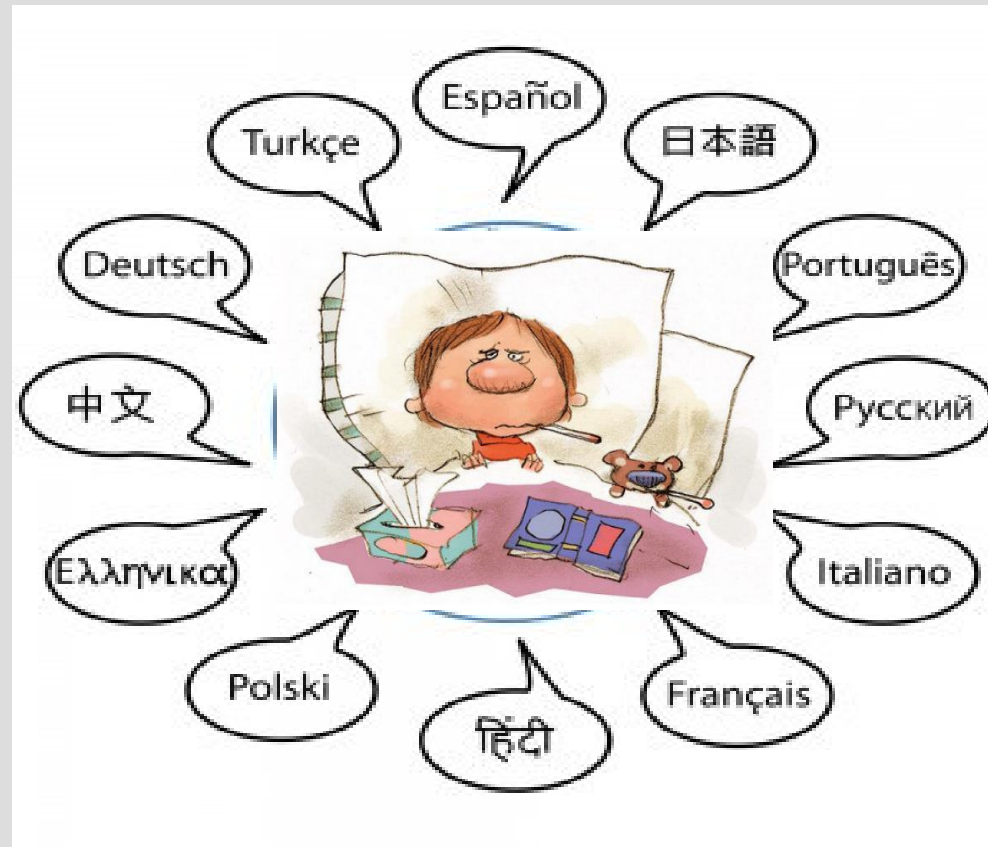


URGENCIAS DE PEDIATRÍA:

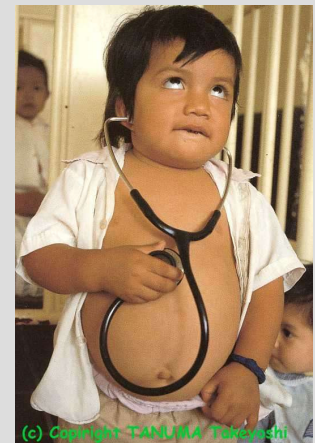
Hablemos el mismo idioma

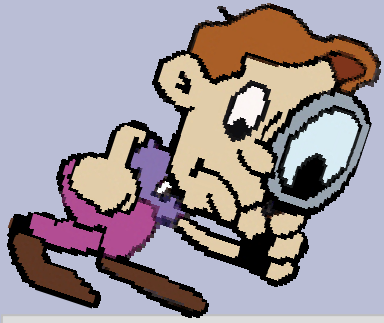


Judith Mesa Fumero
Médico Adjunto de Pediatría
Sección de Urgencias Pediátricas CHUC

Desde el Síntoma al Diagnóstico

- Fiebre → *Síndrome Febril sin Foco*
- Dificultad respiratoria → *Urgencias Respiratorias*
- Vómitos, dolor abdominal → *Urgencias Digestivas*
- Convulsiones, cefalea → *Urgencias Neurológicas*
- TCE, intoxicaciones → *Accidentes*





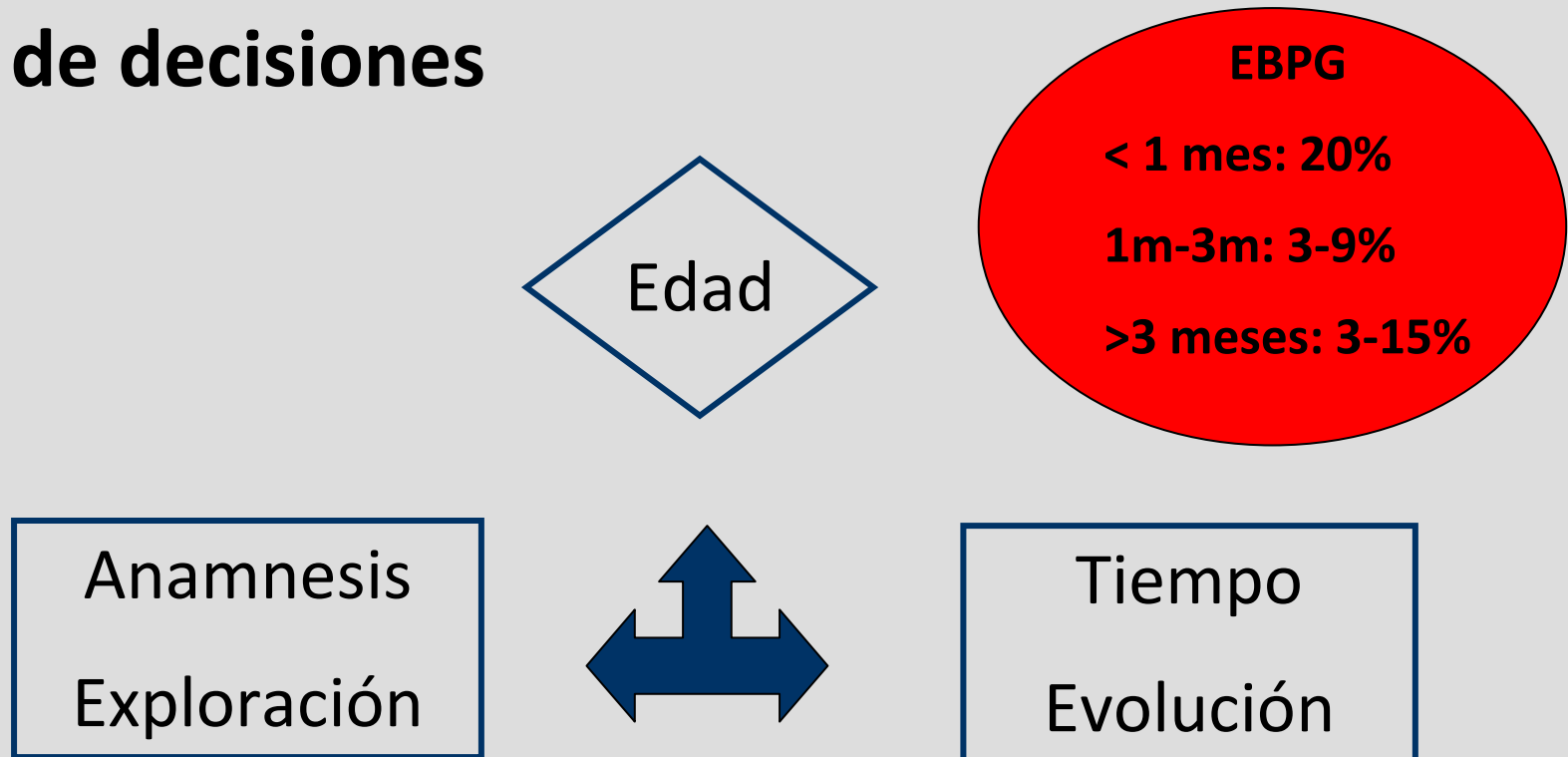
¿Qué nos preocupa...?

- Síndrome febril sin foco → *IBPG*
- Respiratorio → *gravedad*
- Digestivo → *deshidratación, quirúrgico*
- Neurológico → *organicidad, complicaciones*
- Accidentes → *secuelas, tratamiento*

Síndrome Febril sin Foco



Toma de decisiones



¿ Pruebas Complementarias?

