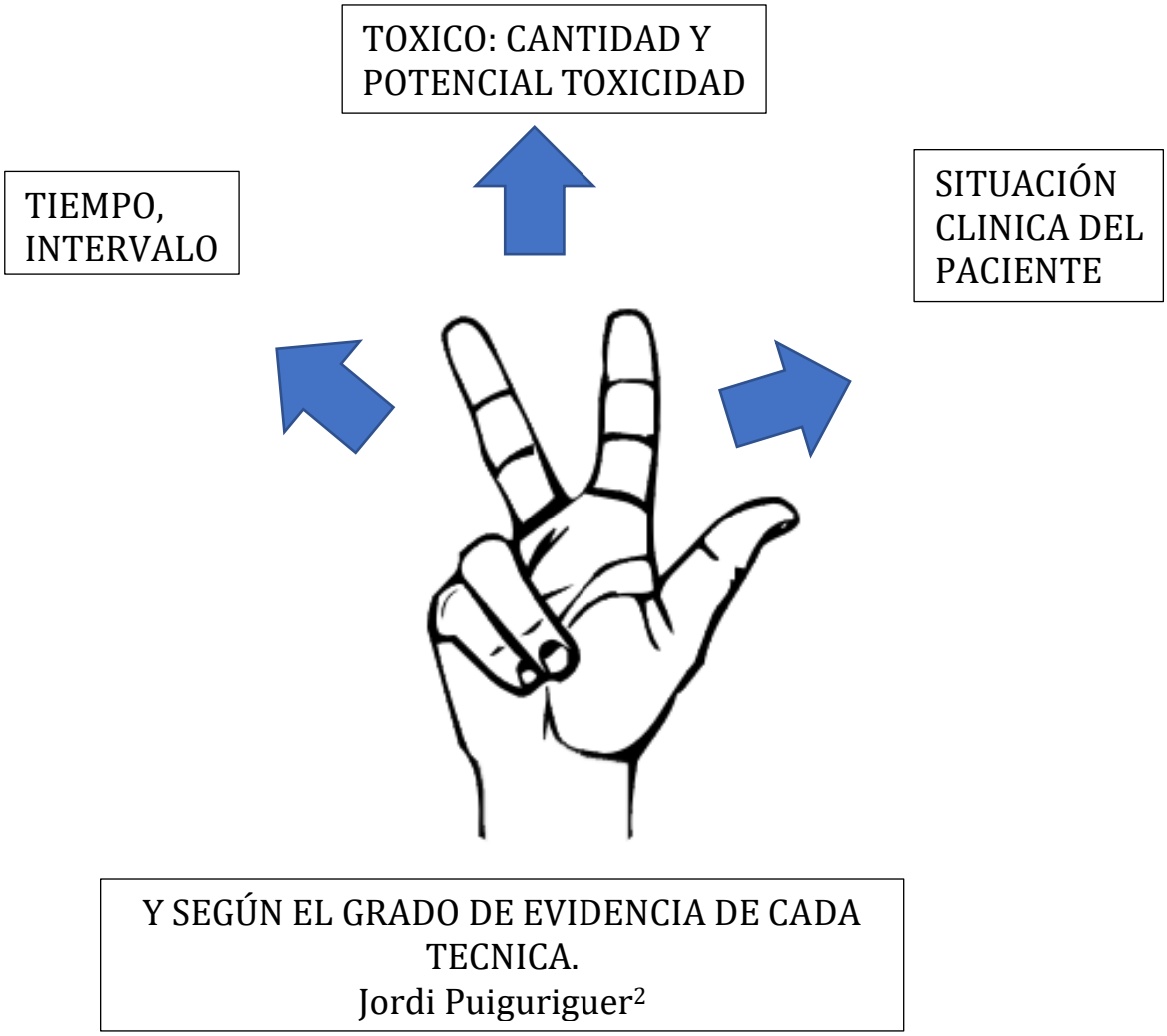
DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA

Fermina Beramendi, Joaquín Aldaz y Miguel Ángel Pinillos

La mayoría de las intoxicaciones se producen por vía oral tras la ingesta, convirtiéndose en una indicación muy importante del tratamiento de las intoxicaciones. Pero las indicaciones de esta descontaminación en la práctica clínica no son muchas por lo que vamos a ver.
Una vez decidida la indicación de una determinada medida de descontaminación debemos hacerla sin pérdida de tiempo.
Existen 4 métodos básicos[1]:
- Vaciado gástrico por:
    - Emético, Jarabe de Ipecacuana.
    - Aspiración simple con sonda y/o lavado gástrico.
- Adsorción del tóxico, mediante Carbón Activado (CA).
- Lavado intestinal con solución de polietilenglicol.

