Aspectos clínicos de las Intoxicaciones Agudas

Dres. F. Fortes, F. Rodríguez, J.L. Escolar, P. Valdivielso, C. García-Arias, P. González-Santos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Málaga.

Palabras clave

Intoxicaciones agudas. Urgencias médicas.

Aspectos clínicos de las intoxicaciones agudas

Las intoxicaciones agudas, voluntarias o accidentales, representan un serio problema médico. Dado el incremento significativo de su incidencia en los últimos años, han aparecido numerosas publicaciones en nuestro medio ocupándose de su estudio, tanto de los aspectos epidemiológicos^{1,2,3,4}, como delos clínicos⁵, aunque dando especial preferencia a aquellos relacionados con la medicina intensiva⁷. Para tener una visión completa del problema de la asistencia urgente a las intoxicaciones agudas es necesario completar el análisis de las características clínicas de estos casos desde una consideración general de Urgencia, en su globalidad inicial. Pretendemos en este trabajo repasar los aspectos clínico-evolutivos generales de este tipo de patología urgente.

Método

Se analizan de forma retrospectiva todos los casos de intoxicaciones agudas atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel asistencial (Hospital Universitario de Málaga) en un periodo de tiempo de 6 meses. Se protocoliza una toma de datos en la que están comprendidos: el tipo de tóxico, la edad, las manifestaciones presentadas al ingreso, las incidencias clínicas evolutivas, así como el lugar y el tiempo de estancia hospitalaria.

Resultados

Las intoxicaciones agudas supusieron el 0,3% del total de las Urgencias atendidas en ese Centro. De los 173

Correspondencia: J.L. Escolar Castellón. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Campus Universitario de Teatinos. Málaga.

casos recogidos, en 100 se presentaban diversas circunstancias que hacían dudosa la existencia real de la intoxicación con trascendencia clínica; unas veces debido al excesivo lapso de tiempo transcurrido desde la ingesta del tóxico, a la naturaleza inocua de la sustancia ingerida, a la cantidadinsuficiente, a la ausenciade manifestaciones, o en fin, a la observación posterior innecesaria. Estos enfermos fueron enviados a su domicilio.

Sólo 73 casos reunieron criterios clínico-epidemiológicos reales que los definieron como necesitados de asistencia médica. De ellos sólo 40 presentaron manifestaciones clínicas derivadas directamente del tóxico. 20 casos fueron asintomáticos y otros 10 casos, debidos a abuso etílico, tuvieron como motivo de la atención los traumatismos generados de forma secundaria a la intoxicación (accidentes de tráfico, disputas, etc).

En 2/3 de los casos, entre las sustancias responsables de la intoxicación se encontraban las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos y el alcohol. En el 1/3 restante participaron hasta un total de tóxicos diferentes (Tabla I). En 41 casos se trató de una sola sustancia y en 29 de una mezcla de varias, la asociación más frecuente, en 12 casos,

TÓXICOS Y FRECUENCIAS						
Benzodiazep	31	Heroína	1			
Etanol	19	Anfetamina	1			
Tricíclicos	16	Fenitoína	1			
Paracetamol	6	Gas Cloro	1			
Aspirina	4	Organofosf	1			
Carbamazepina	2	Isoniazida	1			
Teofilina	2	Cocaína	1			
Nifedipina	2	Valproato	1			
Antidiab. oral	2	Lejía	1			

Tabla I. Relación de los tóxicos por número de casos.

fue la formada por benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos. En 25 casos participaba un tóxico no farmacológico, en 22 se trataba de sustancias psicoactivas (alcohol, heroína, anfetaminas, cocaína), en 3 casos se evidenció la presencia de tóxicos doméstico-industriales (gas cloro, lejía, insecticidas fosforados).

Las manifestaciones clínicas registradas fueron:

La alteración del nivel de conciencia, que se objetivó en 28 casos, de los cuales había obnubilación en 13, estupor en 7 y coma en 8. En 4 de éstas ocasiones y debido a la profundidad del coma se originó un parada respiratoria persistente que obligó a su ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva. Los tóxicos más frecuentemente implicados fueron: las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos y el alcohol. Las dos primeras sustancias produjeron una mayor afectación de la conciencia cuando se asociaban a otras, por el contrario su presencia en solitario solía tener a este respeto, menor repercusión. Con el alcohol, sin embargo, se observó un comportamiento diferente, ya que los efectos eran independientes de su presentación asociada o aislada (Tabla II).

AFECTACIÓN DE LA CONCIENCIA								
Benzodiazep. (n= 31)	S- A-	Consc. 7	Obnub. 2 8	Estup. 0 4	Coma 0 4			
Tricíclicos (n= 15)	S- A-	4 4	1 0	0	0			
Etanol (n= 19)	S- A-	6 6	2 0	0 2	3			

Tabla II. S: solo. A: asociado. Cons.: Consciente, Obnub.: obnubilado. Estup.: estuporoso.

