialmente tóxicas: 100mg/kg, amenaza la vida 400mg/kg.

- (7) Hemograma, electrolitos, función renal y hepática, coagulación y gases sanguíneos arteriales (estos pacientes suelen desarrollar hipocalcemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia al día siguiente de la ingestión). Prolongación del tiempo de protrombina. Debe realizarse un test de embarazo en adolescentes. No son necesarios estudios de imagen, a no ser que la exploración sugiera. Perforación visceral. ECG: en pacientes hipercalemicos.
- (8) Corregir anomalías electrolíticas y acidosis metabólica severa (bicarbonato i.v.).
- (9) -Convulsiones: benzodiazepinas, controlar calcemia y magnesemia.
 -Protección gástrica: inhibidores de la bomba de protones (omeprazol).
 -Hipotensión: bolos SSF, vasopresores.
 -Si fallo renal agudo, terapia de depuración extrarrenal (hemodiálisis).
- (10) -Dosis única: dosis potencialmente tóxicas: 150mg/kg niño > 6 año, 8g en adolescentes.
 -Ingestas repetidas de dosis supraterapéuticas:
 <6 años; ≥200 mg/kg en 24 h, ≥150 mg/kg/d en ≥ 48 h, ≥100 mg/kg/d en ≥ 72 h
 ≥6 años; ≥ 200 mg/kg o ≥ 8 g en 24 h, ≥ 150 mg/kg/d o ≥ 6 g/d en ≥ 48 h
 Pacientes con riesgo; ≥ 100 mg/kg/d, ≥ 4 g/d
- (11)-Analítica: hemograma, electrolitos, tiempo de protrombina, ALT/AST, función renal.
 -Niveles sanguíneos de paracetamol a partir de las 4 horas de la ingesta. Estos niveles se contrastarán con el Nomograma de Rumack-Matthew (solo es útil en los casos de intoxicaciones agudas por paracetamol y con un tiempo transcurrido desde la ingesta menor a 24 horas).
No contrastar niveles de paracetamol en Nomograma de Rumack-Matthew en caso de ingestas repetidas.

(12)N-Acetil Cisteína



(13) Normograma de Rumak-Matthew: patológico se considera cuando está en rango posible/probable



(14) Analítica: hemograma, electrolitos, tiempo de protrombina, ALT/AST, función renal y niveles sanguíneos de paracetamol.

Bibliografía

1. Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de Intoxicaciones en Pediatría. 3ª Edición. Madrid: Salvat; 2012.
2. Mintegi Raso S. Intoxicaciones medicamentosas. En Protocolos AEP [en línea] [fecha de consulta:16-II-2015]. URL disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/intoxicaciones_medicamentosas.pdf
3. A Karl Barnett, MD Edward W Boyer, MD, PhD. Salicylate poisoning in children and adolescents. In: UpToDate; 2014 [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Kennon Heard, MD, Richard Dart, MD, PhD. Clinical manifestations and diagnosis of acetaminophen poisoning in children and adolescents. In: UpToDate; 2014 [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
5. Larissa I Velez, MD, Collin S Goto, MD, J Greene Shepherd, PharmD. Decontamination of poisoned children. . In: UpToDate; 2014 [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>