INDIVIDUALIZAR la descontaminación digestiva en cada PACIENTE:[1,2,3]
- Todos tienen riesgos.
- Hay que tener claro las indicaciones y las posibles contraindicaciones, en cada paciente.
- Todo va a depender de los 3 supuestos:



FACTOR 1:
TIEMPO TRANSCURRIDO: < 2 horas
INTERVALO MÁXIMO: Cuanto antes, mayor rescate del tóxico. Excepcionalmente con sustancia anticolinérgicas o fármacos retard, se puede realizar hasta las 6 horas después de la toma.
FACTOR 2:
CANTIDAD: Se considera dosis tóxica, la que supera el doble de la dosis máxima diaria.
TOXICIDAD INTRINSECA:
- SÍ Sospecha de dosis alta de*: AAS, valpróico, antidepresivos tricíclicos (ADT), antagonistas del calcio, betabloqueantes, carbamazepina, citalopram, cloroquina, escitalopram, litio (si lo toma, 1 g. más y si no lo toma 4 g), oxcarbamazepina, paracetamol, venlafaxina.
- NO Benzodiazepinas (BZD), antibiótiocos, vitaminas, anticonceptivos orales, etc.
SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE:
- Consciente, estable y colaborador: CA.
- Inestable y/o inconsciente o en caso ingesta de dosis alta*: aislar la vía aérea, realizar lavado gástrico, seguido de la administración de CA.

MEDIDAS DE DESCONTAMINACIÓN

1. **Vaciamiento gástrico:**

- Eméticos:

- **Jarabe de Ipecacuana (JI):** no está comercializado y se prepara en Farmacia hospitalaria mediante fórmula magistral. Ha pasado de ser un tratamiento esencial por la OMS, a ser controvertido su uso, indicado en la intoxicación importante por litio y hierro oral, en la actualidad, con el fin de provocar el vómito (indicado sólo en el hospital).
- **Apomorfina:** su uso es excepcional, puede provocar depresión neuro-respiratoria y precisar la administración de Naloxona.

- Aspiración gástrica: en caso de tóxico líquido, mediante sonda nasogástrica, con buen nivel de conciencia y evitar en casos de causticidad. Antes de las 2 horas tras ingesta.
- **Lavado Gástrico:** debe ser precoz en caso de potencial tóxicos importantes* antes de 1-2 horas en pacientes conscientes y hasta las 6 horas por sustancias anticolinérgicas, litio, salicilatos, opiáceos, ADT, en pacientes colaboradores o en paciente en coma (Glasgow <8), que no despiertan a los antídotos (Flumazenilo y/o naloxona) o en caso de alteración de la deglución, se realiza con aislamiento de la vía aérea. Siempre seguido de la administración de CA, si no está contraindicado o no indicado.

Evaluación del riesgo: Cuándo considerar el lavado orogástrico[2]
<u>El lavado orogástrico no suele estar indicado y si, el CA:</u> xenobiótico con escasa toxicidad y dosis baja, sea bien adsorbido por el CA, y no se espera que la cantidad ingerida supere la capacidad de adsorción del CA, ya se ha producido una emesis espontánea significativa, el paciente presenta muchas horas de postingestión y tiene mínimos signos o síntomas de intoxicación, tiene un antídoto muy eficaz y el procedimiento no puede llevarse a cabo de forma adecuada o segura (tamaño incorrecto de la sonda, falta de habilidad del proveedor, lesión esofágica o gástrica existente prevista, etc.)
<u>Está indicado el lavado orogástrico:</u>
- Se sabe que el **xenobiótico ingerido produce una toxicidad potencialmente mortal o el paciente presenta signos o síntomas evidentes de toxicidad potencialmente mortal** y: esté en el estómago por el tiempo desde la ingesta, por la cantidad ingerida o este no es adsorbido por el CA o el CA no está disponible o si la cantidad ingerida supera la relación CA-xenobiótico de 10:1 (se puede utilizar una dosis de CA que es el doble de la dosis estándar recomendada) y no ha tenido emesis espontánea o no existe ningún antídoto específico altamente eficaz o las

terapias alternativas (por ejemplo, la hemodiálisis) suponen un riesgo significativo para el paciente.

En el caso de las personas que cumplen algunos de estos criterios pero que se considera que no son candidatas al lavado orogástrico, se debe utilizar carbón activado en dosis única o múltiple o irrigación de todo el intestino (o ambos).

Técnica para realizar el lavado orogástrico[2].
- Seleccione el tamaño correcto de la sonda
Adultos y adolescentes: 36-40 Fr
Niños: 22-28 Fr
- Procedimiento:
1. Si existe la posibilidad de compromiso de las vías respiratorias, la intubación endotraqueal debe preceder al lavado orogástrico.
2. El paciente debe mantenerse en posición de decúbito lateral izquierdo si es posible. Dado que el píloro apunta hacia arriba en esta orientación, esta posición teóricamente ayuda a evitar que el xenobiótico avance a través del píloro durante el procedimiento.
3. Antes de la inserción, debe medirse y marcarse en la sonda la longitud adecuada de la misma. La longitud debe permitir que la abertura más proximal del tubo pase más allá del esfínter esofágico inferior.
4. Tras la inserción de la sonda, es esencial confirmar que el extremo distal de la sonda está en el estómago mediante la retirada de material; la inyección de aire; o si no se puede confirmar clínicamente la colocación, utilizar la confirmación radiográfica.
5. Cualquier material presente en el estómago debe ser retirado.
6. En los adultos, se instilan alícuotas de 250 ml de una solución salina de lavado al 0,9% a temperatura ambiente mediante un embudo o una jeringa de lavado. En los niños, las alícuotas deben ser de 10-15 mL/kg hasta un máximo de 250 mL.
7. El lavado orogástrico debe continuar durante al menos varios litros en un adulto y durante al menos 0,5 a 1,0 L en un niño o hasta que regrese una materia particulada incolora y la solución de lavado efluente sea clara.
8. Después del lavado orogástrico, debe utilizarse la misma sonda para instilar CA si está indicado.
9. 9. La sonda debe ser retirada/retirada.

