

Intoxicación aguda por Paracetamol en adultos	
Presentación clínica	<p>Las náuseas y los vómitos son los primeros síntomas comunes.</p> <p>Los pacientes que posteriormente desarrollan lesión hepática y muerte pueden permanecer asintomáticos durante horas después de una ingestión aguda.</p>
Enfoque diagnóstico	<p>En todos los pacientes con sospecha de toxicidad por paracetamol, solicite los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Concentración sérica de paracetamol</li><li>• Pruebas de función hepática basales (AST, ALT, bilirrubina total)</li><li>• PT e INR</li><li>• Panel de química básica (electrolitos, BUN, creatinina)</li></ul> <p>En todos los pacientes con sospecha de sobredosis intencional, solicite los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Concentración sérica de salicilato</li><li>• Glucometría</li><li>• Electrocardiograma</li><li>• Prueba de embarazo cualitativa en mujeres en edad fértil.</li></ul>
Tratamiento	<p>Asegure la vía aérea, la respiración y la circulación según sea necesario.</p> <p>Administre 50 g de carbón activado a todos los pacientes adultos que se presenten dentro de las 4 horas posteriores a la ingestión, a menos que esté contraindicado.</p> <p>Trate con N-acetilcisteína (NAC) si:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La concentración sérica de Paracetamol obtenida 4 horas o más después de una única ingesta aguda está por encima de la línea de "tratamiento" del nomograma de tratamiento para la intoxicación por Paracetamol.</li><li>• </li><li>• La concentración sérica de Paracetamol no está disponible o no se obtiene dentro de las 8 horas posteriores a la ingesta y se sospecha la intoxicación por Paracetamol.</li><li>• </li><li>• Se desconoce el momento de la ingesta y el nivel sérico de Paracetamol es superior a 10 mcg/ml (66 <math>\mu</math>mol/L).</li><li>• </li><li>• Hay evidencia de cualquier hepatotoxicidad con antecedentes de ingesta de Paracetamol.</li><li>• </li><li>• El paciente informa o el médico sospecha ingestas repetidas y excesivas de Paracetamol, el paciente tiene factores de riesgo de hepatotoxicidad inducida por Paracetamol y la concentración sérica de Paracetamol es superior a 10 mcg/ml (66 <math>\mu</math>mol/L</li></ul>
	<p>Dosificación oral de NAC:</p> <p>La dosificación oral es aceptable para pacientes no embarazadas con un tracto gastrointestinal funcional y sin evidencia de hepatotoxicidad.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dosis de carga de 140 mg/kg, seguida de 17 dosis de 70 mg/kg cada 4 horas.</li><li>• </li><li>• Si se producen vómitos dentro de la hora siguiente a la administración de NAC, se debe repetir una dosis completa de NAC lo más rápido posible.</li><li>• </li><li>• La terapia puede finalizarse entre 24 y 36 horas después de la ingestión si el nivel de paracetamol es inferior a 10 mcg/ml y el paciente no desarrolla evidencia de hepatotoxicidad y se mantiene clínicamente bien.</li><li>• Dosificación intravenosa de NAC:</li><li>• </li><li>• En pacientes sin evidencia bioquímica de insuficiencia hepática (es decir, aquellos con INR <math>\leq</math>2), utilice el protocolo de 21 horas: dosis de carga de 150 mg/kg durante 60 minutos, seguida de 50 mg/kg en infusión durante 4 horas, los 100 mg/kg finales infúndalos durante las 16 horas restantes.</li><li>• </li><li>• En pacientes con evidencia bioquímica de insuficiencia hepática (es decir, aquellos con INR <math>&gt;</math>2), administre el protocolo de 21 horas (punto anterior) seguido de una infusión intravenosa continua de NAC a 6,25 mg/kg por hora hasta que el INR sea <math>\leq</math>2.</li><li>• </li><li>• La dosificación intravenosa es aceptable en todos los casos de toxicidad del paracetamol, pero debe usarse en lugar de la dosificación oral en pacientes que no pueden tolerar la NAC oral (p. ej., vómitos intratables), pacientes con una afección médica que impide la administración de NAC oral (p. ej., ingestión corrosiva, sangrado gastrointestinal), pacientes con hepatotoxicidad significativa (INR <math>&gt;</math>2) y pacientes embarazadas.</li></ul>
	<p><b>Terapia antiemética:</b></p> <p>Puede administrarse un antagonista del receptor 5-HT3 (p. ej., ondansetrón) o metoclopramida</p>