La alteración del registro electrocardiográfico puedo ser evidenciado en 20 casos. La afectación más frecuente fue la taquicardia sinusal en 11 ocasiones, que no mostró una asociación especial a un determinado tipo de sustancia. En 3 casos se apreció un ensanchamiento del complejo QRS, producido por analgésicos o por la asociación de diazepinas y tricíclicos. En 2 casos bradicardia sinusal, en los que estaban presentes las benzodiazepinas, en una ocasión asociadas a la lejía y en otra a los antidepresivos tricíclicos. En 2 casos alteraciones de la repolarización, debidas a alcohol o a asociación diazepinas y tricíclicos. En 1 caso bloqueo de A-V por tricíclicos. En 1 caso pausa sinusal debida al etanol.

Hubo 15 casos de acidosis leves, de las cuales 8 fueron respiratorias; acompañando a bien a la intoxicación por diazepinas, por lo demás asintomática, o bien a situaciones con depresión de la conciencia (diazepinas, etanol, barbitúricos). Las 7 acidosis restantes fueron de naturaleza

metabólica y en ellas estaban implicados diversos tóxicos (Paracetamol, gas cloro, aspirina, benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos).

La leucocitosis, con neutrofilia, se presentó en 28 casos y en 10 se detectó hipopotasemia (K<3,5 mEq/1), no pudiéndose precisar su asociación a un determinado tóxico o a una especial gravedad de la situación. Entre otras manifestaciones que se presentaron caben destacar: vómitos en 5 casos (alcohol y AINE), convulsiones en 2, hipotermia en 2 y rabdomiolisis en 1.

Comocomplicaciones se observaron: 1 caso de muerte por antidiabéticos orales, un caso de neumonía por aspiración y un caso de insuficiencia renal aguda por hipotensión y mioglobinuria.

Respecto al lugar de estancia Hospitalaria, todos los enfermos permanecieron en Observación de Urgencias, oscilando su permanencia en el Hospital ampliamente. Los casos asintomáticos a su ingreso tuvieron una estancia media de 13,7 horas con una desviación estandard (D.S.) de $(\pm 7,95)$, mientras que en las intoxicaciones con sintomatología inicial la estancia se alargó a 17 horas (D.S. ± 10). Salvada la gravedad inicial de algunos casos, no se presentó ninguna consecuencia retardada en los enfermos inicialmente asintomáticos.

Discusión

Las Urgencias toxicológicas muestran en nuestros días un auge creciente, suponiendo en sí mismas una parcela asistencial significada⁸. Sin embargo, éste campo es por su naturaleza extraordinariamente variado, tanto por la gran cantidad de sustancias, potencialmente implicadas en su desencadenamiento, como por el abordaje que de las situaciones toxicológicas se puede hacer en la práctica. Son numeroras las publicaciones que en los últimos años han aparecido en la bibliografía médica nacional e internacional, ocupándose monográficamente del tema9. Los trabajos de la bibliografía al profundizar suelen centrarse en tres aspectos, el epidemiológico, el clínico especializado en el terreno de la medicina intensiva¹⁰, o bien el limitado a la descripción de un determinado tipo de intoxicación^{11,12}. Hemos analizado por ello, algunas de las características generales en la problemática clínica de las intoxicaciones agudas, vistas desdela óptica de un Servicio de Urgencias en un Hospital de tercer nivel asistencial.

La naturaleza del tóxico es muy variada, aunque existen un grupo de sustancias que encabezan por su elevada frecuencia la lista etiológica, tomando por ello una especial relevancia en el conjunto de las intoxicaciones. El hecho de que sean las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos y el alcohol los tres agentes más implicados, hace que las intoxicaciones vistas en su conjunto posean preferentemente unas características especiales. La afectación de la conciencia es la manifestación presentada con más frecuencia, sin añadir por ello una mayor gravedad, pues debido a la selectividad y reversibilidad de su acción sobre el sistema nervioso y a la existencia de antídotos

específicos de dichos tóxicos, estas situaciones no pueden ser equiparadas a otro tipo de afectaciones urgentes y graves, precisas de valoraciones estandarizadas.

En su conjunto podemos valorar a las intoxicaciones como situaciones de evolución favorable. En todos los casos se sometió a los pacientes a las medidas antitóxicas protocolizadas, no presentándose incidentes en la mayoría de las veces.

Las alteraciones electrocardiográficas fueron diversas y en ellas participaron casi todos los tóxicos de forma proporcional a su incidencia general, con excepción del alcohol que lo hizo en menor cuantía. No hemos encontrado una especial alteración del registro de E.C.G. en las intoxicaciones por tricíclicos, si bien hay que decir que probablemente no fueron suficientemente intensas como para desencadenar los cambios descritos en la bibliografía^{13,14}. Las variaciones del pH fueron muy ligeras, todas ellas en el ámbito de la acidosis, no llegando a niveles que requirieran tratamiento.