2. **Adsorción del tóxico con CA:** se ha convertido en el método más utilizado y de primera elección. Antes de las 2 horas de la toma de la sustancia tóxica importante por vía oral. Que no esté contraindicada y que sea efectivo contra el tóxico. Generalmente es una dosis única de 35-50 g, hasta 100 g en grandes cantidades del tóxico y en niños 1 g/kg, aunque algunos tóxicos pueden necesitar varias dosis.
3. **Catárticos:**
- **Sulfato sódico:** sólo indicado en contrarrestar la constipación por el CA.
- **Irrigación total intestinal o Lavado intestinal con Polietilenglicol (WBI):** en caso de body-packers, tóxicos no adsorbibles (litio, hierro), sustancias de liberación retardadas (verapamilo, etc.) y metales muy tóxicos como el arsénico, que llegan a Urgencias una vez pasadas las 2 horas de la ingesta.
4. **Extracción por endoscopia: gastroscopia** con el fin de extracciones de bezoares, paquetes y cuerpos extraños (cemento, metales, etc.) **y colonoscopia.**

5. **Cirugía (body packers),** en caso de obstrucción intestinal y fuga del tóxico (en caso de heroína, comenzar con infusión de Naloxona). En los casos que no se pueda extraer mediante endoscopia.

En los pacientes sometidos a cirugía Bariátrica que se han intoxicado, el lavado orogástrico está contraindicado y la administración de CA debe realizarse en pequeñas cantidades sin exceder de 100 ml, en cuanto a la WBI solo en caso de grandes cantidades de comprimidos de liberación retarda y en pequeñas cantidades (anatomía gástrica alterada y volumen gástrico reducido).

CARBÓN ACTIVADO (CA)

El CA es inerte y no se absorbe, es la técnica más eficaz para la absorción digestiva de muchos tóxicos, además mejora la eliminación intestinal limitando el circulo entohepático o enteroentérico de algunos tóxicos, por sus valiosas propiedades de absorción de los xenobióticos y su eliminación por vía rectal.

Se debe de administrar CA dosis única, en una proporción de 10:1 (CA-tóxico) o de 25-50 a 100 mg en adultos o 1 g/kg en niños, pero si la dosis es importante, es posible que el lavado gástrico antes puede ser una opción interesante con vía aérea permeable.

El tiempo de efectividad debe de administrase de forma precoz, está por debajo de 1-2 horas tras la ingesta del tóxico, aunque en algunos casos se puede prolongar hasta las 6 horas y en aquellos casos que lleguen pasadas unas horas, si persiste la clínica de forma significativa, se recomienda su administración.

Por todo ello se ha pensado, para ganar tiempo, en su uso pre-hospitalario y si no en el mismo triaje del hospital, pero siempre teniendo claro que el que lo proponga y lo dé este entrenado para ello, sobre todo si el transporte al centro hospitalario va a retrasar su administración (ver después).

Indicación: ingestión de un producto tóxico, adsorbible por el CA, en un periodo menor de 2 horas, en una persona consciente y colaboradora, sin náuseas, ni vómitos, ni ha convulsionado.
Esta contraindicado en casos de, falta de colaboración, bajo nivel de conciencia, ausencia de reflejos protectores de las vías respiratorias, cáusticos, hidrocarburos, etc.

El CA no adsorbe, alcoholes y glicoles, hierro, plomo, litio, magnesio, potasio y sales de sodio.

Pautas de administración, de una sola dosis de forma precoz, hasta las 6 horas de la ingesta si son tóxicos anticolinérgicos o de formulación retard y de forma repetida.

A nivel extrahospitalario[3,5 y 6]una vez indicado el CA se puede dar bebido, con la precaución de colocar una vía venosa para administrar si precisa antieméticos. Siempre la valorando riesgo/beneficio.

¿Cuál es la dosis tóxica?, de forma empírica se considera toxicidad e indicación del CA, cuando la dosis ingerida es el doble de la dosis total diaria prescrita o también cuando la cantidad de pastillas tomadas son más de 10 comprimidos.