Síndrome Febril sin Foco



Manejo global

- Anamnesis
 - Ambiente epidémico
 - Inmunizaciones
 - Asistencia a guardería
 - Tratamiento antibiótico previo

- Exploración
 - Valorar grado de afectación (escala YIOS, YALE)
 - Signos que orienten al diagnóstico
 - Criterios de Rochester

- Pruebas complementarias

Utilidad, complicaciones, coste



Síndrome Febril sin Foco



Evaluación

CRITERIOS DE ROCHESTER

RNT $\geq$ 37 semanas sin ingreso perinatal

Lactante previamente sano

Buen estado general

No evidencia de infección

Criterios de laboratorio:

Leucocitos 5000-15.000/mm³

A/S < 10 leucocitos/campo

Posibilidad de control pediátrico en 24 horas

Síndrome Febril sin Foco



Evaluación

LACTANTES < 3 MESES

YIOS

Parámetro clínico	1 Normal	3 Afectación moderada	5 Afectación grave
Esfuerzo respiratorio	N	Taquipnea, retracciones, quejido	Trabajo respiratorio máximo, apnea
Perfusión periférica	Sonrosado Extremidades calientes, relleno capilar <2"	Moteado, extremidades frías, relleno capilar 2-4"	Pálido, relleno capilar >5"
Actitud	Sonríe, activo	Irritable, consolable, decaído	Irritable, inconsolable, somnolencia
Puntuación > 7 = ↑ riesgo de IBPG (S=76%, E=75%)			

Síndrome Febril sin Foco



Evaluación

LACTANTES > 3 MESES

YALE

Parámetro clínico	1 Normal	3 Afectación moderada	5 Afectación grave
Perfusión periférica	Sonrosado Extremidades calientes, relleno capilar <2"	Moteado, extremidades frías, relleno capilar 2-4"	Pálido, relleno capilar >5"
Calidad del llanto	Vigoroso	Lloriqueando o sollozo	Débil o muy agudo
Respuesta social	Sonríe, activo	Brevemente alerta	No sonríe, no alerta
Reacción con los padres	Se calma o contento no llora	Llanto intermitente	Llanto continuo, responde con dificultad
Hidratación	N, mucosas húmedas	↓, boca seca	Mucosas secas y/o ojos hundidos
Nivel de conciencia	Despierto	Somnolencia	Estupor o no se despierta
Puntuación ≤ 10 = ↓ riesgo de IBPG ; puntuación ≥ 16 = ↑ riesgo de IBPG (S=77%, E=88%)			



Recién Nacido

Estudio completo de sepsis

- Hemograma, bioquímica, PCR $\pm$ VSG. Hemocultivo
- Orina: A/S y urocultivo
- LCR: bioquímica y cultivo (virus y bacterias)
- Radiografía de tórax si síntomas respiratorios

Criterios de bajo riesgo de Rochester

+/- PCR < 30-40 mg/L +/- PCT < 0,5 ng/ml

No

Cefotaxima y
Ampicilina iv

Si

Ingreso y vigilancia
sin ATB

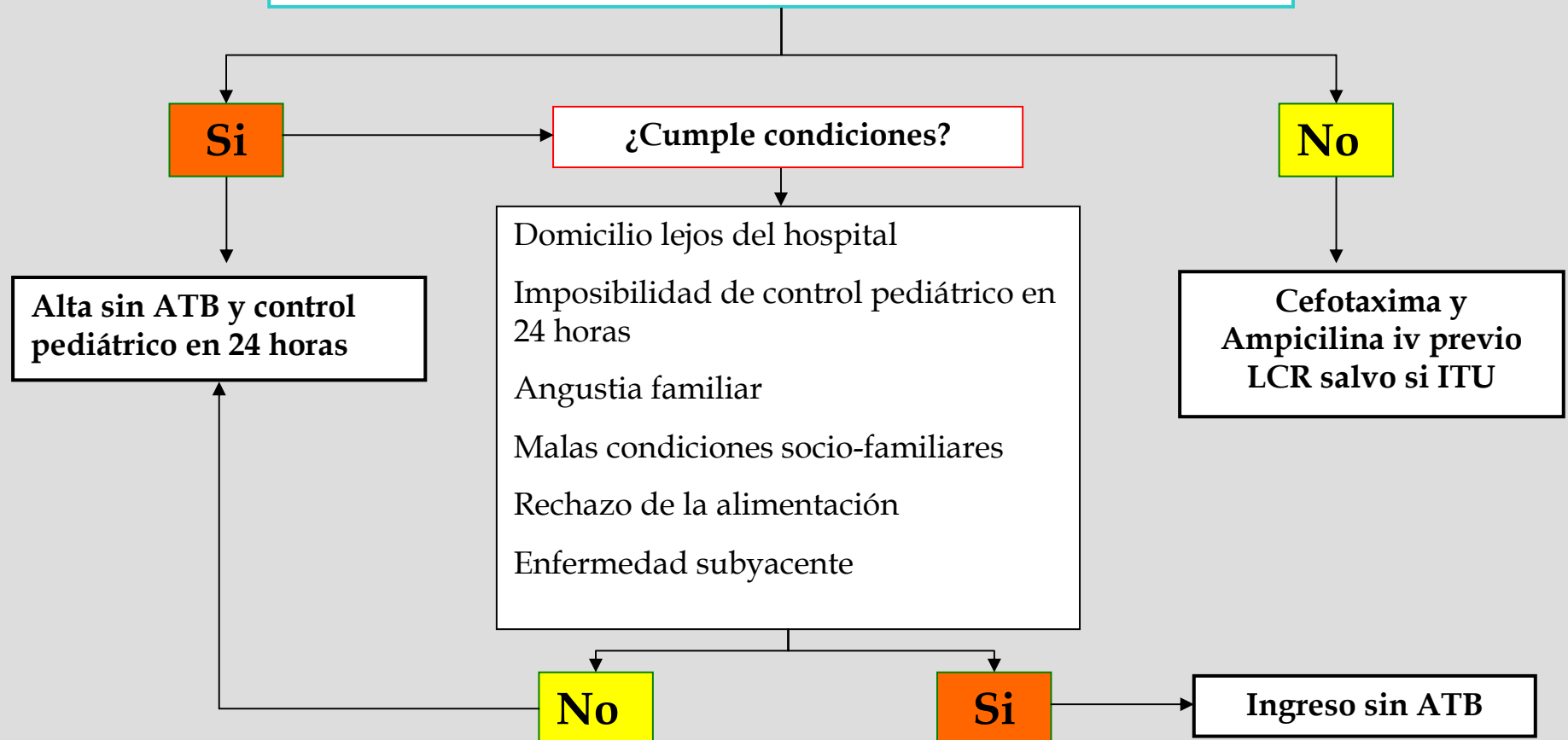


Lactante 1-3 meses

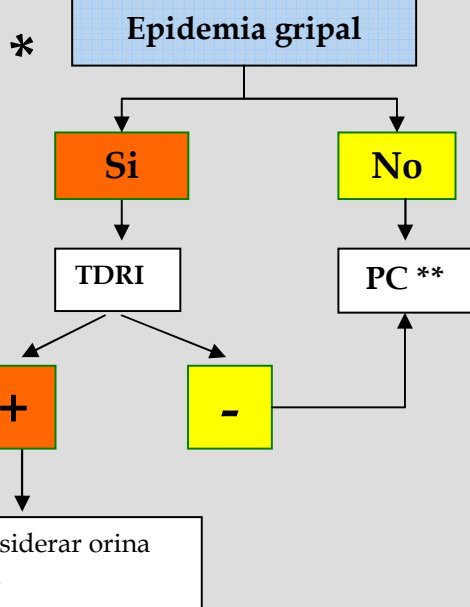
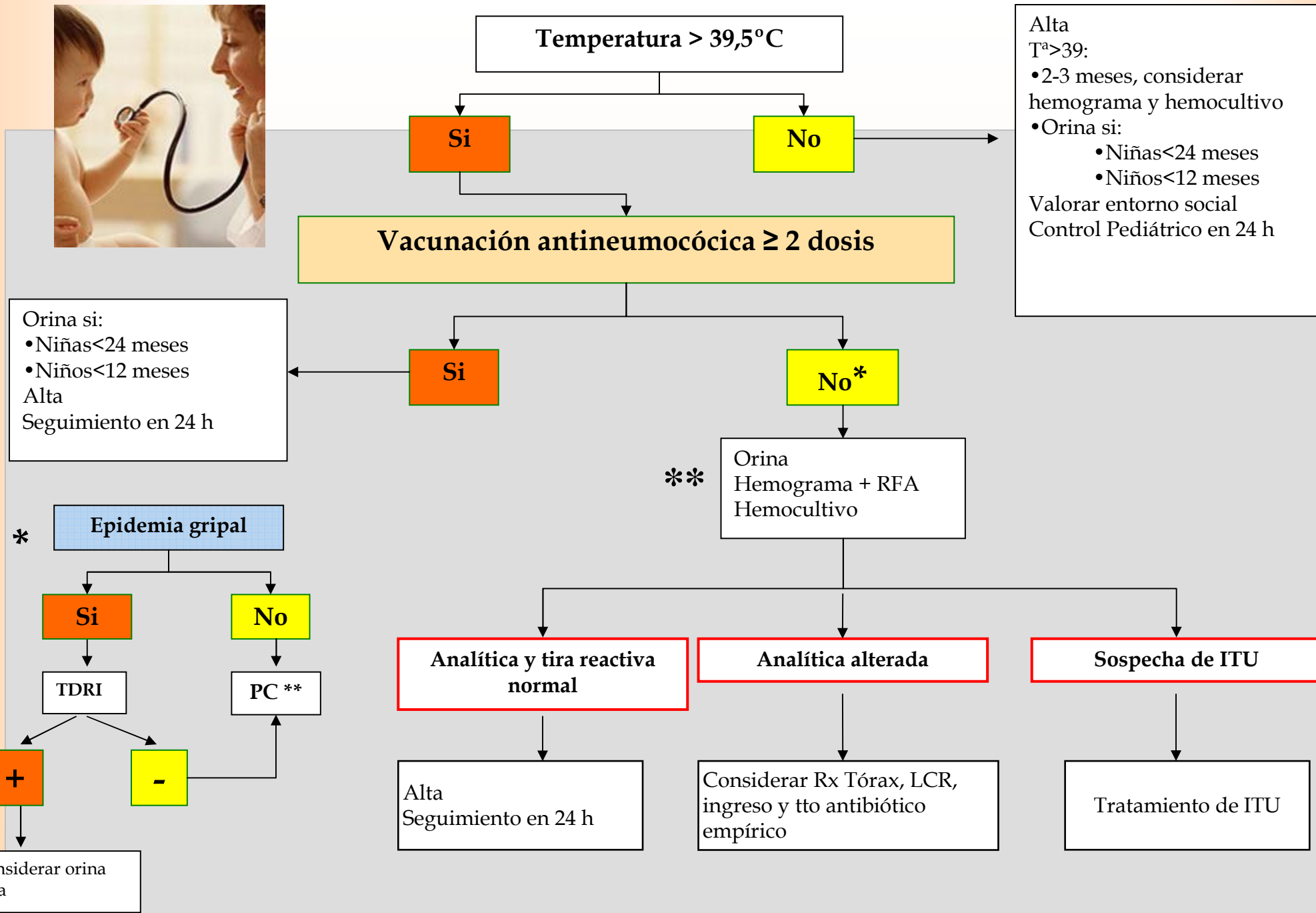
- Hemograma, bioquímica, PCR $\pm$ VSG. Hemocultivo
- Orina: A/S y urocultivo
- Radiografía de tórax si síntomas respiratorios

