

ERRORES FRECUENTES EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR MONOXIDO DE CARBONO

Jordi Desola

CRIS - Unitat de Terapèutica Hiperbàrica
Hospital Cruz Roja
Barcelona

Publicado en MEDICINA CLINICA - 1993; 101(13):517-8.

Recibido: 12-Nov-1999 - Insertado: 2-Oct-2000 - Actualizado:

INTRODUCCION

CRIS-UTH ha adquirido una cierta experiencia en el tratamiento de la intoxicación aguda por monóxido de carbono (ICO). La casuística actual supera los 1900 casos tratados de forma prospectiva. Su análisis permite extraer conclusiones de interés y de alta significación estadística.

La totalidad de esos casos provenía de otros centros hospitalarios. Hemos observado una serie de anomalías repetidas en muchos casos, tanto en las fases iniciales del diagnóstico como en la valoración y tratamiento precoz aplicado en los centros emisores. Varios de estos errores pueden tener consecuencias graves para la salud de los enfermos y en no pocas ocasiones han desembocado en lesiones irreversibles. La revisión pormenorizada de estos casos será difundida en su momento, pero la importancia práctica de algunos datos nos mueve a adelantar esta carta en la que señalamos a continuación los principales errores que suelen cometerse en estos enfermos.

1. **Diagnóstico.** Todavía recibimos con una relativa frecuencia a enfermos «intoxicados por gas butano» en los que se confunde un síndrome asfíctico con una intoxicación. Por el contrario, se olvida a veces que, si bien los gases licuados del petróleo no contienen CO, éste se puede formar como resultado de una combustión incompleta en una estufa o calentador defectuoso.

2. **Cuadro clínico.** Algunos médicos esperan observar el color rojo cereza, indicado como típico en varios libros, y que se observa en realidad en pocos casos. Los síntomas de ICO son inespecíficos (cefalalgia, vómitos, náuseas, vértigo, astenia, alteración de conciencia) y con facilidad ocasionan diagnósticos diferentes.

3. **Interpretación de la gasometría.** Sólo los cooxímetros informan del contenido real de oxígeno. En las ICO los aparatos convencionales ofrecen gasometrías normoxémicas o a lo sumo ligeramente hipoxémicas y pueden inducir a actuaciones conservadoras cuando el paciente está gravemente hipóxico. Existen métodos matemáticos para calcular la PaO₂ real según la tasa de carboxihemoglobina (HbCO).

4. **Valoración de la carboxihemoglobina.** Su determinación confirma el diagnóstico pero no guarda relación con la gravedad del cuadro ni con el pronóstico. Es frecuente obtener resultados normales en pacientes en coma, o bien grandes elevaciones de HbCO en pacientes asintomáticos. En algunos hospitales se condiciona el diagnóstico y la actuación terapéutica a las tasas de HbCO. En cuanto a las cifras de normalidad, deseamos comunicar que realizamos hace varios años un estudio piloto en 41 voluntario a los que se determinó la HbCO basal. La media en los 21 fumadores fue de $4,6 \pm 4,4$ (3,2-8,9) y en los 19 individuos normales de $2,3 \pm 1,3$ % (1,1-3,2). Estimamos en consecuencia que debe ser considerada como patológica toda tasa de HbCO superior al 4 % en la población normal, o al 9% en los fumadores.

5. **Sobrestimación de la oxigenoterapia normobárica.** Algunos cálculos matemáticos, no correlacionados con observaciones clínicas, sugieren que la vida media de la HbCO se reduce a 80 min. aplicando O₂ al 100%. En la práctica muchos pacientes que han recibido O₂ con FiO₂ altas, durante a veces más de 48 horas, presentan todavía valores de HbCO en nuestra serie fue de $22,8 \pm 11,3$ (n = 345) al principio y disminuyo a $1,9 \pm 2,5$ (p < 0,0001) tras recibir 76 min de oxigenoterapia hiperbárica (OHB).

6. **Olvido del síndrome neurológico tardío (SNT).** En algunas revisiones hasta el 30 % de los enfermos desarrollan un cuadro degenerativo desmielinizante, después un período asintomático de varios días o incluso de semanas, al haber respondido, al parecer de forma favorable, al tratamiento normobárico. Hemos comprobado que no es excepcional que algunos médicos, incluso neurólogos, ignoren la existencia del SNT o lo confundan con las secuelas neurológicas de la intoxicación aguda.

7. **Retraso en solicitar tratamiento hiperbárico.** La OHB ha demostrado en muchas revisiones ser la forma óptima de tratamiento de la ICO, por cuanto acelera la normalización de la HbCO y la recuperación sintomática, disminuye los días de hospitalización, y previene la aparición del SNT. Demasiadas veces los servicios de urgencia retienen a los pacientes durante horas en espera de los resultados de HbCO, o desaconsejan la OHB al obtener resultados normales en pacientes con síntomas claros.

Conviene recordar en último lugar que la OHB es un tratamiento de bajo coste y que en manos expertas es casi inocuo. De acuerdo con diversas revisiones y en especial con las pautas propuestas por la Undersea and Hyperbaric Medical Society, y por el European Committee for Hyperbaric Medicine, la OHB debe aplicarse en las siguientes situaciones, 1) cuadro clínico claro de ICO con independencia de la tasa de HbCO; 2) elevación de HbCO incluso en paciente asintomático y, 3) todos los casos de ICO durante la gravidez.

Dirección para correspondencia:

Dr. Jordi Desola
CRIS - Unitat de Terapèutica Hiperbàrica
Hospital de la Creu Roja
Dos de maig 301
E-08025 BARCELONA
Tel. (+34) 935-072-700 - FAX: (+34) 934-503-736 - E-Mail: cris@comb.es

Este documento procede de la REVISTA VIRTUAL DE MEDICINA HIPERBARICA editada por CRIS-UTH (Barcelona) y el CCCMH de España. Las teorías y opiniones expresadas en este artículo pertenecen a sus autores y no necesariamente representan la opinión formal del comité de redacción ni establecen una postura oficial de la REVISTA. Cualquier copia o difusión de este artículo debe citar la filiación completa de los autores, su procedencia y el enlace completo : <http://www.CCCMH.com/REVISTA-OHB/Revista-OHB.htm>.

INDICE