En caso de intoxicación medicamentosa aguda (IMA) se puede seguir el siguiente algoritmo, que contempla diferentes variables:

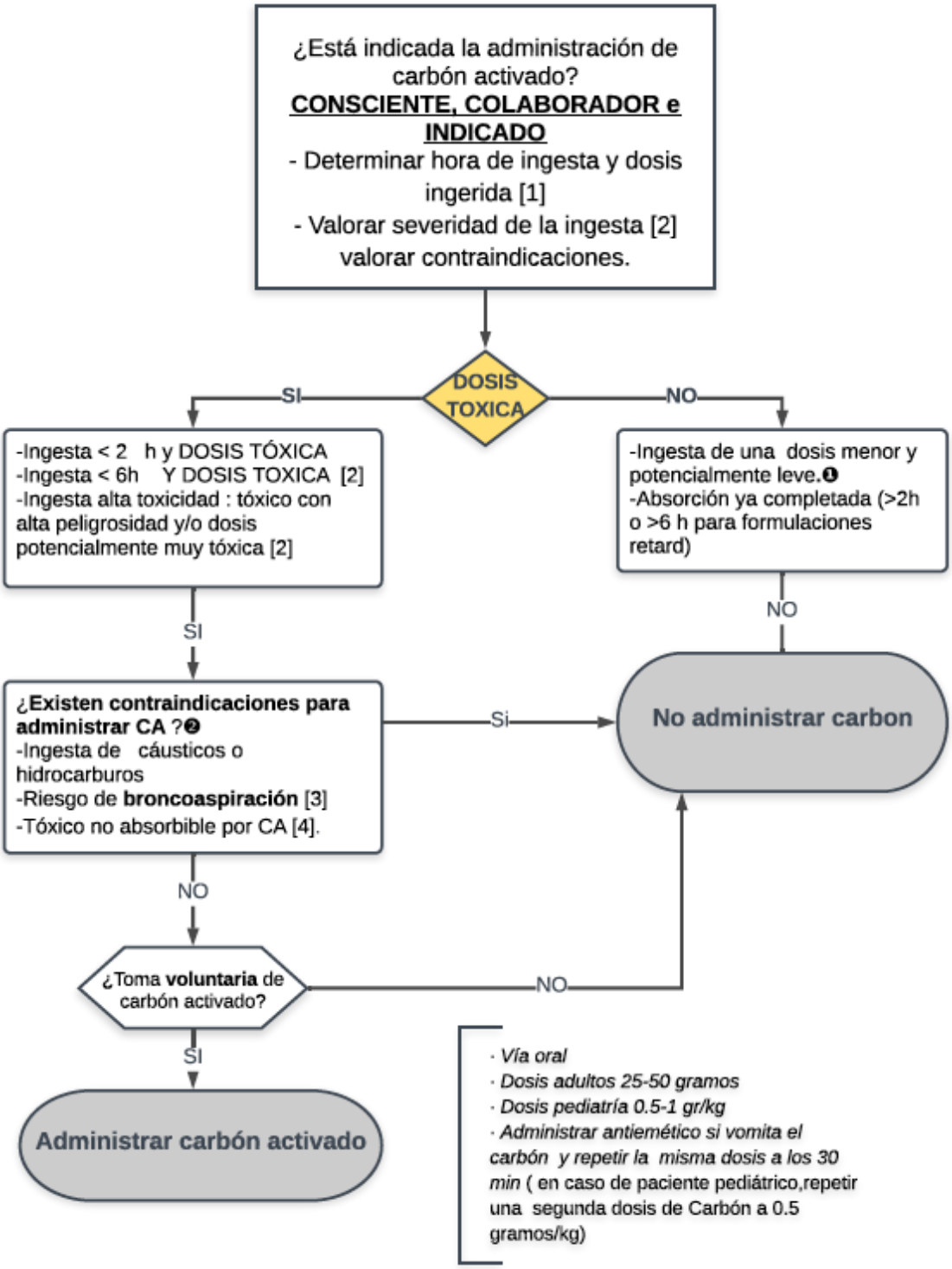
Algoritmo de toma inicial de decisiones en la intoxicación medicamentosa aguda

Diseño por la Unidad de Toxicología (Servicio de Urgencias) del Hospital Clinic de Barcelona.

Indicaciones para la administración de dosis repetidas de CA (MDAC)[1]:
Tras la administración primera, seguir con 25 g cada 3 h, hasta un máximo de 12 h. (o 24 en los casos muy graves. Ingesta de:
- Productos **muy tóxicos**, capaces de provocar la muerte (arsénico, IOF, colchicina, etc.)
- Sustancias muy tóxicas con activa **circulación enterohepática**: A. phalloides y otras amanitas, antidepresivos tricíclicos (ADT), carbamacepina, fenotiazidas, tiroxina, rivaroxaban, apixaban, etc)
- Medicaciones con manifestaciones clínicas graves como, coma profundo, convulsiones y en aquéllos que se ha demostrado su efectividad la "diálisis gastrointestinal" o la **circulación enteroentérica***: fenobabital, teofilina, fenitoína, ácido acetilsalicílico (AAS), quinina, dapsona, etc.
- Fármacos con **presentaciones farmacéutica de tipo retard** (teofilina, verapamilo, venlafaxina, indapamida, tramadol, morfina, etc. y en dosis muy tóxicas. O en caso de bezoares.