Criterios de bajo riesgo de Rochester

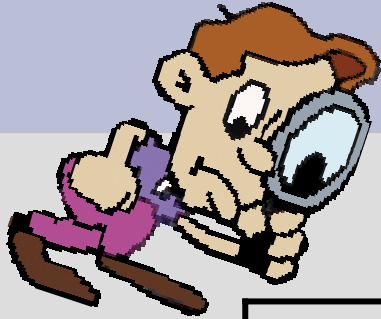
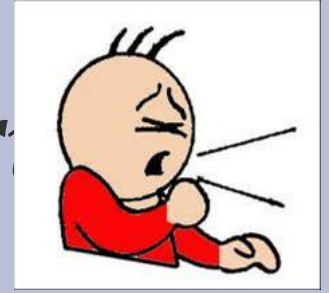
+/- PCR < 30-40 mg/L +/- PCT < 0,5 ng/ml



Lactante entre 3-36 meses



Urgencias Respiratorias



¿ Qué nos preocupa...?

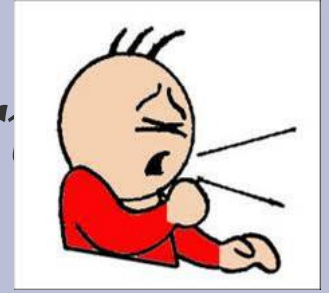
Bronquiolitis

Crisis Asmática

Laringitis

Contra qué nos enfrentamos
Estamos ante un caso urgente
Iniciamos algún tratamiento
Criterios de derivación

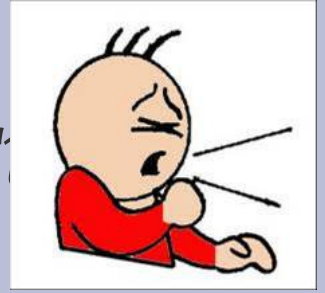
Urgencias Respiratorias



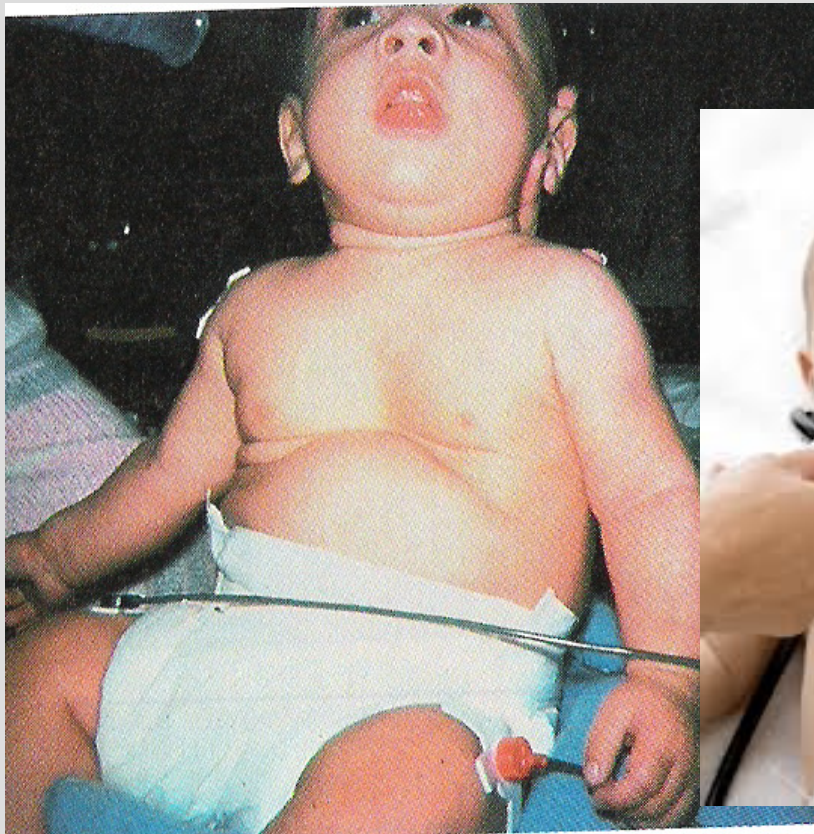
Recomendaciones Generales

- El diagnóstico y evaluación de la gravedad debe basarse en la historia y exploración física.
- Valorar factores de riesgo antes de tomar decisiones
- Pruebas complementarias: INNECESARIAS

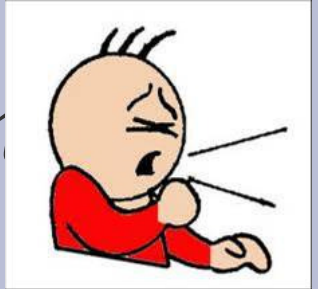
Urgencias Respiratorias



- **Evaluación clínica → JUICIO DIAGNÓSTICO**



Urgencias Respiratorias



Bronquiolitis

• Evaluación

Score HSJD

Puntuación:

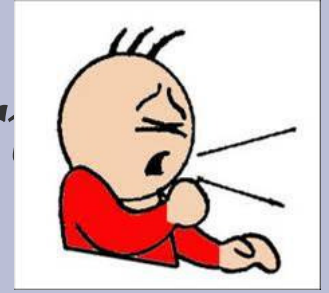
0-5 : crisis leve

6-10 : crisis mod

11-16: crisis grave

sibilantes estertores	0: no 1: sibilantes espiratorios, crepitantes inspiratorios 2: sibilantes / crepitantes espiratorios e inspiratorios				
tiraje	0: no 1: subcostal, intercostal inferior 2: previo + supraclavicular + aleteo nasal 3: previo + intercostal superior + supraesternal				
entrada de aire	0: sin alteraciones 1: regular simétrica 2: asimétrica 3: muy disminuida				
Sat Hb	sin O ₂		con O ₂		
	0: > 95% 1: 91-94% 2: < 90%		1: > 94% con FiO ₂ hasta 40% 2: < 94% con FiO ₂ > 40%		
FR (rpm)		0	1	2	3
	<3m	< 40	40-60	60-70	> 70
	3-12m	< 30	30-50	50-60	> 60
	12-24m	< 30	30-40	40-50	> 50
FC (lpm)		0	1	2	3
	< 1 año	< 130	130-150	150-170	> 170
	1-2 a	< 110	110-120	120-140	> 140

