

**T**ranscurridos ya cinco meses desde el inicio del Observatorio Toxicológico de la SEUP y estando cercana la Reunión anual de nuestra Sociedad, es un buen momento para hacer un balance inicial de nuestro funcionamiento y exponer algún resultado.

El balance inicial es francamente esperanzador y algunas dudas que teníamos en un inicio se han disipado al menos parcialmente. Muestra de esto es que, con fecha de hoy (1 de marzo de 2009), hemos registrado 66 episodios de intoxicación en 33 servicios de urgencias pediátricos hospitalarios.

Estos episodios suponen el 0,38% de los episodios registrados en esos servicios de urgencias los días señalados para registrar las intoxicaciones. Este porcentaje es superior al 0,28% registrado en la serie publicada por nuestro grupo de

trabajo correspondiente a los años 2001-2002 pero también es cierto que la muestra actual hasta la fecha es pequeña y que el sistema de recogida ha sido diferente.

El mayor número de episodios los ha aportado un hospital con un total de 10 casos, lo que, en su caso, supone que el 1,2% de los 831 episodios registrados en su servicio de urgencias han correspondido a posibles intoxicaciones.

En los siguientes gráficos aportamos unos datos generales iniciales del Observatorio obtenidos a partir de los 66 primeros episodios registrados (algunos más de los recogidos en la comunicación presentada en la Reunión de la SEUP).

La distribución por sexos probablemente variará en relación con la edad pero es pronto para hacer análisis por grupos más pequeños (Fig. 1).

A pesar del poco tiempo que lleva en marcha el Observatorio en la distribución por edades comienzan a dibujarse las dos "jorobas" clásicas de las intoxicaciones: los niños pequeños con intoxicaciones accidentales (por ingesta accidental del propio niño o administración de una dosis errónea de una medicación) y las intoxicacio-



FIGURA 1. Distribución por sexos de las intoxicaciones registradas

nes no accidentales de los adolescentes (con fines autolíticos o recreacionales) (Fig. 2).

Un grupo muy importante tiene el contacto con el tóxico en el domicilio. Este aspecto, junto a analizar con quién se encontraba el niño o el adolescente, el tiempo transcurrido u otros aspectos nos servirá, al menos, para conocer mejor el problema al que nos enfrentamos (Fig. 3).

Los fármacos siguen siendo el primer grupo de sustancias implicadas en las intoxicaciones pediátricas y el paracetamol el principio activo que mayor número de consultas genera (Fig. 4).

El porcentaje de pacientes que ingresan en el Hospital, aunque sea en el área de Observación de

#### Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga  
Lidia Martínez  
Santiago Mintegi

ISSN: 1889-2884  
D. Legal: M-3307-2009  
Impreso en España

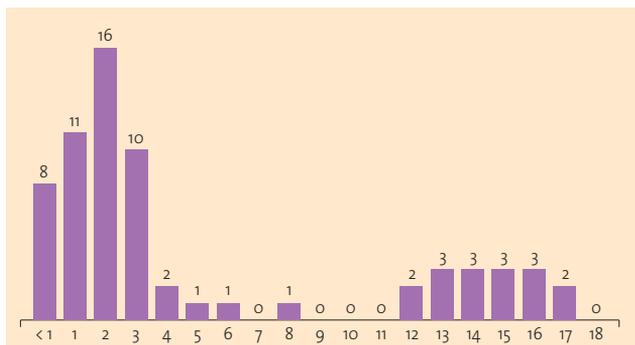


FIGURA 2. Distribución por edades.

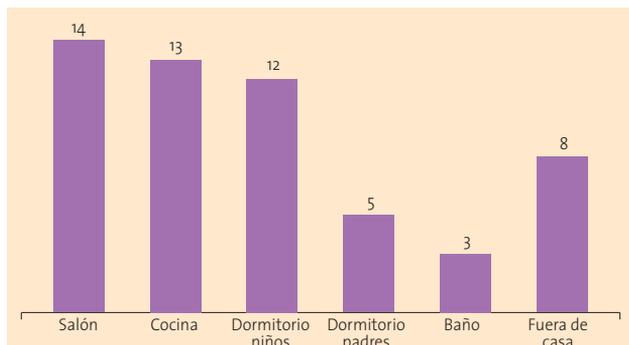


FIGURA 3. Lugar de producción de la intoxicación.

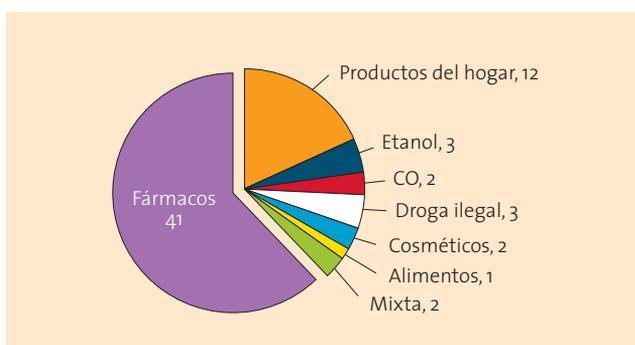


FIGURA 4. Agentes implicados. Grupos de sustancias.