**"diálisis gastrointestinal" La MDAC administrada por vía oral mejora el aclaramiento corporal total del tóxico (aclaramiento no renal). El MDAC mejoraba la difusión de algunos tóxicos como el fenobarbital desde la sangre hacia el tracto gastrointestinal, atraído por el CA y lo atrapa allí para su posterior excreción fecal. De este modo, se dijo que la CA funcionaba como un "sumidero infinito", permitiendo que se produjera una "diálisis gastrointestinal" o "circulación enteroentérica" o "desabsorción". El éxito de la MDAC requiere que el xenobiótico se encuentre en el compartimento sanguíneo (bajo volumen de distribución, tenga una unión limitada a las proteínas y un aclaramiento endógeno prolongado), son similares a las que intervienen en la decisión de si la hemodiálisis sería apropiada para un xenobiótico determinado.*[2]

- El MDAC aumenta la eliminación de: aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ciclosporina, dextropropoxifeno, digoxina, digitoxina, disopiramida, dosulepin, dulexina, diquat, fenilbutazona, Gymnopilus penetrans, lamotrigina, nadolol, nortriptilina, piroxicam, propoxifeno, quetiapina, sotalol, valproato sódico y vinorelbina.



Diseño por el equipo de la Unidad móvil extrahospitalario. F. Beramendi.

ADMINISTRACION CARBÓN ACTIVADO (CA): FICHA DE REGISTRO

Nombre:.....Apellidos:.....
Edad:... Sexo:.....Peso: .....

Hora de la ingesta ☐desconocida ☐ ...:...(.....h) ☐< 2 horas ☐> 2 horas
Número de comprimidos :
☐desconocido
☐DOSIS TÓXICA
☐ DOSIS NO TOXICA dosis menor al doble de la dosis diaria
(en negrita, valorar administración de CA)

Tóxico y dosis :
1. .....nº cp:.....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

☐desconocido

Formulaciones retard o vaciado gástrico retrasado (tabla 1) :
☐si** ☐no

Elevada toxicidad (tabla 1) :
☐si** ☐no
*(en negrita, valorar administración de CA, **hasta 6 horas si fcos tabla1)*

¿Alcohol? ☐si ☐no
¿Otros tóxicos?
¿Cuales?.....
-*NIVEL DE CONSCIENCIA* :
Escala Glasgow.....
☐> 13 ptos*
☐< 13 ptos *(contraindicado CA)*
-*REFLEJO NAUSEOSO:* ☐SI ☐NO *(contraindicado CA)*
-*VÓMITOS :* ☐SI *(contraindicado CA)* ☐NO
-*HEMORRAGIA DIGESTIVA:* ☐SI *(contraindicado CA)* ☐NO
-*CONVULSIONES :* ☐SI *(contraindicado CA)* ☐NO

Ocular	Verbal	Motor
1 sin respuesta	1 sin respuesta	1 sin respuesta
2 al dolor	2 sonidos incomprensibles	2 extiende al dolor
3 a órdenes verbales	3 palabras inapropiadas	3 flexiona al dolor
4 espontáneas	4 conversacion confusa	4 retira al dolor
	5 Orientada	5 localiza al dolor
		6 obedece ordenes

(en negrita, requisitos imprescindibles para administración de CA, alto riesgo de broncoaspiración)

☐ TA..... ☐FC.....☐ Sat O2..... ☐ FR.....
☐ T°..... ☐ Glucemia:.....

Fármacos NO absorbibles por CA *(contraindicación CA)*
- Hidróxido sódico
- Cáusticos: Álcalis y ácidos
- Iodo; Litio; Hierro ;Bario ; Ácido bórico; Bromo; Cesio; Potasio
- Metales pesados (Níquel, Plomo, Mercurio y otros)
- Derivados del petróleo-Hidrocarburos
- Etanol; Metanol ; Etilenglicol y otros glicoles

ADMINISTRACION CARBON INDICADA :
☐SI HORA:.....DOSIS: .....
Administrado por: ☐ SVB (indicación por 112)
☐ SUR-SUE-SVA
☐ Triaje hospitalario

☐No →Motivo: ☐ intoxicación leve ☐>2 horas (o más de 6 h *tabla 1*))
☐ tóxico no absorbible y/o cáusticos
☐ alto riesgo de broncoaspiración (valorar IOT)
☐ **negativa del paciente**
☐ **Existencia de antídoto**

-Tiempo estimado a centro hospitalario :
-Traslado en : ☐SVB
☐SVA
Ingesta accidental ☐ **Ingesta voluntaria☐**

Parte judicial de lesiones: ☐si: Realizado por.....
☐no

Tabla 1 :
►Fcos de absorción retardada o de elevada toxicidad con indicación de carbón hasta un máximo de 6 horas tras la ingesta:
Antiarrítmicos : digoxina
Anticolinérgicos :Biperideno
Antidepresivos hetrocíclicos :Trazodona
Antidepresivos tetracíclicos : Amoxapina, Bupropion, Maprotilina, Mianserina, Mirtazapina
Antidepresivos tricíclicos :Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Doxepina, Imipramina, Nortriptilina, Protriptilina,
Antiepilépticos: carbamazepina
Antigotosos Colchicina, Alopurinol
Antihistamínicos Difenhidramina, Cloerfeniramina, Cetirizina, Ebastina, Loratadina
Antipaludicos Cloroquina, Nivaquina, Primaquina