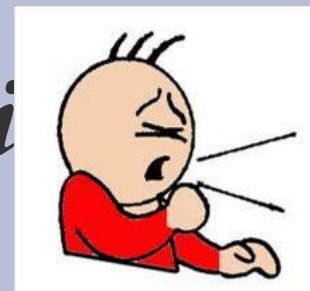
Urgencias Respiratorias



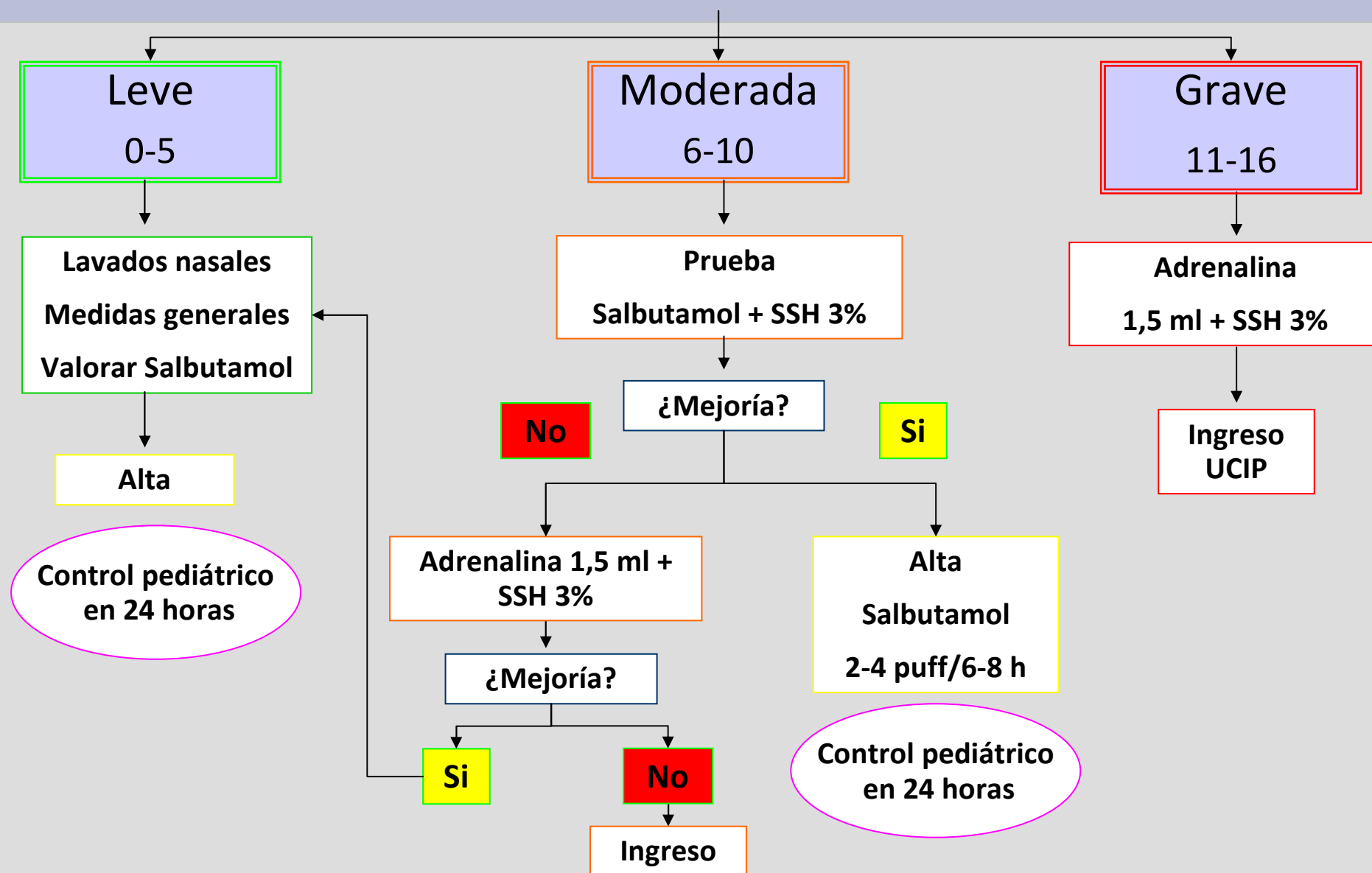
Bronquiolitis

- Criterios de riesgo
 - Menores de 3 meses (< 6 semanas = ↑ riesgo de apneas)
 - Prematuridad, Displasia broncopulmonar
 - Comorbilidad (patología cardíaca o pulmonar grave, alteraciones neurológicas graves,..)
 - Inmunodeficiencia
 - Rápida progresión de los síntomas

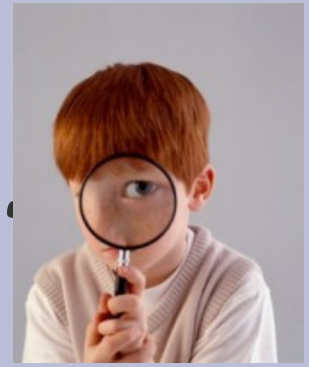
Algoritmo de Bronquiolitis



Escala de HSJD



Tener en cuenta...



- **Flujo de O₂: 8 L/min**

- **Suero hipertónico (3%):**

- Uso siempre en bronquiolitis
- Diluyendo una ampolla de ClNa 20% (10 ml) en 90ml de suero fisiológico al 0,9% (Duración: 48 horas reconstituido)

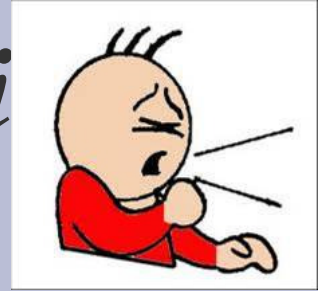
- **Salbutamol :**

- Dosis: 0,15 mg/kg
- > 6 meses, sibilante recurrente, atopia, asma, H^a familiar sugerente

- **Adrenalina:**

- Dosis: 1,5 mg/dosis
- efecto alfa: ↓ edema bronquial y VC arterial mucosa bronquial: ↑ calibre vía aérea. efecto β: VD lecho pulmonar ↓ Sat O₂ transitoriamente

Urgencias Respiratorias



Crisis Asmática

- Evaluación

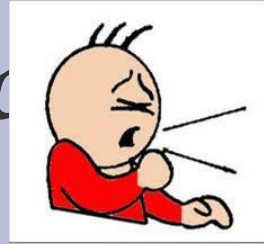
Puntuación	<u>Frecuencia respiratoria</u>		Sibilancias*	Tiraje
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Dudoso incremento
2	46-60	36-50	Toda espiración	Incremento aparente
3	> 60	> 50	Inspiro-espiratorias	Actividad máxima

Pulmonary Score

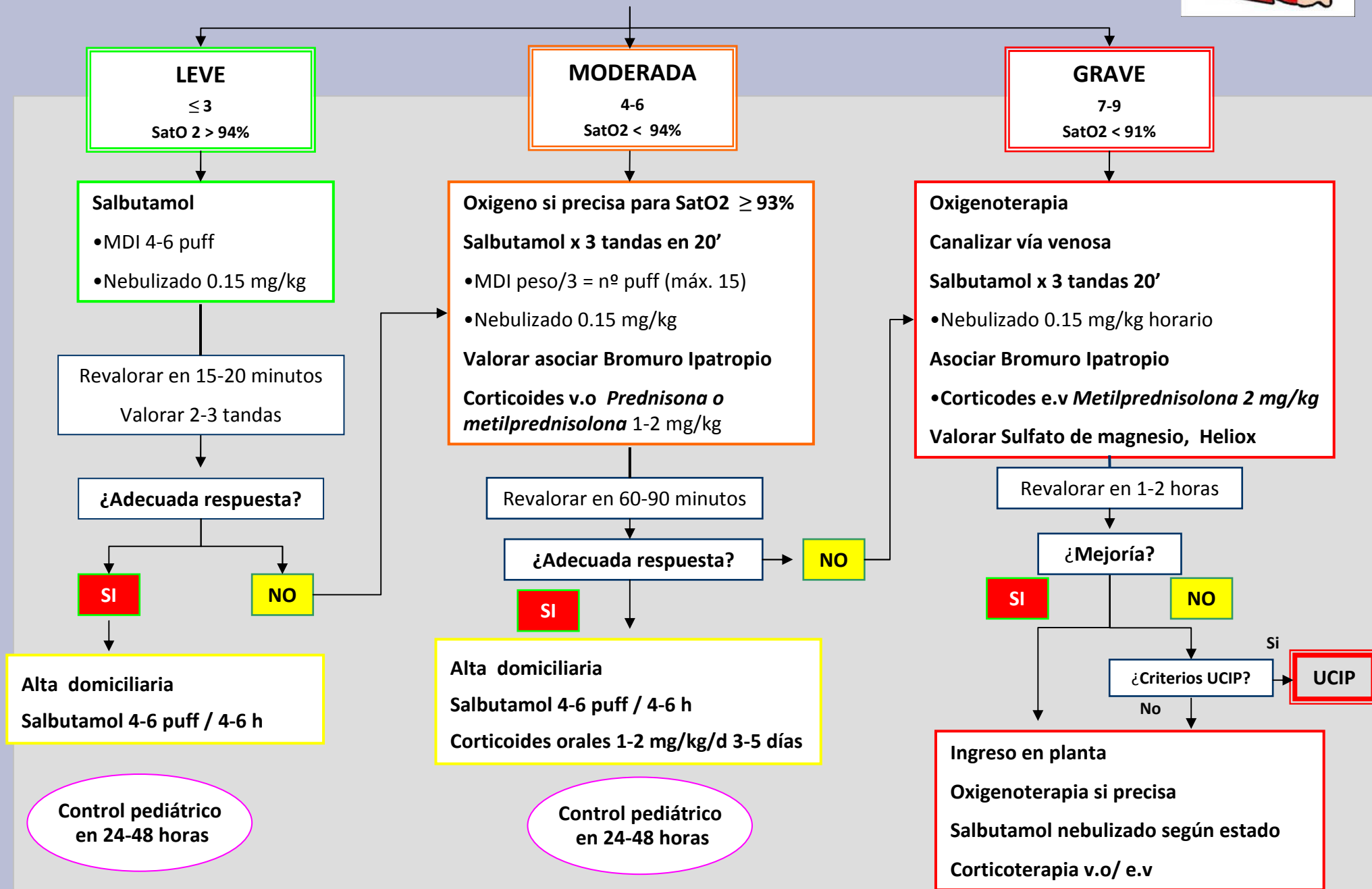
Puntuación :

≤ 3: Crisis Leve 4-6: Crisis Moderada 7: Crisis Grave

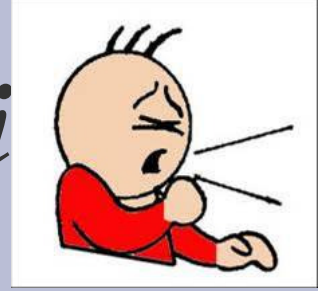
Algoritmo de Crisis Asmática



PULMONARY SCORE



Urgencias Respiratori



Laringitis

- Evaluación

Taussig

Puntuación:

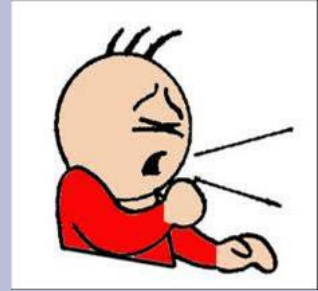
0-6 : leve.

7-8 : moderado.

