



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Autores: Cuesta Pérez-Camino A (1), Díez Cruz C (2), Crespo González S (3), Velázquez Álvarez J (3), Pérez Bol R (3), Augusto Rendo B (4)
Centro de trabajo: (1) Médico de SUAP C.S.Colindres, (2) Médico de SUAP C.S.Ampuero, (3) Médico de Familia C.S.Cudeyo, (4) Enfermera C.S.Cudeyo.

INTRODUCCIÓN:

La intoxicación por monóxido de carbono es un problema frecuente, aunque muchas veces no diagnosticado en la urgencia médica. Es clave para el diagnóstico conocer las manifestaciones clínicas y la posibilidad de cuantificar las cifras de carboxihemoglobina. La pulsioximetría puede no ser útil.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 28 años, hallado en su domicilio con bajo nivel de conciencia y rigidez generalizada. Tras recuperación parcial con oxigenoterapia de alto flujo, refiere que mientras estaba fregando presentó cefalea de inicio brusco y sensación de adormecimiento progresivo. En la cocina se encontraba un calentador alimentado con gas. Se traslada en UVI móvil, presentando un flutter auricular a 220 lpm en el trayecto. Analítica inicial: 19.700 leucocitos, CK 199, CK-MB 2,73, troponina T alta sensibilidad 40 y carboxihemoglobina 33,5%. Acidosis metabólica. Se indica terapia en cámara hiperbárica en centro de referencia: sesión a 2,5 ATM de presión durante 70 minutos. Se repite analítica a las 5 horas: CK 284, CK-MB 9,96, troponina T 181 y carboxihemoglobina 1,7%. Remisión de la acidosis.



Tabla 1. Niveles de carboxihemoglobina en relación a los síntomas.

COHb%*	Síntomas
< 10%	Asintomático
10-20%	Asintomático o cefalea
20-30%	Mareo, vértigo, náuseas, vómitos, disnea
30-40%	Alteraciones visuales
40-50%	Confusión, desorientación, síncope
> 50%	Coma, disfunción cardio-pulmonar, muerte

*COHb%: porcentaje de carboxihemoglobina

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

El diagnóstico de intoxicación por monóxido de carbono (CO), es fácil cuando el paciente informa de una exposición previa a humos o gases, pero el CO es un gas inodoro y no irritante para la vía aérea, siendo necesario sospecharlo ante un cuadro polimorfo, similar a la clínica gripal sin fiebre, y habitualmente en invierno y/o existe alguna fuente de CO en el domicilio. El protocolo de actuación, tras la toma de constantes, consiste en medidas de soporte vital básico y RCP si precisa, oxigenoterapia de alto flujo al 100% con reservorio a 8-10 lit/min., sueroterapia, monitorización cardiaca continua y cuantificar carboxihemoglobina venosa cada 4 horas hasta la normalización. En ocasiones sigue siendo necesario el uso de la cámara hiperbárica para conseguir desplazar el CO de la hemoglobina.

PALABRAS CLAVE: Monóxido de carbono; Intoxicación; Carboxihemoglobina

BIBLIOGRAFIA:

- 1.Nogué-Xarau S, Dueñas-Laita A. Monóxido de carbono: un homicida invisible y silencioso. Med Clin (Barc). 2005;124:300-1.
- 2.Desola J. Errores frecuentes en las intoxicaciones agudas por monóxido de carbono. Med Clin (Barc) 1993; 101: 517.