Antipsicóticos atípicos Clozapina, Metiapina, Olanzapina, Quetiapina, Racioprida, Risperidona, Sulpirida, Tiaprida
Antipsicóticos típicos Clorpromazina, Clorprotixeno, Ciotiapina, Droperidol, Flufenazina, Haloperidol, Loxapina, Metopimazina, Perfenazina, Pimozida, Pipotiazina, Tioridazina, Tiotixeno, Trifluopromazina, Zuclopentixol
Opiáceos Buprenorfina, Butorfanol, Codeina, Difenoxilato, Dihidrocodeina, Etorfina, Fentanilo, Ketociclazocina, Levorfano, Loperamida, Meperidina, Metadona, Morfina, Naltrexona, Oxicodona, Pentazocina, Petidina, Tramadol
Salicilatos Ácido acetil salicílico (AAS)

Diseño por el equipo de la Unidad móvil extrahospitalario. F. Beramendi.

[1]HORA DE LA INGESTA Y DOSIS TOXICA

-La administración de carbón activado será lo más precoz posible, ya que pasadas 2 horas desde la ingesta la eficacia es muy baja al haberse absorbido la mayor parte del tóxico.

-Este intervalo de tiempo puede ampliarse hasta 6 horas si existe riesgo vital, el enfermo ha sido hallado en coma o existe sospecha de hipoperistaltismo que podría enlentecer la absorción del tóxico anticolinérgicos, opioides, antihistamínicos, formulaciones retard, fármacos con circulación enterohepática o que formen conglomerados gástricos.

-Se considera DOSIS TOXICA la que supera el doble de la dosis máxima diaria. En caso de ingesta de fármacos diferentes, se suman las dosis que tienen el mismo órgano diana.

En pediatría, hay que tener en cuenta algunas sustancias que pueden originar toxicidad con riesgo vital incluso tras la ingesta de muy pequeñas dosis.

"One pill Killer":		"2-3 pill killers"	
1 comprimido alcanza la dosis letal para un niño de 10 kg:		2-3 cp alcanzan la dosis letal para un niño de 10 kgr:	
Buprenorfina-naloxona	Morfina	Amitriptilina	Difenhidramina
Dapsona	Oxicodona	Bupropion	Flecainida
Diltiazem, verapamilo	Propafenona	Cloroquina	Hidromorfona
Glibeclamida	Tapentadol	Clorpromazina	Isoniazida
Glipizida	Teofilina	Clozapina	Lamotrigina
Hidroxicloroquina	Tramadol	Codeína	Nifedipino
Metadona	Ziprasidona	Olanzapina	

[2]* Fármacos de absorción retardada o de elevada toxicidad →indicación de carbón hasta un máximo de 6 horas tras la ingesta:
- Antiarritmicos: Digoxina.
- Anticolinérgicos: Biperideno.
- Antidepresivos hetrocíclicos: Trazodona.
- Antidepresivos tetracíclicos: Amoxapina, Bupropion, Maprotilina, Mianserina, Mirtazapina.
- Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Doxepina, Imipramina, Nortriptilina, Protriptilina.
- Antiepilepticos: carbamazepina.
- Antigotosos Colchicina, Alopurinol.
- Antihistamínicos Difenhidramina, Cloerfeniramina, Cetirizina, Ebastina, Loratadina.
- Antipalúdicos Cloroquina, Nivaquina, Primaquina.
- Antipsicóticos atípicos Clozapina, Metiapina, Olanzapina, Quetiapina, Racloprida, Risperidona, Sulpirida, Tiaprida.
- Antipsicóticos típicos Clorpromazina, Clorprotixeno, Clotiapina, Droperidol, Flufenazina, Haloperidol, Loxapina, Metopimazina, Perfenazina, Pimozida, Pipotiazina, Tioridazina, Tiotixeno, Trifluopromazina, Zuclopentixol.
- Opiáceos Buprenorfina, Butorfanol, Codeína, Difenoxilato, Dihidrocodeína, Etorfina, Fentanilo, Ketociclazocina, Levorfano, Loperamida, Meperidina, Metadona, Morfina, Naltrexona, Oxicodona, Pentazocina, Petidina, Tramadol.
- Salicilatos Ácido acetil salicílico (AAS).