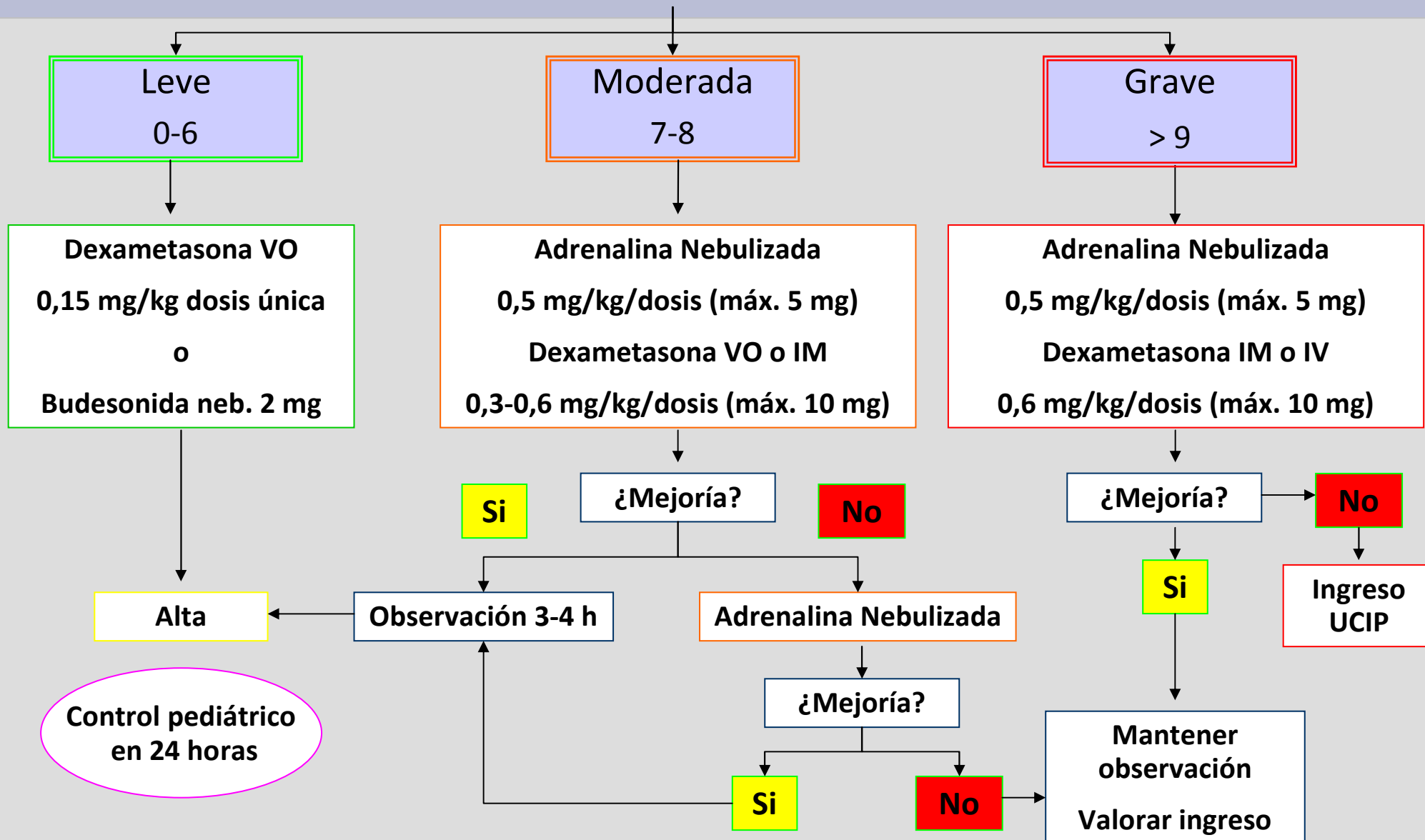
>9 : grave.

	0	1	2	3
Estridor	No	Medio	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Leve ↓	↓↓	↓↓↓
Coloración	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracción	No	Escasa	Moderada	Intensa
Conciencia	Normal	Decaído	Deprimida	Letargia

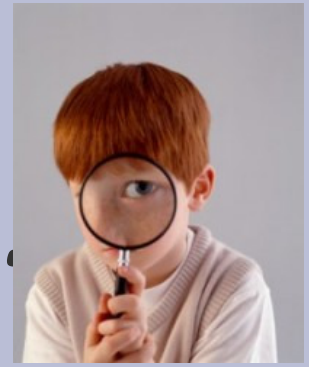
Algoritmo de Laringitis



Taussig

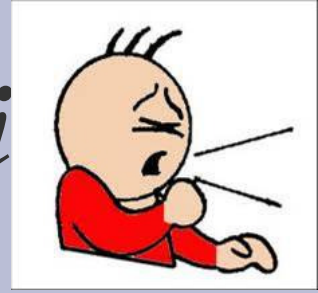


Tener en cuenta...



- **Flujo de O₂ : 5-7 L/min.**
- Budesonida inhalada y dexametasona oral son igual de eficaces, siendo ésta última de elección por el bajo coste.
- Dexametasona oral: mejoría clínica a las 1-2 horas de su administración.
Mantiene niveles durante 36-72 horas. Dosis: 0.15-0.6 mg/kg, (max 10mg).
- Adrenalina nebulizada: efecto comienza a los 10 min, duración 2 horas.
Dosis: 0.5 ml/kg/dosis, máx 5 mg hasta 10ml SSF.
- Atención “efecto rebote de la adrenalina” = observación 3-4 horas.

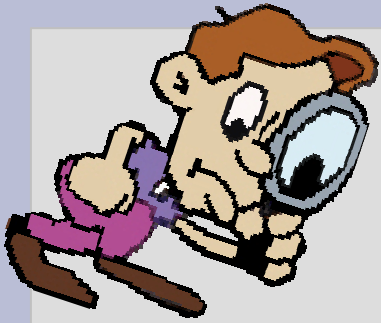
Urgencias Respiratorias



Criterios de derivación

- Aspecto tóxico
- Trabajo respiratorio grave
- Necesidades de oxígeno suplementario de forma mantenida (Sat O₂ <92% aire ambiente)
- Falta de mejoría tras tratamiento intensivo
- Empeoramiento brusco
- Procesos moderados con historia de ingresos previos en la UCIP
- Presencia de algún factor de riesgo, entorno familiar inadecuado o mal cumplimiento terapéutico

Urgencias Digestivas



¿ Qué nos preocupa...?

Vómitos	Diarreas	Dolor abdominal
Deshidratación		Abdomen agudo

Urgencias Digestivas



Gastroenteritis

- Evaluación

DESHIDRATACIÓN

Gorelick*

Puntuación:

< 3 : leve.

3-5 : moderada.

6-10 : grave.

Ojos hundidos

Mucosas secas

Ausencia de lágrimas

Pérdida de turgencia cutánea

Deterioro del estado general

Relleno capilar > 2 segundos

Pulso radial débil

FC > 150 lpm

Respiración anormal

Oliguria

*Cada ítem se valora con 1 punto

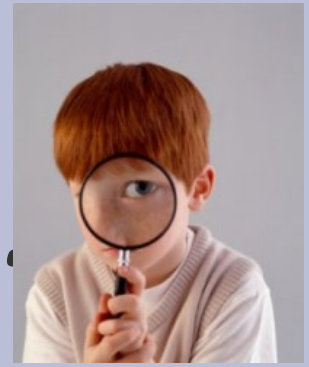
Urgencias Digestivas



Recomendaciones Generales

EVITAR	RECOMENDAR
Suprimir pecho	Reposo digestivo controlado
Diluir leche o fórmulas especiales	SRO: Fórmulas hiposódicas
Antieméticos	30-50ml/Kg +10ml/Kg /dps.
Antidiarreicos	Realimentar precozmente con alimentación habitual
Antibióticos	
Ayuno prolongado	
Bebidas alternativas a SRO	

Tener en cuenta...



- Los antieméticos no están indicados de rutina en las GEA que cursen con vómitos.
 - El ondansetrón se encuentra como el más eficaz:
 - ✓ Escasos efectos adversos importantes
 - ✓ Disminuye tasas de hospitalización y de terapia endovenosa
- Contraindicaciones de la rehidratación oral:
 - DH >15% y shock hipovolémico.
 - Sepsis o inestabilidad hemodinámica.
 - Íleo paralítico (hasta que haya ruidos intestinales).
 - Abdomen quirúrgico.
 - Alteraciones de la conciencia.
 - Pérdidas fecales de > 10ml/kg/h.

Urgencias Digestivas



Dolor Abdominal

- Evaluación**



A

APARICIÓN

L

LOCALIZACIÓN

I

INTENSIDAD

C

CARACTERÍSTICAS

I

IRRADIACIÓN

A

ALIVIO

FRE

FRECUENCIA

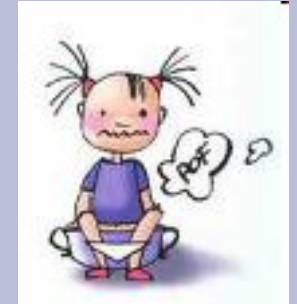
DU

DURACIÓN

SA

SINTOMAS ACOMPAÑANTES

Urgencias Digestivas



Dolor Abdominal

- Evaluación

Escala FLACC

Categorías	0	1	2
Expresión facial (Face)	Neutra o sonrisa, contacto visual	Ceño o boca fruncidos, ojos parcialmente cerrados	Ceño fruncido permanentemente, mentón tembloroso, arrugas frontales profundas, ojos cerrados, boca abierta
Piernas (Legs)	Posición normal, relajadas	Inquietas, rígidas, flexión/extensión intermitentes	Patadas, flexión/extensión exageradas o temblor de las extremidades
Actividad (Activity)	Posición normal, tranquilo, se mueve libremente	Gira de un lado a otro o reacio a moverse, se presiona la parte del cuerpo que le duele	Rígido, arqueado, movimientos espasmódicos, inmóvil
Llanto (Cry)	Sin llanto o quejido (despierto o dormido)	Quejidos suaves, llanto ocasional, suspiros	Llanto
Susceptible de consuelo (Consolability)	Tranquilo, relajado	Consolable con caricias o con palabras. Distractable	Difícil de consolar o distraer

