

CENTROS INTEGRANTES EN EL OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO Y RESPONSABLES DEL MISMO EN CADA CENTRO. *Alto Deba:* Carlos Canduela, Itziar Iturralde; *Aranjuez:* Carlos García-Vao, Santiago Manzano Blanco; *Arnau de Vilanova, Lleida:* Neus Pociello; *Basurto:* Javier Humayor; *Cabueñes:* Ramón Fernández; *Carlos Haya:* Silvia Oliva Rodríguez-Pastor, Leonardo Martín de la Rosa; *Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea:* Juan Mayordomo; *C. Hospitalario de Jaén:* Enrique García Vena; *Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell:* Javier Travería, Ana de los Ríos Pérez; *Cruces:* Laura del Arco, Iratí Bizkarrá; *Doce de Octubre:* Alba Palacios; *Donostia:* José Angel Muñoz Bernal; *Dr Peset, Valencia:* J. Rafael Bretón Martínez; *Fuenlabrada:* Lucía Llorente, Rocío Rodríguez; *Hospital Nens, Barcelona:* Amalia Arce Casas; *H. Universitario Fundación Alcorcón:* Alberto Barasoain; *General Universitario de Alicante:* María de la O García Baeza; *Gregorio Marañón:* Paula Vázquez; *Hospital de Terrassa:* María José López Liñan; *Laredo:* Víctor Canduela, Isidro Mongil; *La Fe:* Amparo Nuño; *Mendaro:* Jesús Alustiza; *Mutua Terrassa:* Elena May; *Niño Jesús:* Juan Carlos Molina; *Puerta de Hierro:* Javier Adrián, Cristina Puente; *Río Ortega, Valladolid:* Roberto Velasco; *Sant Joan de Déu:* Carles Luaces, Lidia Martínez; *Servet:* Yolanda Aliaga, Sara Beltrán; *Son Dureta:* Victoria López Corominas; *Son Llatzer:* Carmen Vidal Palacios; *Universitari Germans Trias i Pujol:* Frine Brossa Guerra; *Universitario Central de Asturias, Oviedo:* Juan Mayordomo, Julián Rodríguez; *Universitario de Salamanca:* Javier López Ávila; *Virgen de Las Nieves, Granada:* Reyes Sánchez Tallón; *Virgen de la Arrixaca:* Jesus Rodríguez Caamaño; *Virgen de la Salud, Toledo:* Esther Crespo Rupérez; *Virgen del Camino, Pamplona:* Lourdes Gómez Gómez; *Xeral de Vigo:* María Tallón García; *Zumarraga:* Amalia Pérez.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO?

Tras dos años de andadura del Observatorio Toxicológico de la SEUP, los resultados obtenidos justifican y subrayan la importancia de la existencia del mismo. Las actividades del Grupo de Trabajo y del Observatorio pueden ser consultadas en la Web de la SEUP (<http://seup.org/seup/html/gtrabajo/intoxicaciones.htm>).

El aspecto más importante aparece reflejado a continuación. En la tabla 1 se ve cómo han cambiado de manera significativa algunos

de los agentes implicados con más frecuencia en las intoxicaciones pediátricas en nuestro entorno.

El etanol actualmente ha desplazado al paracetamol como agente más frecuentemente implicado en intoxicaciones pediátricas. En 2001-2002 se registraba una intoxicación etílica por cada 5.400 episodios en Urgencias de Pediatría. Hoy en día, sólo se necesitan alrededor de 2.200 episodios para recibir un niño o adolescente con una intoxicación etílica. ■



Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga
Lidia Martínez
Santiago Mintegi
Neus Pociello

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

TABLA 1. Agentes implicados en intoxicaciones agudas pediátricas (porcentaje sobre el global de intoxicaciones atendidas)

