

Editorial

La intoxicación aguda. Un prototipo de emergencia médica

Dr. Santiago Nogué

Estudios recientes procedentes de los Servicios de Urgencias de nuestro medio, muestran que hasta un 6% de los enfermos atendidos corresponden a intoxicaciones agudas. La lectura de los diversos trabajos epidemiológicos que sobre intoxicaciones se realizan en España, y algunos de los cuales han sido publicados recientemente en Emergencias, muestran continuamente la disparidad de criterios existentes respecto al concepto de intoxicación aguda y a la forma en que es tratada.

Deberíamos considerar como urgencia toxicológica a todas las consultas al Servicio de Urgencias directamente relacionadas con una exposición reciente a una dosis potencialmente tóxica o desconocida de un producto químico (doméstico, agrícola, industrial, medicamento, alcohol y otras drogas de abuso, venenos de plantas o animales). Ello supone, por tanto, incluir a estos pacientes independientemente de que presenten o no manifestaciones clínicas, y excluir, por ejemplo, las intoxicaciones crónicas, las reacciones adversas a los fármacos o las consultas de drogadictos por otros motivos (síndromes de abstinencia, etc.), así como los enfermos que consultan por otra patología (accidente de tráfico) aunque se encuentren bajo los efectos de un tóxico (etanol). También se incluirían las intoxicaciones alimentarias por ingesta de toxinas (botulismo, setas, etc.).

Resultaría también muy útil, enmarcar siempre el número de urgencias toxicológicas dentro del número de habitantes teóricamente adscrito a ese hospital, así como el número total de urgencias y el de urgencias médicas (excluyendo cirugía, traumatología y otras especialidades).

Otro dato de gran interés que permitiría calibrar la gravedad de estas urgencias toxicológicas, es la necesidad de ingreso en el Hospital, siendo el modo más simple de uni-

ficar este criterio (dadas las diferentes posibilidades de ubicación: urgencias, observación, reanimación, etc.), el considerar como ingresado a todo paciente que permanezca más de 24 horas en el Hospital. Como fallecidos en Urgencias se deberían excluir los reconocidos como cadáveres e incluir la parada cardíaca irreversible producida en esas primeras 24 horas.

El segundo aspecto destacado de las urgencias toxicológicas de nuestro país reside en su tratamiento ya que, como han señalado diversos autores, son frecuentes los errores terapéuticos tanto por acción (diuresis forzada o lavados gástricos no justificados) como por omisión (infrautilización del carbón activado o de algunos antidotos). Y a nadie se le puede escapar la inadmisibilidad de esta situación que es fruto, entre otras causas, de la inexistencia de una actuación programada frente a esta emergencia médica con tan gran variedad de etiologías, manifestaciones clínicas y opciones terapéuticas.

Por todo lo anterior, hay dos propuestas a formular, que podrían ser asumidas por la SEMES: en primer lugar, definir y elaborar una hoja unificada de recogida de datos de las urgencias toxicológicas, que permita realizar estudios comparativos y responder a preguntas tan simples como: ¿aumentan o disminuyen las urgencias toxicológicas?, En segundo lugar, y de forma similar a como ha hecho la Sociedad Española de Medicina Intensiva, establecer un protocolo terapéutico general para este tipo de enfermos que se ponga a disposición de todos los Servicios de Urgencias.

*Santiago Nogué
Hospital Clínic i Provincial. Barcelona*