Urgencias Digestivas



Dolor Abdominal

- Evaluación

Escalas Visuales

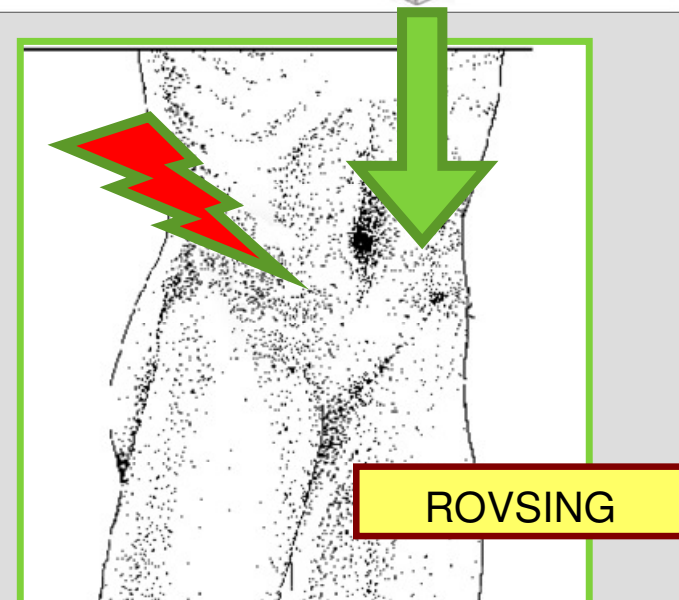
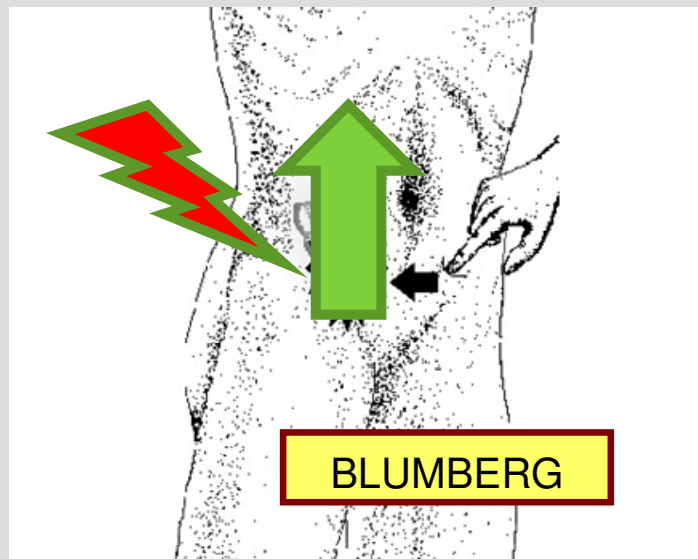
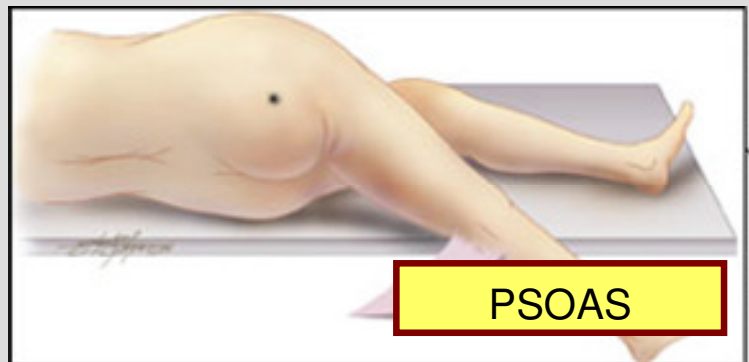
Escala de Rostros	0 1 2 3 4 5 Sin dolor Máximo dolor
Escala Numérica de 11 Puntos	012345678910
Escala Visual Análoga	010 Sin dolor Máximo dolor
Escala Verbal	DOLOR LEVEDOLOR MODERADODOLOR SEVERODOLOR INSOPORTABLE

Urgencias Digestivas



Dolor Abdominal

- Evaluación **IRRITACIÓN PERITONEAL**



Urgencias Digestivas



Criterios de derivación

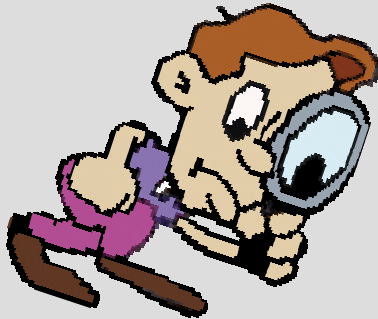
- **Indicación de consulta al servicio de cirugía:**

- Abdomen agudo.
- Vómitos biliosos o fecaloideos.
- Trauma abdominal significativo.
- Sospecha de patología quirúrgica

- **Indicación de observación hospitalaria o ingreso:**

- Afectación importante del estado general.
- Vómitos importantes, sobre todo si son biliosos o hemáticos, signos de deshidratación, nula tolerancia oral.
- Colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, invaginación intestinal.
- Cetoacidosis diabética.
- Todos los cuadros quirúrgicos.

Urgencias Neurológicas



¿ Qué nos preocupa...?

Convulsiones	Cefalea
Infecciones SNC Epilepsia LOE	

Urgencias Neurológicas



Convulsiones

- Manejo
 - ABCDE
 - **A** apertura de vía aérea (frente-mentón, Guedel), aspiración secreciones
 - **B** ventilación, Oxígeno en mascarilla
 - **C** circulación, control de glucemia, temperatura
 - **D** neurológico (glasgow, actividad)
 - **E** exposición (lesiones, y tipo de crisis)

Urgencias Neurológicas



Convulsiones

- Manejo

Control de ABCDE

¿Duración > 3-5 minutos?

Si

No

¿Vía Venosa?

No

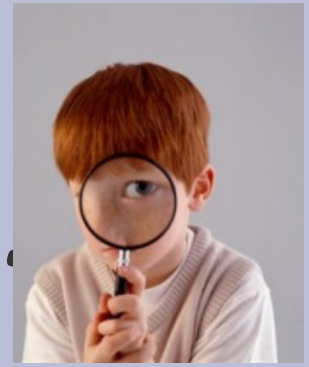
Si

Soporte respiratorio
Antitérmico

- Diazepam rectal
0,5 mg/kg: < 3 años 5 mg
> 3 años 10 mg
- Midazolam IM
0,2-0,5 mg/Kg (máx. 5 mg)

- Diazepam IV
0,2 - 0,3 mg/Kg: máx. < 5 años 5 mg
> 5 años 10 mg
- Midazolam IV
0,2 mg/Kg (máx. 5 mg)

Tener en cuenta...



- Analítica: no indicado de rutina
- Punción lumbar:
 - Sintomatología clínica compatible con infección SNC (< 6 m, alteración persistente de la conciencia o signos meníngeos).
- EEG: No indicado en primera crisis febril
- Estudios de imagen: no indicados de rutina

Urgencias Neurológicas



Criterios de derivación

- Si es una crisis atípica o recidiva en el mismo cuadro
- Convulsión afebril
- Mal estado general
- < 12 meses
- No recuperación total tras crisis

Urgencias Neurológicas



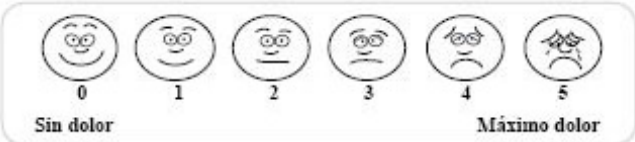
Cefalea

- Evaluación

- Historia clínica

- ✓ Edad, modo, momento y lugar de inicio, antecedentes familiares.
 - ✓ Frecuencia.
 - ✓ Aura o signos previos. Síntomas acompañantes
 - ✓ Exposición ambiental, factores desencadenantes
 - ✓ Intensidad → Escalas clínicas de valoración
 - ✓ Respuesta al tratamiento.

- Exploración física

Escala de Rostros	 Sin dolor Máximo dolor				
Escala Numérica de 11 Puntos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Escala Visual Análoga	 0 Sin dolor Máximo dolor 10				
Escala Verbal	<table><tbody><tr><td>DOLOR LEVE</td><td>DOLOR MODERADO</td><td>DOLOR SEVERO</td><td>DOLOR INSOPORTABLE</td></tr></tbody></table>	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO	DOLOR INSOPORTABLE
DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO	DOLOR INSOPORTABLE		

Urgencias Neurológicas



Cefalea

- Evaluación



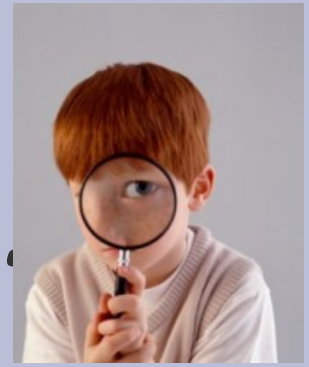
SINTOMAS

Cambio de características
Exacerbada al cambiar de postura
Intensa de inicio reciente
Interfiere con el sueño
Empeora progresivamente
Matutina, diaria
Vómitos proyectivo, matutinos
Convulsiones
Cambio de carácter
Ô de rendimiento escolar
Menor de 5 años
Dolor brusco e intratable
Síntomas neurológicos

SIGNOS

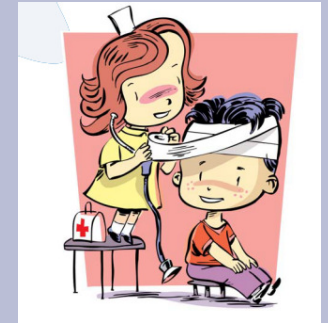
Focalidad neurológica
Manchas hipocrómica o café
con leche
Edema de papila
Meningismo +/- fiebre
HTA
Síntomas visuales persistentes
Macrocefalia

Tener en cuenta...



- Pruebas complementarias: no indicado de rutina
- Criterios de ingreso:
 - Cefalea de gran intensidad, rebelde al tratamiento oral, con vómitos.
 - Cefalea con alteración de la exploración neurológica.
- Criterios de remisión a consulta de pediatría/neurología:
 - Cefalea con signos/síntoma de alarma.
 - Migraña con aura.
 - Migraña > 2 crisis/mes o Cefalea Tensional > 15/mes.

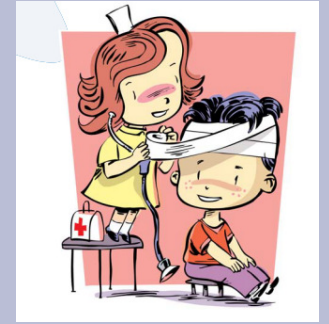
Accidentes



¿ Qué nos preocupa...?