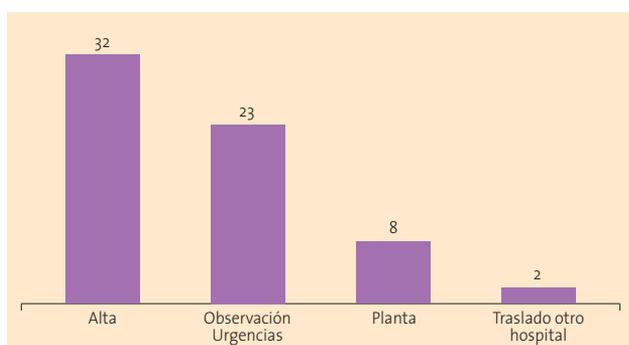


FIGURA 5. Destino de los pacientes.

Urgencias, es **muy superior** al global de las consultas en Urgencias (Fig. 5).

Aún es pronto para establecer ningún tipo de conclusiones pero, como

podéis ver, la importancia del Observatorio puede ser extraordinaria desde el punto de vista epidemiológico.

Los Servicios de Urgencias que quieran incluirse en el Observato-

rio sólo tienen que ponerse en contacto con los coordinadores a través de su e-mail: Beatriz Azkunaga (beatriz.azkunagasantibanez@osakidetza.net) o Santi Mintegi (santiago.mintegi@osakidetza.net).

#### COMUNICACIÓN A LA REUNIÓN DE SEUP-ZARAGOZA 2009. OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP): SU PUESTA EN MARCHA Y RESULTADOS INICIALES

**Introducción.** Tras la realización de dos estudios multicéntricos sobre las intoxicaciones atendidas en Urgencias de Pediatría, se crea en octubre de 2008 el Observatorio Toxicológico (OT) de la SEUP con el objetivo de determinar tendencias epidemiológicas y elaborar recomendaciones sobre el manejo de niños con una intoxicación. Participan 33 hospitales.

**Objetivos.** Describir los datos preliminares obtenidos en los 4 primeros meses de funcionamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los datos recogidos en sistema informático de los episodios de intoxicación registrados en los 33 hospitales pertenecientes al OT entre octubre 2008 y enero 2009. Se recoge la edad, mecanismo de intoxicación, tóxico, clínica, exploraciones complementarias, tratamiento recibido y evolución, así como nº total de episodios atendidos en urgencias los días de estudio.

**Resultados.** Se incluyeron 59 episodios (0,42% del total de episodios registrados en Urgencias). Los fármacos fueron los productos más frecuentemente implicados (66,1%) seguido por los productos del hogar (16,9%), no estando el tóxico en su envase original en 14,3%. Los menores de 5 años constituyeron el 69,5% de las intoxicaciones (principalmente

ingesta accidental de fármacos), seguido de los mayores de 12 años (25,4%, principalmente ingesta de fármacos con fin autolítico). El lugar más implicado en las intoxicaciones fue el domicilio familiar (89,5%). El 89,8% fueron traídos por sus padres, en vehículo familiar en un 78% existiendo antecedentes previos de intoxicación en el 10,3%. El 58,9% acudió directamente a urgencias hospitalarias, recibiendo algún tratamiento antes de llegar menos del 10%. El 62,7% presentó síntomas y la exploración física fue normal en el 64,4% realizándose pruebas complementarias en el 61%. Hasta el 61% recibió algún tipo de tratamiento, sobre todo descontaminación gastrointestinal (66,7% de los que recibieron tratamiento –100% carbón activado y 29,2% además lavado gástrico–) y antídoto 11,4%. La mitad de los pacientes ingresaron al menos durante unas horas en el Hospital. Todos evolucionaron bien.

**Conclusiones.** Las intoxicaciones son un motivo de consulta inhabitual en los servicios de urgencias pediátricos. La consulta más habitual es la ingesta accidental de un fármaco por parte de un niño menor de 5 años. En más de la mitad de los casos se administra algún tratamiento y/o se ingresa al niño en el hospital.

## ■ Caso clínico

Niña de 24 meses de edad traída a Urgencias por depresión del nivel de conciencia. Hace 30 minutos ha ingerido parte del contenido de una botella de agua que contenía éxtasis líquido. Antecedentes personales sin interés. Padre consumidor de éxtasis líquido. A su llegada a Urgencias está inconsciente y con respiración irregular.