	2001-2002	2008-2010
Etanol	6,8%	16,3%
Benzodiazepinas	5,4%	9,9%
Paracetamol	15,3%	11,6%
Anticatatrrales	7%	8,1%
CO	4,5%	4,3%
Lejía	4,4%	3,4%
Droga ilegal	2,1%	3,4%

■ Observatorio bibliográfico

Paracetamol orodispersible tablets: a risk for severe poisoning in children? Alessandro Ceschi, Katharina E. Hofer, Christine Rauber-Lüthy, Hugo Kupferschmidt. *Eur J Clin Pharmacol. Published online November 2010.*

El objetivo de este estudio es investigar si existe mayor riesgo de sobredosis de paracetamol con la presentación bucodispersable. Es un estudio retrospectivo en que revisan todas las consultas por sospecha de intoxicación por paracetamol en presentación sólida (comprimidos y bucodispersable) en menores de 6 años en un servicio de información toxicológico nacional entre 2003 y 2009. De 187 consultas 16 son por paracetamol bucodispersable con una dosis de ingesta media un 59% superior a la formulación clásica ($P=0,085$). Consideran que los factores de riesgo que pueden causar un incremento de dosis ingerida pueden ser la rapidez en que se disuelve en la boca, la sensación placentera que produce, el sabor agradable que tiene y el aspecto parecido a una golosina. Concluyen que esta presentación puede ser un factor de riesgo para que haya intoxicaciones más graves por paracetamol.

Changing trends and predictors of outcome in patients with acute poisoning admitted to the intensive care. Jayashree M, Singhi S. Department of Pediatrics, Postgraduate institute of medical education and research, Chandigarh, India. *J Trop Pediatr.* 2010 Oct 26. [Epub ahead of print]

Este artículo presenta una revisión retrospectiva desde 1993 hasta el 2008 de todos los casos de intoxicación que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Establecen 3 intervalos de tiempo y comparan datos epidemiológicos, clínicos y de evolución. También comparan los que sobrevivieron de los que fallecieron y buscan factores predictivos de mortalidad al ingreso. Tienen una muestra de 225 pacientes que supone un 3,9% del total de ingresos, la mayoría fueron accidentales (96,9%) y con una edad media de 3,3 años. De los resultados destaca una disminución significativa de la mortalidad en el último intervalo, una disminución de las intoxicaciones por hierro, queroseno y fosfato de aluminio y un aumento de intoxicaciones por orfanofosforatos y fármacos y que la hipotensión al ingreso es el factor predictivo más significativo de mortalidad.

Alcohol intoxication requiring hospital admission in children and adolescents: retrospective analysis at the University Children's Hospital in the Slovak Republic. Kuzelova M, Harárová A, Ondriasová E, Wawruch M, Riedel R, Benedeková M, Kocács L, Plakpová S. *Clin Toxicol (phila).* 2009; 47(6): 556-61.

En este artículo revisan las historias de todas las intoxicaciones de menores de 18 años que requieren ingreso durante 1996 y 2005 y comparan las características entre el primer quinquenio y el segundo. Establecen un score de severidad. Obtienen una muestra de 537 pacientes (273 niños y 264 niñas). La intoxicación por alcohol supone el 34,2% de todas las intoxicaciones. El niño más joven tenía 9 años. De los resultados que obtienen destaca un ascenso estadísticamente significativo de casos y de la tasa de alcohol en sangre todos los años y un aumento significativo de este score en el segundo quinquenio. De estos resultados infieren que no solo hay un aumento de casos de intoxicaciones sino también un aumento de la severidad de los casos y creen necesario iniciar medidas para disminuir el abuso de alcohol en niños y adolescentes. ■

INDICADORES DE CALIDAD PEDIÁTRICOS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE INTOXICACIÓN

La OMS define calidad asistencial como aquella que es capaz de garantizar que todo paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos, terapéuticos y de cuidados más adecuados para obtener el mejor resultado de su proceso, con

el mínimo riesgo de iatrogenia y la máxima satisfacción del paciente.