TCE	Intoxicaciones
Afectación SNC Pruebas complementarias Tratamiento	

Accidentes



Traumatismo Craneoencefálico

- Evaluación

Anamnesis

+

Exploración Física (**GLASGOW**)

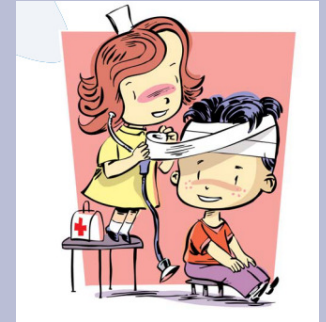


Riesgo de Lesión Intracraneal



Manejo clínico

Accidentes



Traumatismo Craneoencefálico

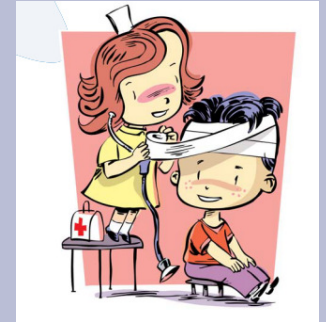
- **Evaluación**

- **Historia clínica**

- ✓ Edad: diferenciar menores y mayores de 2 años.
 - ✓ Enfermedades previas
 - ✓ Altura de la caída
 - ✓ Mecanismo y fuerza de impacto.
 - ✓ Respuesta al traumatismo
 - ✓ Síntomas asociados.
 - ✓ Evolución y tiempo transcurrido.



Accidentes



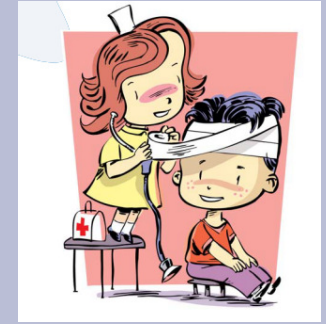
Traumatismo Craneoencefálico

- Evaluación

- Exploración física **A B C D E**

- ✓ Constantes vitales.
 - ✓ Nivel de conciencia: **Escala de Glasgow**
 - ✓ Reacción pupilar y fuerza muscular.
 - ✓ Inspección de CAE; fosas nasales (salida de LCR).
 - ✓ Hematomas a cualquier nivel.
 - ✓ Exploración completa.

Accidentes



GLASGOW

15= TCE mínimo

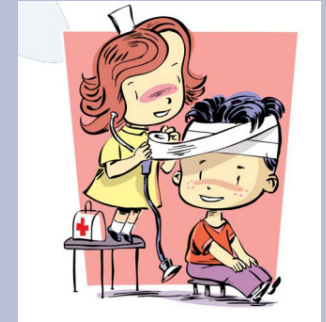
13-14= TCE Leve

9- 12= TCE Moderado

≤ 8= TCE Grave

Escala de Glasgow		Escala de coma modificada para lactantes	
Actividad	Mejor respuesta	Actividad	Mejor respuesta
Apertura de ojos		Apertura de ojos	
Espontánea	4	Espontánea	4
Al hablarle	3	Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo	5
Confuso	4	Irritable	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto con el dolor	3
Sonidos inespecíficos	2	Quejidos con el dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motora		Motora	
Obedece órdenes	6	Movimientos espontáneos	6
Localiza el dolor	5	Retira al tocar	5
Retira al dolor	4	Retira al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1

Accidentes



Traumatismo Craneoencefálico

RADIOGRAFÍA DE CRANEO

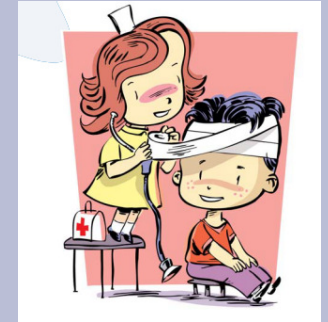
- **Mayores de 2 años**

- Historia incierta o sospecha de maltrato
- Sospecha de cuerpo extraño
- Sospecha de fractura deprimida o herida penetrante
- Ser portador de válvula de derivación intracraneal

- **Menores de 2 años** (además de las anteriores)

- Hematoma o contusión en cuero cabelludo
- Mecanismo de alta energía (por ejemplo, vehículos a motor)
- Caída desde más de 1 m de altura
- Caída contra superficies duras (hormigón o madera)
- Traumatismo no presenciado con la posibilidad de un mecanismo significativo

Accidentes



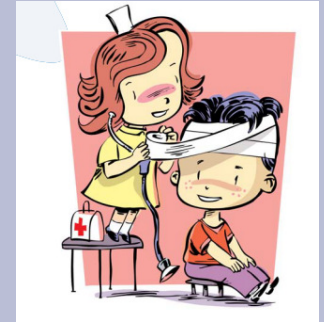
Traumatismo Craneoencefálico

TAC CRANEAL

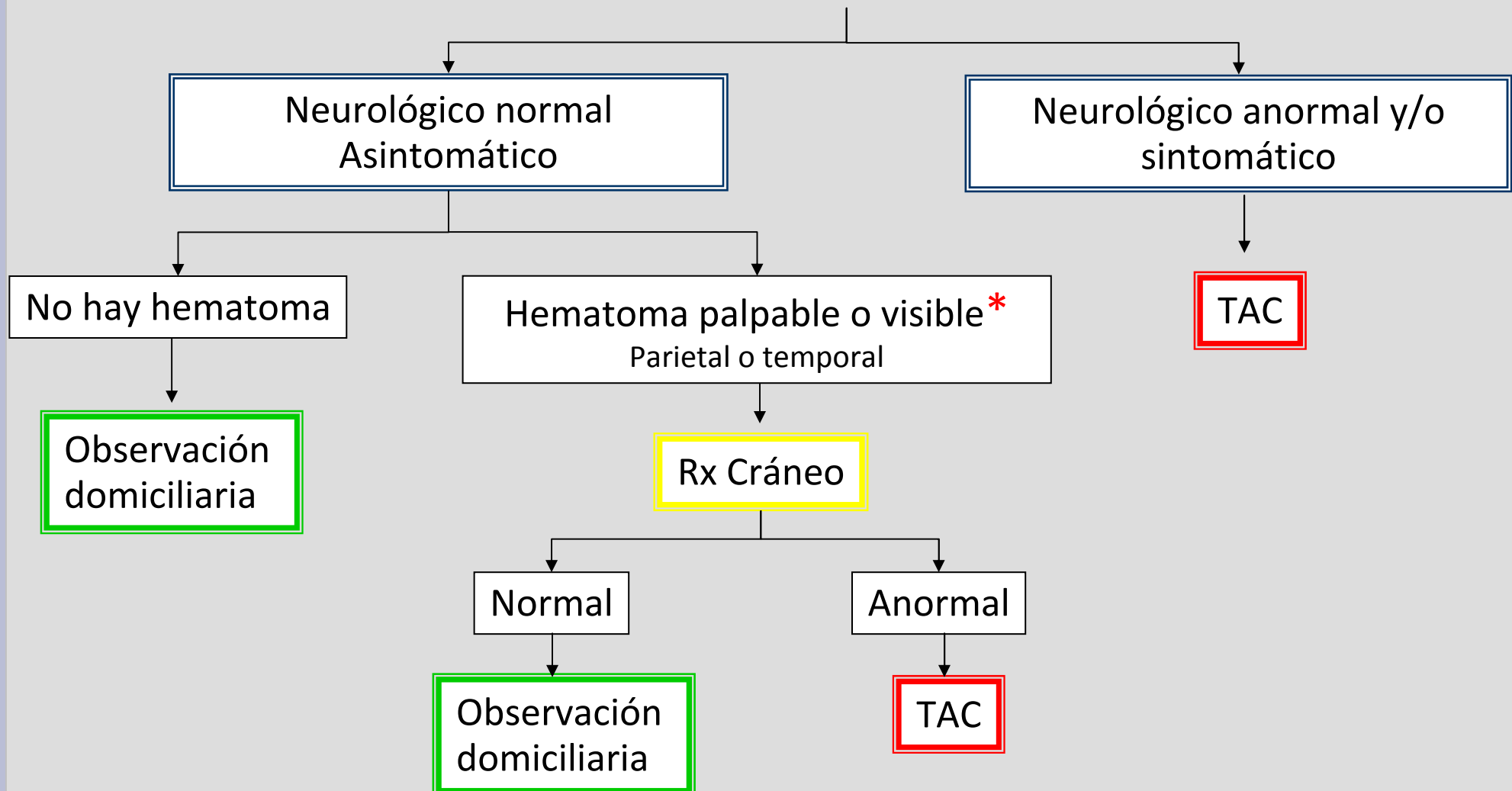
- Alteración de la GCS en la exploración
- Focalidad neurológica durante la exploración
- Signos de:
 - Fractura deprimida
 - Lesión penetrante
 - Fractura de la base
 - Pérdida de conciencia superior a 5 minutos
 - Convulsión postraumática
 - Amnesia postraumática
 - Vómitos persistentes
 - Cefalea persistente
 - Irritabilidad