### MANEJO

1. Evaluación clínica inicial: triángulo de evaluación pediátrica: aspecto alterado, respiración alterada, circulación normal. ABCDE: A: secreciones abundantes en orofaringe. B: respiración irregular y lenta, entrada de aire conservada. C: relleno capilar inferior a 2 segundos. Pulsos presentes. D: no responde a estímulos. Pupilas puntiformes. E: sin lesiones externas. Constantes vitales: FC: 72x', FR: 12x', Sat Hb 89%, TA: 90/50 mmHg. Glicemia capilar 80 mg/dl.
2. Impresión diagnóstica: fallo respiratorio. Coma secundario a intoxicación por éxtasis líquido (ácido gamma-hidroxi-butírico o GHB).
3. ABC: maniobras de apertura de vía aérea, aspiración de secrecio-

nes y oxigenoterapia. Persiste la depresión respiratoria y se procede a intubación orotraqueal con ventilación asistida. Se canaliza vía endovenosa. Se instaura monitorización cardiorrespiratoria y se toman muestras de sangre y orina para estudio etiológico.

4. Buscando más información: el examen físico por aparatos, la analítica sanguínea y el cribado de tóxicos en orina no aporta nuevos datos. Se remite muestra de sangre y orina al laboratorio toxicológico de referencia.

### EVOLUCIÓN

Recuperación del nivel de conciencia a las 4 horas lo que permite su extubación. A las 24 h toxicología informa de la detección de GHB en orina. Se pone en marcha el protocolo legal y social de protección al menor.

### DISCUSIÓN

El GHB es un depresor del sistema nervioso central derivado del GABA y, por tanto, pese a ser conocido como éxtasis líquido tiene poco en común con el derivado anfetamínico. Utilizado inicialmente como coadyuvante anestésico. Por su efecto eufori-

zante similar al del etanol, en los años 80 se inicia su uso como sustancia recreativa. En 1995 se publica la primera referencia bibliográfica en España y, desde entonces, el consumo y las sobredosis que se atienden en los servicios de urgencias han ido en aumento. El GHB se presenta en estado líquido en ampollas de 10ml y se consume por vía oral, generalmente combinado con otras drogas de abuso. Se ha descrito su uso con fines delictivos en agresiones sexuales ya que se puede añadir a una bebida sin que lo detecte la persona que la consume, incapacita a la víctima para defenderse e impide que posteriormente recuerde lo sucedido.

La intoxicación se caracteriza por depresión de conciencia de rápida instauración, muy profunda y de corta duración. Puede acompañarse de depresión respiratoria, hipotermia, bradicardia y, menos frecuentemente, hipotensión arterial. En la intoxicación pura se describe la aparición de miosis, simulando una intoxicación por opiáceos; la corta evolución, la agitación al despertar y la no respuesta a naloxona son claves en el diagnóstico diferencial.

El GHB se puede detectar en sangre y orina mediante técnicas complejas que no están disponibles en los laboratorios de urgencias, pero sí en un laboratorio de referencia toxicológica. La detección tiene interés epidemiológico, así como connotaciones legales en caso de agresión sexual o sospecha de maltrato infantil.

La intoxicación por GHB conlleva un riesgo vital y la actuación debe ser rápida y estructurada siguiendo la secuencia ABCDE. Por su rápida absorción y eliminación no suelen ser útiles las técnicas de descontaminación digestiva ni la extracción

forzada por vía renal o extrarrenal. El manejo se basa en la estabilización clínica y monitorización estrecha, aplicando las medidas de soporte que sean necesarias.

La intoxicación por GHB entra dentro del diagnóstico diferencial del niño y adolescente con coma de origen desconocido, especialmente si se sospecha consumo de drogas. Ante una intoxicación por drogas de abuso en niños pequeños ha de valorarse la posibilidad de maltrato infantil (por negligencia o abuso) y es oportuno consultar al juez de guardia y a los servicios sociales de atención a la

infancia (según protocolo de cada Comunidad Autónoma).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Chin RL, Sporer KA, Cullison B, Dyer JE, Wu TD. Clinical course of gamma-hydroxybutyrate overdose. *Ann Emerg Med.* 1998; 31(6): 716-22.
2. Galicia M, Nogué S, To-Figueras J, Echarte JL, Iglesias ML, Miró O. Intoxicaciones por éxtasis líquido atendidas en servicios de urgencias hospitalarios de la ciudad de Barcelona durante 2 años. *Med Clin (Barc).* 2008; 130(7): 254-8.
3. Quang LS. Gamma-hydroxybutyric Acid. In: Goldfrank LR, ed. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* New York: McGraw-Hill Professional; 2006.

código ????????????



## Grandes noticias para oídos pequeños

**Cetraxal Ótico**  
Ciprofloxacino 0,3%  
20 viales monodosis

Grandes noticias... también para Vd., que busca eficacia, seguridad y comodidad en el tratamiento de las otitis medias y externas. Porque cuando se trata de salud infantil toda protección es poca, el nuevo **Cetraxal Ótico Viales** se presenta en un envase innovador con 20 monodosis estériles que le ofrece más

garantías, como una concentración antibiótica superior de ciprofloxacino (0,3%) y un envase interno fotoprotector que asegura la estabilidad del principio activo.

Confíe en **Cetraxal Ótico Viales** para ir sobre seguro en el tratamiento de las otitis medias supurativas (crónicas) y otitis externas.



**SALVAT**  
innovación y calidad

patrocina este boletín

InfoSalvat  
900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com  
www.salvatbiotech.com