



MANEJO DE UNA INTOXICACION GRAVE POR ISONIAZIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Plata Paniagua S, Marco del Río J, Díaz Rangel M, Domingo Chiva E, Monteagudo Martínez N, Garrigues Sebastián MR
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete



OBJETIVOS

Las intoxicaciones son una de las patologías que se atienden en los servicios de urgencias y cuyo manejo es menos conocido, debido a que muchas de ellas son poco habituales y los equipos no están familiarizados con el manejo de las mismas. El objetivo es, describir el manejo de un caso de intoxicación grave por isoniazida en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Para describir el caso se realizó una revisión de la historia clínica digital en Mambrino XXI, así como de los informes de la unidad de intensivos en la historia clínica en papel.

RESULTADOS

Mujer de 18 años que acude a urgencias con disminución del nivel de conciencia tras ingerir 30 comprimidos de isoniazida 300 mg, 6 horas previas al ingreso (9 g totales) por un intento autolítico.

URGENCIAS: A su llegada, la paciente se encontraba estuporosa, desconectada del medio, afebril y taquipneica, presentando dos crisis comiciales tónico clónicas generalizadas que cedieron con 10mg de diazepam. Tras comprobar que la paciente presentaba un cuadro de intoxicación, se contactó con el Servicio Nacional de Toxicología y se consultó la **Guía de Antídotos** elaborada por el *Servicio de Farmacia* determinándose que la dosis tóxica de isoniazida es de 2-3 g y mortal de 10 g para un paciente de 70 kg. La toxicidad de isoniazida se manifiesta con acidosis metabólica, hepatotoxicidad y crisis comiciales. El tratamiento específico se realiza con **piridoxina** y medidas de soporte.

En este caso, debido al tiempo post-ingesta (superior a 6 horas) se descartó utilizar medidas depurativas para eliminar el fármaco y se optó por tratamiento de soporte. En la analítica de ingreso destacaba una marcada acidosis metabólica (pH 7,1, pCO₂ 26,9, HCO₃⁻ 8,6) además de una hipokalemia severa (2,4 mmol/L), que precisaron ser corregidas con suplementación de bicarbonato de sodio y cloruro potásico.

Se administró en urgencias una dosis de 5 g de **piridoxina** como antídoto (Debe administrarse una dosis equivalente a la dosis ingerida de isoniazida con una dosis máxima de 5g, pudiendo repetirse la dosis cada 5-10 min hasta que cedan las convulsiones y la toxicidad neurológica).

UCI: Debido a la gravedad de la intoxicación, la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. A su llegada a UCI presentó status epilepticus generalizado según EEG, precisando sedoanalgesia con midazolam y fentanilo y dosis adicional de 5 g de piridoxina mejorando el trazado de EEG. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable y no precisó aminas. La sedoanalgesia se le retiró al segundo día de ingreso en críticos y la acidosis fue corregida (pH=7,36). En la analítica del segundo día de ingreso destacaba un aumento en los valores en las enzimas hepáticas: CK 38100 U/L (26-140), GOT 487 U/L (5-32), LDH 835 U/L (135-225) que volvieron a valores en rango al 5º día de ingreso. La paciente fue dada de alta sin más complicaciones.

CONCLUSIONES

El conocimiento del manejo de las intoxicaciones es de gran importancia permitiendo una actuación rápida en la reversión del agente tóxico y evitando complicaciones al paciente.