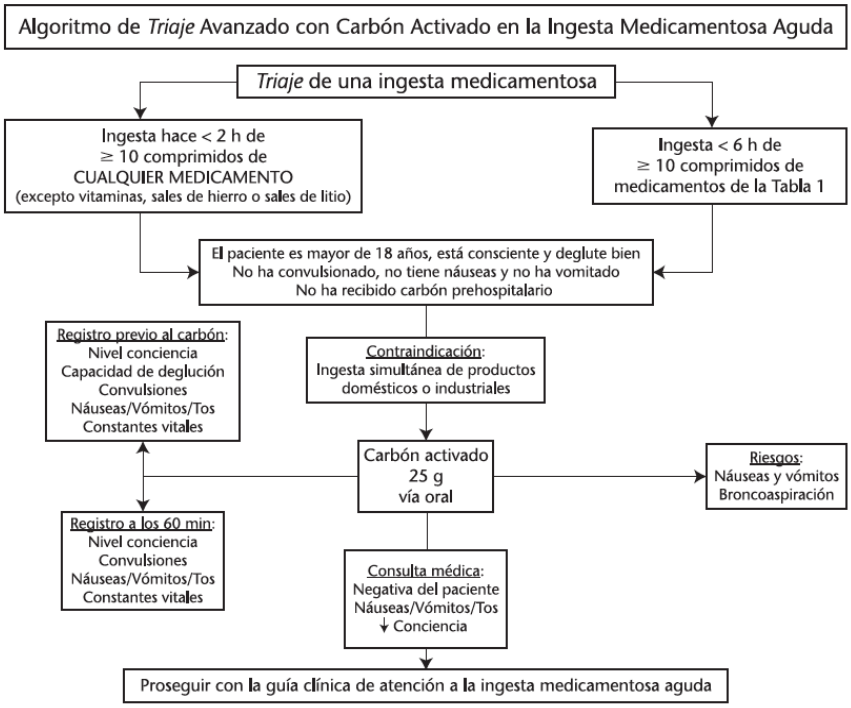
[3]Riesgo de broncoaspiración:
- Bajo nivel de consciencia (Glasgow < 13 puntos)
- Antecedente de convulsión y/o intoxicación con potencialidad epileptógena
- Reflejo nauseoso no presente, tos o vómitos incoercibles.
- Se recomienda valorar aislamiento de vía aérea previamente y administración de carbón, si procede, por sonda nasogástrica. En caso de vómitos o mala tolerancia, administrar antiemético.

[4] Fármacos NO absorbibles por Carbón activado:
- Hidróxido sódico.
- Cáusticos: Álcalis y ácidos.
- Iodo; Litio; Hierro; Bario; Ácido bórico; Bromo; Cesio; Potasio.
- Metales pesados (Níquel, Plomo, Mercurio y otros).
- Derivados del petróleo-Hidrocarburos.
- Etanol; Metanol; Etilenglicol y otros glicoles.

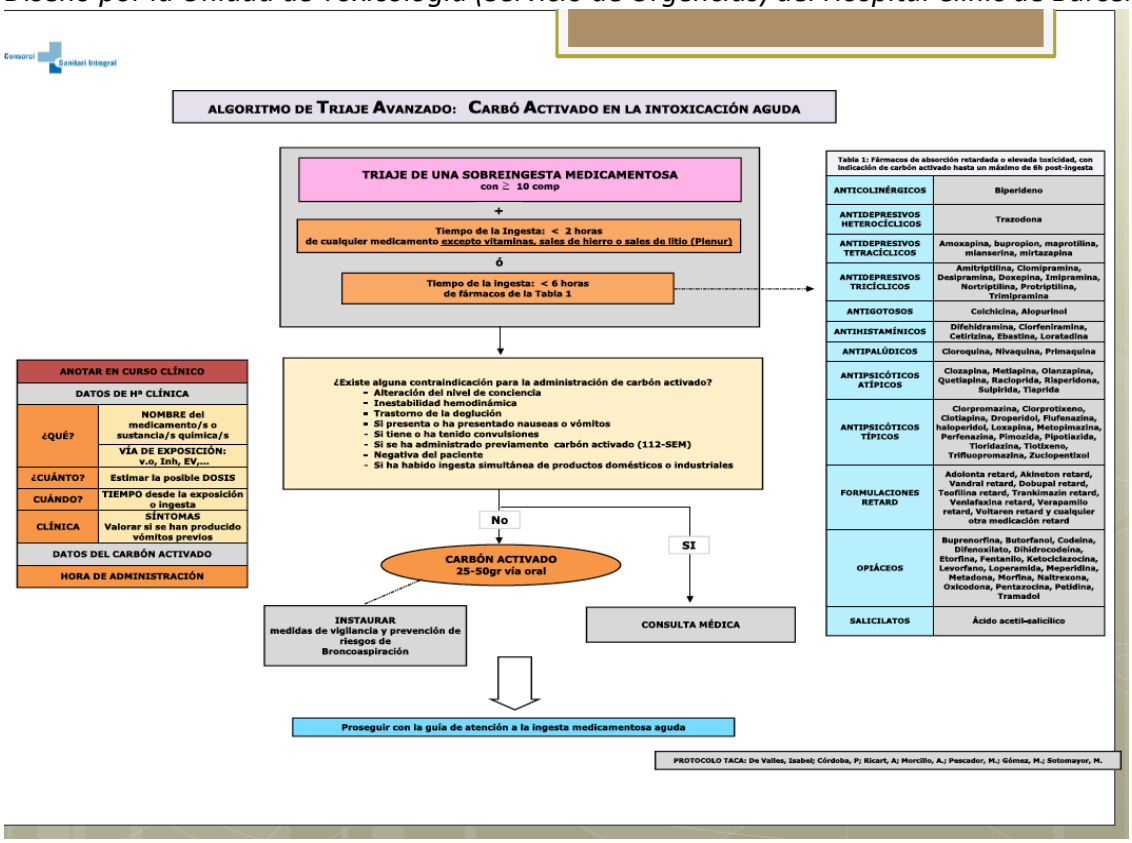
❶Contraindicaciones generales de descontaminación digestiva:
- Intoxicación leve, dada la naturaleza del tóxico o la cantidad ingerida.
- Ingesta de cáusticos / corrosivos, ya sean ácidos o alcalinos.
- Cuadro clínico sugestivo de abdomen agudo u obstrucción.
- El riesgo de la descontaminación digestiva supera al riesgo potencial del tóxico.
- Asistencia al paciente cuando la fase de absorción ya ha sido completada.
❷ Contraindicaciones generales de la administración de carbón activado:
- Bajo nivel de consciencia, no reflejo nauseoso, riesgo de convulsiones
- Sangrado digestivo (sospecha de ingesta de cáusticos o de perforación).
- Antecedentes o cuadro clínico compatible con una obstrucción intestinal.
- Ingesta de hidrocarburos.
- Vómitos incoercibles.

