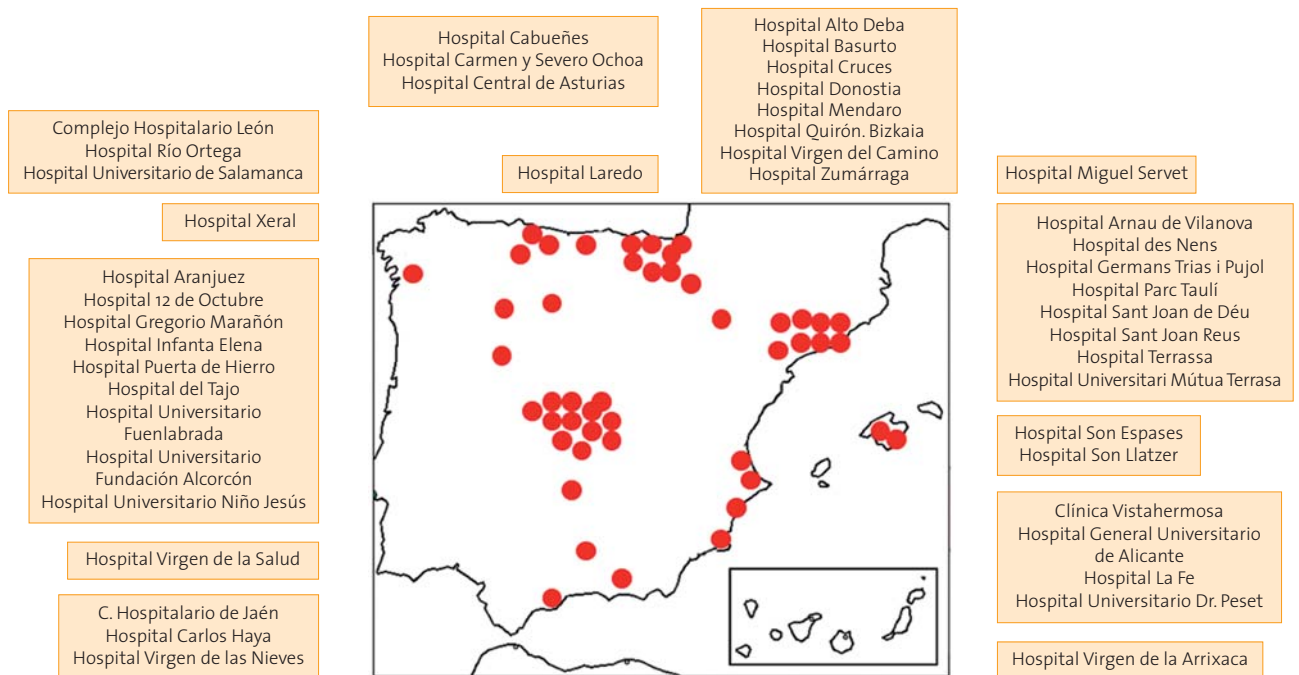


CENTROS INTEGRANTES EN EL OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO Y RESPONSABLES DEL MISMO EN CADA CENTRO. *H. Alto Deba:* Carlos Canduela, Itziar Iturralde; *H. Aranjuez:* Carlos García-Vao, Santiago Manzano Blanco; *H. Arnau de Vilanova, Lleida:* Neus Pociello; *H. Basurto:* Javier Humayor, Karmele Díez; *H. Cabueñes:* Ramón Fernández; *H. Carlos Haya:* Silvia Oliva Rodríguez-Pastor, Leonardo Martín de la Rosa; *H. Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea:* Juan Mayordomo; *C. Hospitalario de Jaén:* Enrique García Vena; *C. Asistencial Universitario de León:* Ana Lobeiras; *Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell:* Javier Travería, Rocío Mendivil; *H. Cruces:* Laura del Arco, Irati Bizkarra; *H. Doce de Octubre:* Alba Palacios; *H. Donostia:* José Angel Muñoz Bernal; *H. Dr Peset, Valencia:* J. Rafael Bretón Martínez; *H. Fuenlabrada:* Lucía Llorente, Rocío Rodríguez; *Hospital Universitario Fundación Alcorcón:* Alberto Barasoain; *H. General Universitario de Alicante:* Olga Gómez Pérez; *H. Gregorio Marañón:* Paula Vázquez; *H. Infanta Elena, Valdemoro, Madrid:* Iván Carabaño; *H. de Terrassa:* María José López Liñán; *HSDJ Manresa:* Zulema Lobato, Eva Botifoll García; *H. Laredo:* Víctor Canduela, Isidro Mongil, Ana Jorda Lope; *H. La Fe:* Amparo Nuño; *H. Mendaro:* Jesús Alustiza; *H. Mutua Terrassa:* Elena May; *H. Niño Jesús:* Juan Carlos Molina; *H. Puerta de Hierro:* Javier Adrián, Cristina Puente; *H. Río Ortega, Valladolid:* Roberto Velasco; *H. Sant Joan de Déu:* Carles Luaces, Lidia Martínez; *H. Sant Joan de Reus:* Lorena Braviz, María Rimblas; *H. Miguel Servet:* Yolanda Aliaga, Carmen Campos; *H. Universitario Son Espases de Palma de Mallorca:* Victoria López Corominas; *H. Son Llatzer:* Carmen Vidal Palacios; *H. Universitari Germans Trias i Pujol:* Frine Brossa Guerra, Jordi Fàbrega; *H. Universitario Central de Asturias, Oviedo:* Juan Mayordomo, Julián Rodríguez; *H. Universitario de Salamanca:* Javier López Ávila; *H. Virgen de Las Nieves, Granada:* Reyes Sánchez Tallón; *H. U. Virgen de la Arrixaca:* Jesús Rodríguez Caamaño, Lorenzo Quesada Elvira Martínez; *H. Virgen de la Salud, Toledo:* Esther Crespo Rupérez; *Complejo Hospitalario de Navarra:* Lourdes Gómez Gómez, Miriam Palacios; *H. Xeral de Vigo:* María Tallón García; *H. Zumarraga:* Amalia Pérez; *Clinica Vistahermosa, Alicante:* María de la O García Baeza; *H. de Nens, Barcelona:* Amalia Arce Casas; *H. Quirón, Bizkaia:* Carlos Canduela.