Otras manifestaciones fueron muy inespecíficas o muy aisladas, por lo que en un contexto general tienen poca valoración, así podemos citar a la leucocitosis, la hipopotasemia, los vómitos o las convulsiones. Igualmente podemos decir de las complicaciones. Un caso de muerte, por hipoglucemiantes orales, en el que prácticamente no hubo tiempo de actuar y un caso de neumonía por aspiración.

Llama la atención la existencia de una gran mayoría de casos de presunción de intoxicación potencial, pero clínicamente irrelevante, así como de intoxicaciones asintomáticas con posible potencialidad patógena, que hacen necesario el planteamiento de la elaboración de criterios que en un futuro permitan clasificar y ordenar la asistencia de estas intoxicaciones leves sin tener que adoptar posturas arbitrarias y en el fondo poco eficientes.

Resumen

En el estudio retrospectivo de todas las intoxicaciones agudas, un total de 173 casos, asistidas en un Servicio de Urgencias Hospitalario, en el intervalo de 6 meses, se observa como en su gran mayoría, 100 casos, son de carácter banal o leve, en 73 es necesaria la estancia en la Unidad de Observación de Urgencias y sólo en 4 casos se procedió a su atención en una Unidad de Cuidados Intensivos. Con respecto a las manifestaciones, de los 73 casos, 30 fueron asintomáticos, con una estancia hospitalaria

media de 10 horas, y 43 presentaron manifestaciones, con una estancia media de 17 horas. De éstos, en 28 casos había alteraciones de la conciencia, en 28 leucocitosis, en 20 alteraciones del E.C.G., en 15 acidosis leve, en 10 hipopotasemia, en 5 vómitos, en 2 convulsiones, en 2 hipotermia y en 1 rabdomiolisis. Se concluye sobre la necesidad de elaborar unos criterios generales que permitan una asistencia inicial de las urgencias toxicológicas más eficientes.

Bibliografía

- 1. CARVAJAL GARCÍA-PANDOA, A BACHILLER BAEZA R, RALLO FERNÁNDEZ et al. Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico de los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978 a 1984. Med Clin (Barc) 1987; 88: 135-139.
- 2. MONTEIS J y MUNNE P. Epidemiología de la intoxicación aguda en España. JANO 1988; 35: 53-754.
- 3. CAMI J, M FRATI y ML MARTÍN: Intoxicación aguda en Barcelona. Epidemiología y consideraciones sobre su terapéutica. Mcd Clin (Barc) 1980; 75: 287-291.
- 4. CABRERA BONET R, CABRERA FORNEIRO J. Aspectos epidemiológicos y médico-legales de las intoxicaciones por benzodiazepinas durante el año 1987 en el Servicio de Información Toxicológica (S.J.T.) del Instituto Nacional de Toxicología. Toxicol, 1988; 5:65-81
- NOLLA SALAS J y ROCA TUTUSAUS A. Factores de gravedad y evolución de las intoxicaciones agudas. Med Intensiva 1988; 12: 533-538
- NOLLA SALAS J y ROCA TUTUSAUS A. Motivo de ingreso yaspectos clínicos de las intoxicaciones agudas. Med Intensiva 1988; 12: 525-532.
- 7. NOGUE XARAU S. Medicina intensiva y toxicología clínica. Editorial. Med Clin (Barc) 1983; 81: 342-344.
- 8. NOGUE S, MUNNE P, TELLEZ J y MILLA J. Urgencias toxicológicas. Med Clin (Barc). 1989; 93: 799-800.
- 9. BRETT AS, ROTHSCHILDN, GRAYR y PERRY M. Predicting the clinical course in intentional drug overdose. Arch Intern Med, 1987; 147: 133-137.
- 10. MARRUECOS L, NOLLA J, NOGUE S et al. El intoxicado agudo en la unidad de cuidados intensivos. A propósito de 202 observaciones. Med Intens 1983; 7: 25-32.
- 11. HENRY JA. Specific problems of drug intoxication. Br J Anaesth 1986; 58: 223-233.
- 12. BUSTO PRADO del F, ÁLVAREZ GARCÍA A, IBARRA PELAEZ A et al. Importancia del flunacenil en la intoxicación benzo-diacepínica aguda. Med Clin (Barc), 1990; 94: 616-618.
- 13. FROMMER DA, KULIG KW, MARX JA y RUMACK B. *Tricyclic antidepressant overdose*. A Review. JAMA 1987; 257: 521-526.
- 14. BOEIINERT MT, LOVEJOY FW. The value of the QRS duration versus the serum drug level in predicting seizures and ventricular arrhythmias after an acute overdose of tricyclic antidepressants. N Engl J Mcd 1985; 313: 474-479.