- Negativa del paciente.

En el Triaje del Hospital:



Diseño por la Unidad de Toxicología (Servicio de Urgencias) del Hospital Clinic de Barcelona.



IRRIGACIÓN TOTAL INTESTINAL[1,2]

Es método de descontaminación digestiva, que consiste en purgar el intestino para lograr eliminar su contenido por vía rectal, minimizando el tiempo de exposición y así evitando su absorción, mediante la administración de una solución de Polietilelglicol con lavado de electrolitos equilibrada (PEG-ELS), que provoca la disolución del tóxico, aumento de la motilidad gastrointestinal y expulsión del tóxico no adsobible por CA (metales, litio, arsénico y sales), body packers integros, sustancias de liberación retardada o fármacos con recubrimiento entérico, que acudan después de las 2 horas tras ingesta o sino tenemos CA.

No deberá de realizarse en caso de íleo, hemorragia gastrointestinal, vómitos incontrolados, inestabilidad hemodinámica o en pacientes con inadecuado aislamiento de la vía aérea.

También podemos utilizar este método seguido de CA (nunca simultáneo), en los casos que la intoxicación supera la capacidad de adsorción de este.

Se administra un sobre de 17,5 g en 250 ml de agua por vía oral o SNG, cada 15 min, durante 2-3 h. Niños: la mitad de dosis. Antieméticos si náuseas. En decúbito lateral derecho. Controlar deposiciones y la expulsión del tóxico hasta que el líquido sea claro y sin sustancia tóxica.

RESUMEN:

JARABE DE IPECACUANA

Actualmente su indicación sería la intoxicación por hierro y litio, que no son adsorbidos por el Carbón Activado (CA)

LAVADO GÁSTRICO

Ha quedado reservado a aquellas intoxicaciones graves que acuden antes de la hora a Urgencias, que están conscientes, colaboradores y acceden a su realización. En caso contrario con bajo nivel de conciencia debe realizarse tras el aislamiento de la vía aérea mediante la intubación endotraqueal, incluso si ha pasado tiempo desde la intoxicación.

CATARTICOS

Casi no se utilizan y su indicación podía ser tras la utilización de CA, sobre todo cuando se utilizan varias dosis y no presenta deposición.

LAVADO INTESTINAL TOTAL

Tiene su indicación en intoxicaciones por productos que no son absorbibles por CA y body packers, hierro, litio, fármacos de liberación retardada.

CARBON ACTIVADO (CA)

Es el adsorbente más utilizado actualmente siempre que sea administrado antes de las 2 horas (incluso en domicilio o en la ambulancia por emergencia extrahospitalaria) y en casos excepcionales como son los anticolinérgicos por retraso del vaciamiento gástrico se pueden usar hasta 6 horas después y siempre que tenga indicación por ser un producto adsorbible por CA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amigó M y Nogué S. Medidas de descontaminación digestiva. En: Toxicología Clínica. Nogué S. Ed. Elsevier 2019: 219-224.
2. Hoegberg LCG. TECHNIQUES USED TO PREVENT GASTROINTESTINAL ABSORPTION. In Goldfran´s Toxicologic Emergencies. Nelson LS., Howland MA., Lewin NA., Smith SW., Goldfrank LR and Hoffman. Mc Graw Hill Education. 11th ed. 2019: 48-70.
3. Puiguriguer J. Seguridad clínica en Toxicología. Curso de actualización en Toxicología. Presentación en el Congreso de SEMES. 2016.
4. Puiguiguer L. Descontaminación digestiva en las intoxicaciones agudas. Indicaciones y técnicas. En: Experto en Toxicologia. Ed Panamericana.
5. Zellner T, Prasa D, Färber E, Hoffmann-Walbeck P, Genser D, Eyer F. The Use of Activated Charcoal to Treat Intoxications. Dtsch Arztebl Int. 2019 May 3; 116(18): 311-317. doi: 10.3238/arztebl.2019.0311.
6. Juurlink DN. Activated charcoal for acute overdose: a reappraisal. Br J Clin Pharmacol. 2016; 81(3): 482-7. doi: 10.1111/bcp.12793.
7. Aguilar R. t col. Dotación de antídotos en el ámbito hospitalario. En Toxicología Clínica. Nogué S. ed. Elsevier 2019: 249-51.