El indicador de calidad es una herramienta que permite comparar nuestra actividad con un estándar (la meta a alcanzar) y de este

modo detectar aquellos aspectos en los que debemos mejorar. Cuando no alcanzamos el estándar hay que buscar las causas para plantear estrategias de mejora. El mismo indicador de calidad nos permite monitorizar el efecto de éstas.

En los últimos años existe un interés creciente por la calidad asistencial que se ha puesto de manifiesto en la creación de indicadores de calidad para muchas especialidades médicas. Así, en el año 2004 el Grupo de Trabajo de Mejora de Calidad de la SEUP elaboró el documento: "Servicios de Urgencia: Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria" y, en el ámbito de la toxicología, en el año 2006 la sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología presentó 24 indicadores para evaluar la calidad de la asistencia dada a los pacientes adultos con intoxicaciones agudas.

Con la finalidad de elaborar unos indicadores de calidad específicos para el paciente pediátrico que acude al servicio de Urgencias con sospecha de intoxicación, se revisan los indicadores existentes para la atención de pacientes adultos intoxicados y se seleccionan aquellos cuya aplicación en pediatría puede resultar útil. La adaptación se realiza por consenso entre tres de los miembros del grupo de trabajo de intoxicaciones de la SEUP: Lidia Martínez (Coordinadora. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona) Juan Carlos Molina (Hospital del Niño Jesús, Madrid) y Santi Mintegi (Hospital de Cruces, Barakaldo). Se revisan también los indicadores de calidad pediátricos para la atención sanitaria en los servicios de Urgencias para incluir los específicos del paciente intoxicado. Finalmente se obtienen 20 **Indicadores de Calidad Pediátricos para la Atención Sanitaria Urgente de los Pacientes con Sospecha de Intoxicación** que se muestran en la tabla 1.

Seis de los indicadores se consideran **indicadores básicos** (en negrita en la tabla), es decir, que por la importancia de los parámetros que

TABLA 1. Indicadores de calidad pediátricos para la atención sanitaria urgente de los pacientes con sospecha de intoxicación.

1	Disponibilidad de protocolos asistenciales de tratamiento específico para las intoxicaciones más habituales y/o potencialmente más graves en la infancia y adolescencia. Estándar: $\geq 90\%$
2	Disponibilidad de antidotos para tratar al paciente intoxicado. Estándar: $\geq 90\%$
3	Disponibilidad de técnicas de laboratorio para determinar con carácter de urgencia la presencia del tóxico. Estándar: $\geq 90\%$
4	Administración de carbón activado (CA) en los pacientes en que se realiza descontaminación digestiva tras la ingesta de una sustancia adsorbible por el CA. Estándar: $\geq 90\%$
5	Realización de lavado gástrico como técnica de descontaminación digestiva. Estándar: $< 10\%$
6	Administración de jarabe de ipecacuana. Estándar: $< 5\%$
7	Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta. Estándar: $\geq 90\%$
8	Broncoaspiración de carbón activado tras la administración de éste como método de descontaminación digestiva. Estándar: $< 5\%$
9	Disponibilidad de sonda orogástrica adecuada para realizar el lavado gástrico. Estándar: $\geq 95\%$
10	Realización de un ECG a los pacientes con intoxicación por agentes cardiotóxicos. Estándar: $\geq 95\%$
11	Administración de oxigenoterapia precoz y a la máxima concentración posible a los pacientes intoxicados por monóxido de carbono. Estándar: $\geq 95\%$
12	Administración de flumazenilo a pacientes que hayan convulsionado previamente en el curso clínico de su intoxicación o con posible ingesta de antidepresivos tricíclicos. Estándar: 0%
13	Intervalo de tiempo entre la ingesta de una dosis tóxica de paracetamol y la extracción de sangre para determinar la concentración plasmática del fármaco inferior a 4 horas. Estándar: $< 10\%$
14	Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al Servicio de Urgencias y la primera atención ≥ 15 minutos. Estándar: $\geq 90\%$
15	Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al Servicio de Urgencias y el inicio de la descontaminación ocular o cutánea ≤ 10 minutos. Estándar: $\geq 90\%$
16	Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al Servicio de Urgencias y el inicio de la descontaminación digestiva ≤ 20 minutos. Estándar: $\geq 90\%$
17	Valoración neurológica del paciente atendido por intoxicación etílica aguda. Estándar: $\geq 95\%$
18	Valoración por el psiquiatra del paciente atendido por intoxicación aguda voluntaria con intención suicida. Estándar: $\geq 95\%$
19	Comunicación judicial de los casos de intoxicación que puede encubrir delito. Estándar: $\geq 95\%$
20	Registro del conjunto mínimo de datos del paciente intoxicado en el informe asistencial del Servicio de Urgencias. Estándar: $\geq 90\%$