Algoritmo TCE

< 2 años*

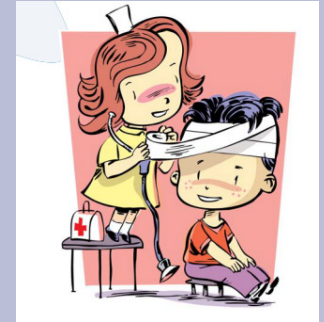


Historia clínica Exploración física y neurológica

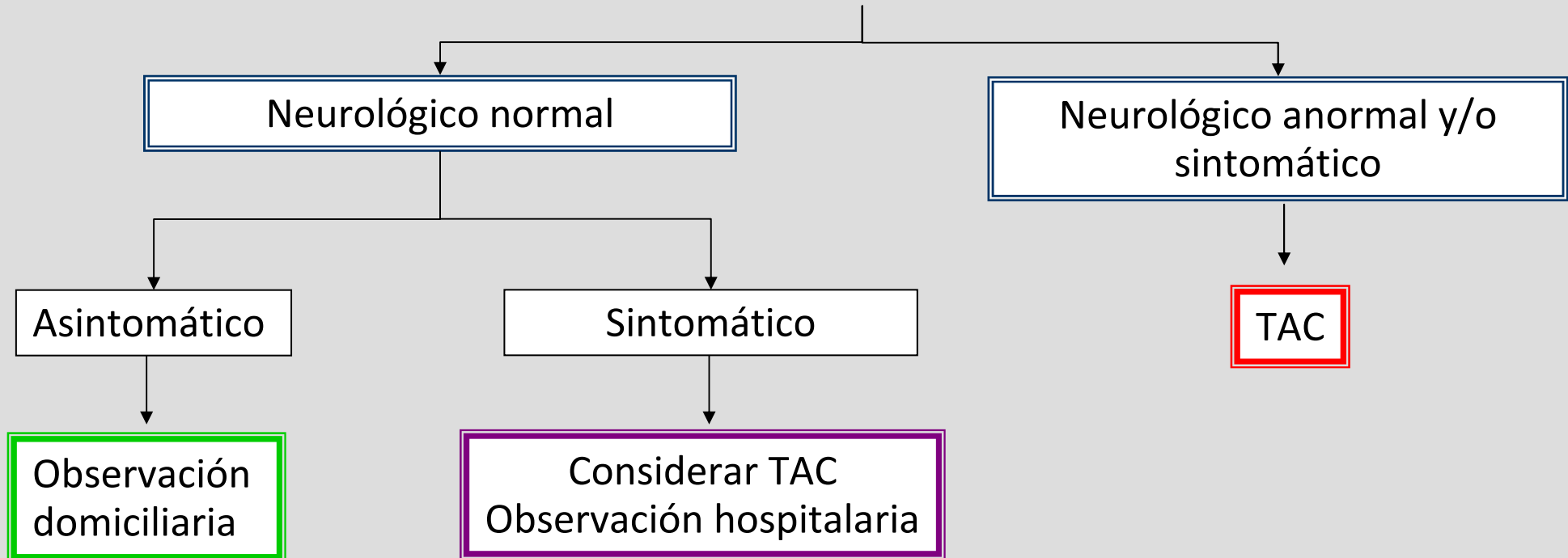


Algoritmo TCE

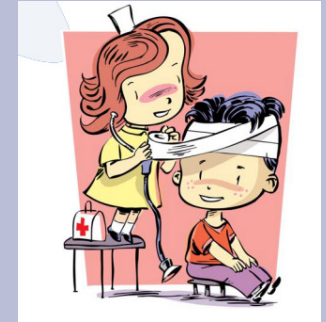
> 2 años



Historia clínica Exploración física y neurológica



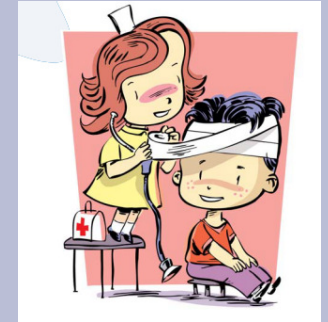
Accidentes



Indicaciones para remitir al Hospital

- Pérdida de conciencia (GCS<15) en cualquier momento desde el traumatismo
- Amnesia de lo ocurrido o de los eventos posteriores
- Síntomas neurológicos (ej: cefalea, náuseas y vómitos, irritabilidad o alteración del comportamiento, convulsión...)
- Evidencia clínica de fractura craneal
- Mecanismo causal sugerente de alta energía
- Posibilidad de daño penetrante
- Sospecha de maltrato
- Comorbilidad (Discrasia sanguínea, válvula de derivación ventricular)
- Factores sociales adversos (falta de unos cuidadores competentes para la observación del paciente)

Accidentes



Intoxicaciones

INTOXICACIÓN

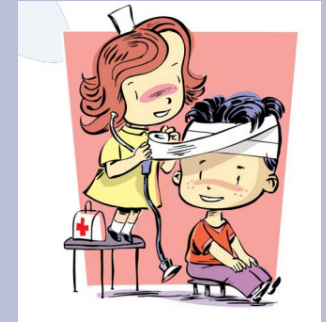
Medicamentos

- Antitérmicos
(PARACETAMOL)
- Otros

Productos Domésticos

- Productos de limpieza
- Cosméticos
- Gases de uso doméstico
- Otros

Accidentes



Intoxicaciones

- Evaluación

- ¿Ha contactado el niño con el tóxico?
- ¿Es una situación de riesgo real?
 - Potencial toxicidad (identificar tóxico)
 - Existen síntomas (Síndromes)
- ¿Hay que hacer algo?

SI

¿Qué? (productos habituales casa,...)

¿Cuánto? (5,10,15 ml) o **mg/kg**

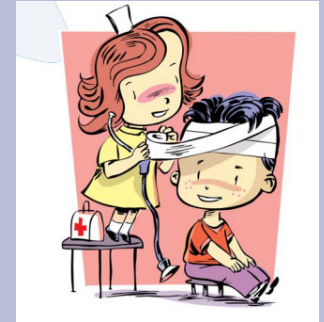
¿Cuándo? (tiempo desde la ingestión, relación con comidas,...)

¿Cómo? (síntomas, duración, tto. inicial)



Toxicología: 915620420

Accidentes



Intoxicaciones

- Manejo

1. Monitorización

2. ABC

3. Soporte neurológico

Si ↓ el nivel de conciencia

Vía aérea permeable

Control de glucemia

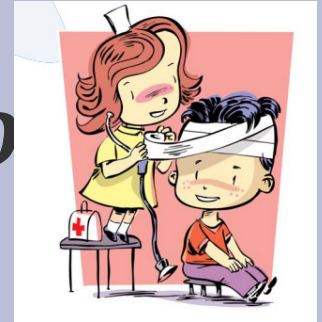
Prueba

Naloxona

Flumacenilo

4. Iniciar eliminación tóxica ⇒ lavado piel, ocular

Carbón Activado



- Adsorción por formación de complejo estable $\Rightarrow$ eliminación por heces

- Administración $\leq 1^a$ hora postingesta



- **Dosis:** oral o SNG

- Unica:

- < 1 año 0,5-1 g/kg (máx. 25 g)
- 1-14 años 0,5-1 g/kg (máx. 50 g)

- Repetidas: 0,25-0,5 g/kg cada 2-6 h

- **EES:** raros (dolor abdominal, vómitos estreñimiento,..)

- **No adsorbe:**

- **Metales (Fe, Li, Pb,..)**

- **Alcoholes**

- **Hidrocarburos**

- **Cianuro**

- **Contraindicaciones:**

- $\downarrow$ nivel de conciencia
- Ingestión de sustancias con $\uparrow$ potencial aspiración
- Riesgo de perforación o hemorragia gastrointestinal

- **Complicaciones:**

- Aspiración (neumonitis, BO,..)
- Lesión corneal
- Adsorción de antídotos

Y para terminar....



Muchas gracias

Síndromes Clínicos

Estimulante	Sedativo-hipnótico	Opiáceos	Anticolinérgico	Colinérgico
Inquietud	Sedación	Estado mental alterado	Fiebre	Sialorrea
Excesiva habla y actividad motora	Confusión	Miosis	Ileo	Lagrimeo
Temblor	Delirio	Bradicardia	Rubor facial	Diarrea
Insomnio	Alucinaciones	Bradipnea	Taquicardia	Poliuria
Taquicardia	Coma	Respiración superficial	Piel seca	Broncorrea
Alucinaciones	Parestesias	Ileo	Retención urinaria	Vómitos
	Disestesias	Hipotermia	Visión borrosa	Bradicardia
	Diplopia		Midriasis	
	Visión borrosa		Mioclonus	
	Habla poco clara		Coreatetosis	
	Ataxia		Psicosis	
	Nistagmo		Alucinaciones	
			Convulsiones	

Presentación Clínica

Frecuencia Cardíaca		Tensión Arterial		Temperatura	
Taquicardia	Bradicardia	Hipertensión	Hipotensión	Hipertermia	Hipotermia
Anticolinérgicos	α - β Bloqueantes	Anticolinérgicos	β -Bloqueantes	Anticolinérgicos	β -Bloqueantes
Antihistamínico	Colinérgicos	Antihistamínicos	CO	Fenotiazina	CO
Anfetaminas	Digoxina	Anfetaminas	Diuréticos	IMAO	Colinérgicos
Clonidina	Nicotina	A.C.	Fenotiazinas	Metales	Etanol
Cianuro	Organofosforados	Clonidina	Hierro	Salicilatos	Hipnótico-sedantes
Cafeína	Parasimpático-	Cocaína	Hipnótico-sedantes	Simpático-	ADO
CO	miméticos	Organofosforados	Nitritos	miméticos	
Cocaína	Bloqueantes de Canales de Calcio	Teofilina	Opioides		
Teofilina			Teofilina		

Presentación Clínica

Coma	Pupilas		Esfuerzo Respiratorio	
Alcohol	Miosis	Midriasis	Disminuído	Aumentado
Anticolinérgicos	Colinérgicos	Anticolinérgicos	Alcohol	CO
Arsénico	Clonidina	Glutetimida	Barbitúricos	Drogas que inducen acidosis metabólica, fallo hepático o metahemoglobinemia
β-Bloqueantes	Nicotina	Meperidina	Benzodiacepinas	
Colinérgicos	Fenotiazinas	Simpático-miméticos	Opioides	
CO				
Plomo				
Litio				
Opioides				
Fenotiazinas				
Salicilatos				
Hipnótico-sedantes				