DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA.

Algunas consideraciones de interés

POSICIONAMIENTOS DE LA ASOCIACION EUROPEA DE CENTROS ANTITOXICOS Y TOXICOLOGOS CLINICOS Y DE LA ACADEMIA AMERICANA DE TOXICOLOGIA CLINICA (1997, REVISADOS 2004)

- **EN GENERAL, OFRECEN UNA VISIÓN CONSERVADORA, COMO NO EXISTE EVIDENCIA NO RECOMIENDAN LA DESCONTAMINACION DIGESTIVA DE RUTINA**
- **<u>JARABE DE IPECACUANA:</u>**
- **Es una medida útil y beneficiosa siempre que se administre en los primeros 60 minutos postintoxicación aunque ni en este supuesto se ha confirmado su beneficio de forma total.**

POSICIONAMIENTOS DE LA EAPCCT Y AACT 1997, REVISADOS 2004

- **LAVADO GASTRICO**
- La indicación del lavado gástrico quedará limitado a los casos de graves intoxicaciones que pueden considerarse potencialmente letales, y siempre que se realice en los primeros 60 minutos postintoxicación.

POSICIONAMIENTOS DE LA EAPCCT Y AACT 1997, REVISADOS 2004

- **CARBON ACTIVADO:**
- **Se considera útil en pacientes que han ingerido una dosis tóxica hasta una hora postintoxicación. El administrarlo pasada la primera hora puede plantearse, pero no hay datos suficientes que lo apoyen y/o justifiquen.**
- **LAVADO GASTRICO MÁS CARBON ACTIVADO:**
- **En casos muy graves y difíciles de tratamiento o cuando no es viable una relación carbon:tóxico de 10:1: antagonistas de calcio, beta-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos, salicilatos, paracetamol, teofilina, ibuprofeno.**

POSICIONAMIENTOS DE LA EAPCCT Y AACT 1997, REVISADOS 2004

- **PURGANTES SALINOS**
- **En realidad, no hay datos suficientes con base científica que apoyen el uso de catárticos en el paciente intoxicado.**
- **Se consideran como dosis única cuando se administran dosis múltiples de carbón activado.**

POSICIONAMIENTOS DE LA EAPCCT Y AACT 1997, REVISADOS 2004

- **LAVADO INTESTINAL**
- **No están bien establecidas sus indicaciones, aunque posiblemente sea útil frente a sustancias de liberación sostenida, fármacos de cubierta entérica, ingestas importantes de hierro o de paquetes de drogas ilícitas (muleros, etc. con cocaína, heroína, etc.)**

POSICIONAMIENTOS DE LA EAPCCT Y AACT 1997, REVISADOS 2004

- **DOSIS MULTIPLES DE CARBON ACTIVADO**
- En ingestas que amenacen la vida de: carbamacepina, dapsona, fenobarbital, quinina o teofilina.
- Faltan datos pero aumentaría la eliminación de: amitriptilina, dextropropoxifeno, digoxina, disopiramida, nadolol, fenilbutazona, fenitoina, piroxicam y solatol
- Primera dosis 50-100 g en adulto y seguir 12,5g/H (cada hora o cada 2 o 4 h). En menores de 5 años, 10-25g. Detener cuando clínica y laboratorio mejoren. Si vomitan bajar dosis. Aun así dar antiemético iv.

DESDE ENTONCES Y PROGRESIVAMENTE, EN LA PRÁCTICA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS ESPAÑOLES

- Se ha venido disminuyendo el empleo de medidas de descontaminación digestiva tanto a nivel hospitalario como en centros de salud, urgencias extrahospitalarias, etc.
- Se emplea más el carbón activado y menos el lavado gástrico y aún menos el jarabe de ipecacuana.
- Sin embargo, aún se están aplicando en exceso en muchos casos, especialmente entre pacientes pediátricos.

DIFICULTADES PARA ESTABLECER UNAS INDICACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

- En el año 2008, la revista Lancet publica un estudio randomizado, sobre la eficacia del carbón activado, que incluye más de 4000 pacientes en Asia, en el que se concluye que no existen diferencias en la disminución de la mortalidad entre los grupos que no reciben carbón, reciben una dosis de este o dosis múltiples.
- Pero existen otras preguntas de interés como si disminuía o no el tiempo de estancia hospitalaria.
- O cuál es la epidemiología de las intoxicaciones, el predominio de unos tóxicos u otros sobre los que el carbón es más o menos eficaz: en Asia predominan plantas y organofosforados, en otras regiones los medicamentos.

LO CIERTO ES QUÉ SIEMPRE HEMOS DE PREGUNTARNOS

- ¿Estamos ante una ingesta tóxica que probablemente dé efectos significativos?
- ¿La descontaminación digestiva va a afectar el pronóstico?
- Dada la toxina y el estado del paciente, ¿va a ser dañino el empleo de técnicas de descontaminación?

SIEMPRE HAY QUE VALORAR:

- **El tipo de tóxico y la dosis ingerida:**
  - Qué medida de descontaminación es la más apropiada o si está contraindicada. Ejemplo: contraindicadas en cáusticos, carbón activado ineficaz para hierro, potasio, litio, etanol.
- **El tiempo transcurrido desde la ingesta: 1-2 horas o margen superior en fármacos de liberación sostenida.**
- **El estado del paciente: si está o no consciente, estado de las vías aéreas, presenta riesgo de convulsiones, etc.**

EL HECHO DE QUE SE CAREZCA DE EVIDENCIAS, NO QUIERE DECIR QUE NO SEA EFICAZ.

- Es importante valorar los riesgos-beneficios de la descontaminación y ser selectivos en qué pacientes lo necesitan.
- La práctica nos va a decir cuándo las técnicas de descontaminación digestiva: cuando haya una esperanza razonable de que mejore el paciente con un riesgo mínimo o proporcional.

LO CIERTO ES QUE:

- En sustancias con alto potencial tóxico de morbimortalidad, no importan el riesgo potencial de las técnicas de descontaminación digestiva
- La mayoría de pacientes van bien con tratamiento de soporte por lo que a menudo no se deben asumir riesgos innecesarios, máxime si la vía aérea está comprometida

LAS MEDIDAS DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SUSCITAN PROBLEMAS:

- La administración de ipecacuana retrasa la administración de carbón activado y antídotos orales.
- El lavado gástrico causa morbilidad significativa (neumonía por aspiración, laringoespasmo, hipoxia e hipercapnia, daño mecánico, etc. y más en pacientes combativos)

EL EMPLEO O NO DE LAS MEDIDAS DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SUSCITAN CONTROVERSIAS

- El hecho de no tomar medidas de descontaminación puede tener **implicaciones legales** por ejemplo cuando la historia clínica no es fiable como en suicidas o abuso de sustancia.
- Siempre documentar la razón de no hacerlo, sea por la clínica, el tiempo pasado, la interferencia con otros medicamentos, etc.

BIBLIOGRAFIA BASICA

- AACT y EAPCCT. Position Statements. J Toxicol Clin Toxicol 1997; 35. (revisados 2004)
- Bond GR. Annals Emergency Medicine 2002; 39: 273-286
- Eddleston M et al. Lancet 2008; 371: 579-87
- Eyer P et al. Lancet 2008; 371: 538-9
- Aetox. Sección Toxicología Clínica. Protocolos de actuación.
- Ponencias de las XIV Jornadas de Toxicología Clínica y IV Jornadas de Toxicovigilancia, Zaragoza 30 sept-1 oct 2010