analizan se consideran de aplicación muy recomendable en todo servicio de atención urgente a pacientes pediátricos. Se refieren a la disponibilidad de protocolos de actuación ante las intoxicaciones más frecuentes y graves en

pediatría, disponibilidad de antidotos (en función del nivel asistencial), técnica de descontaminación digestiva empleada y tiempo de realización de ésta, tanto el transcurrido desde la ingesta como desde la llegada a Urgencias. ■

COMUNICACIÓN ENVIADA AL PEDIATRIC AMERICAN SOCIETIES MEETING A CELEBRAR EN DENVER EN 2011. EPIDEMIOLOGICAL CHANGES IN POISONINGS ADMITTED IN SPANISH PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENTS (PEDS) IN THE LAST DECADE. INCREASE OF ETHANOL POISONINGS

Background. In a multicenter study undertaken in 2001-2002 in 17 Spanish Paediatric Emergency Departments (PEDs) included in the Clinical Toxicologic Working Group of the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine (SEUP), paracetamol was the most frequently involved agent in patients with acute intoxication seeking medical care in Spanish PEDs. In 2008, a multicenter Toxic Surveillance System was stated in order to identify epidemiological and management changes in paediatric acute poisonings in Spain.

Objective. To assess epidemiological changes of patients with acute intoxication seeking medical care in Spanish PEDs in the last decade.

Design/Methods. Cohort comparative study. We analyzed the circumstances of the poisonings in different PEDs included in the Clinical Toxicologic Working Group of the SEUP in two periods of time (Group A: 2001 Jan- 2002 December, 17 PEDs. Group B: 2008 October- 2010 September, 38 PEDs). In Group A, we included all the poisoning episodes using a manual registry. In Group B, we included all the episodes registered the 13th of every month using an electronic questionnaire via Internet.

Results. Related to the visits to the Spanish PEDs poisoning rate was higher in Group B (0.28% vs 0.32, $p=0.02$). Medication products were the most involved substances in both groups (54.7% vs 51.8%, n.s.). Poisonings involving ethanol increased significantly (6.8% vs 16.4%, $p<0.00001$) whereas those related with household products decreased (28.9% vs 18.2%, $p=0.0002$). Paracetamol was the most frequent involved agent in 2001-2002, and has been replaced by ethanol in 2008-2010. Most of the ethanol poisonings were intentional in patients over 11 years and, in some cases (8%) associated with illicit drugs, mainly cannabis. Nearly 90% happened out of home, and more than 80% arrived to the ED in a medical transport system, but only 7% receiving treatment before reaching the ED. Most of them were symptomatic when arriving to the ED and nearly 70% were admitted to ward.

Conclusions. The rate of poisonings attended in Spanish PEDs in the last decade has slightly increased. Medications are the main involved agent, although poisonings related to ethanol have significantly increased. Nowadays, ethanol is the most frequent agent involved in paediatric patients with acute intoxication seeking medical care in Spanish PEDs.



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

www.salvatbiotech.com

atencioncliente@salvatbiotech.com
900 80 50 80