Distribución de los hospitales incluidos en el Observatorio



Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga
Lidia Martínez
Santiago Mintegi
Neus Pociello

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

El pasado mes de junio, en el seno del 6o Congreso de la AEP desarrollado en Valladolid, se celebró una Mesa Redonda titulada "Lesiones infantiles: papel del pediatra en la prevención de la primera causa de muerte infantil".

Esta Mesa redonda fue organizada y moderada por Jordi Pou Fernández, Coordinador del Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones Infantiles de la AEP.

En ella participó en primer lugar Vicenta Lizarbe Alonso, Jefa de

Área de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) que expuso el tema titulado “¿Cuál es la realidad de las lesiones infantiles en nuestro país?”. A continuación, Santi Mintegi, como Coordinador del Observatorio Toxicológico de la SEUP, presentó la información más relevante del mismo. Terminó la Mesa con la intervención de Juan Carlos González Luque, Asesor Médico del Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Dirección General de Tráfico (Ministerio del Interior) cuya ponencia se titulaba “¿Aconsejamos correctamente el uso de los sistemas de retención infantil del coche?”

En esa reunión pudimos exponer nuestros resultados más importantes y, además, podemos facilitar que otras instancias como el Comité que preside Jordi Pou o el Ministerio de Sanidad, tengan accesos a los resultados que estamos obteniendo. ■

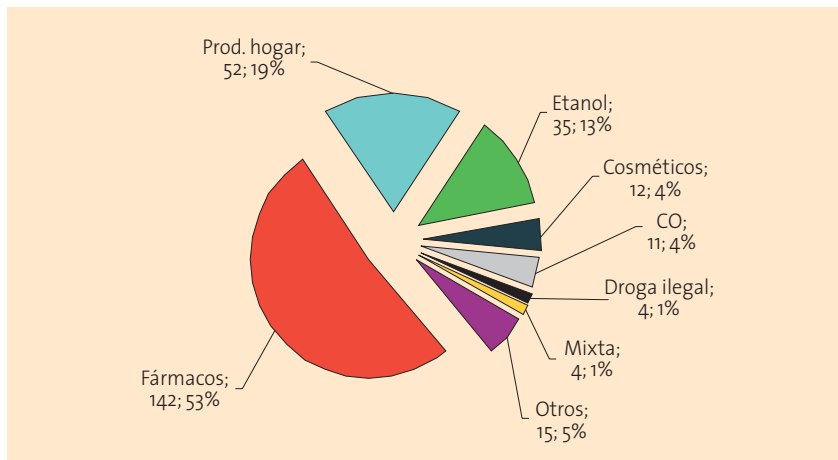


FIGURA 1. Grupos de tóxicos

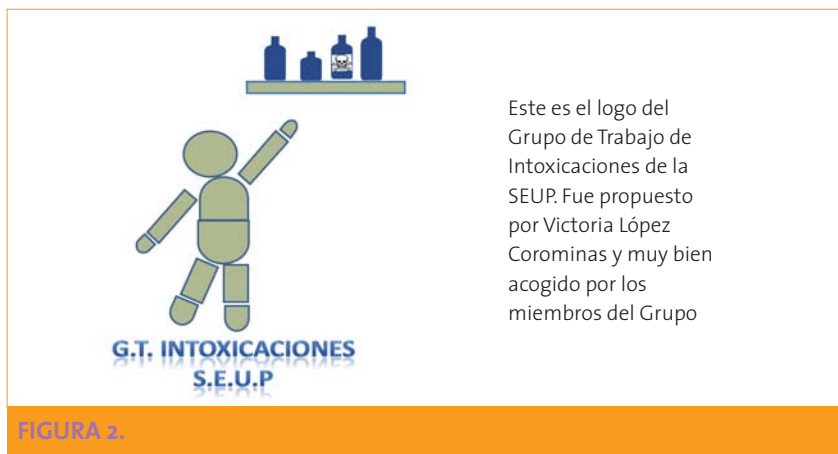


FIGURA 2.

COMUNICACIÓN ELISEM 2011, KOS, GRECIA. QUALITY OF CARE RECEIVED BY PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE POISONING EMERGENCIAS. Martínez L^{1,4}, Mintegi S^{2,4}, Molina JC^{3,4}, Azkunaga B^{2,4}, Luaces C^{1,4}; Working Group, Intoxications⁴. ¹Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona. Catalonia, Spain. ²Hospital de Cruces. Barakaldo, Basque Country, Spain. ³Hospital Niño Jesús. Madrid, Spain. ⁴Spanish Society of Pediatric Emergencies (SEUP). Spain.

In a study underwent in 2001-2002 by the Intoxications Working Group of the SEUP some areas for improvement in the management of acute pediatric emergencies and difficulties in measuring the quality of care were detected. This led to design and spread practice guidelines and the design of quality indicators.

Objective. To study the quality of care of pediatric patients with acute poisoning admitted to Spanish Pediatric Emergency Departments (PEDs) related to previously designed indicators.

Methods. Analysis of the 6 basic designed indicators in two ways: 1) Surveys distributed to 39 PEDs: availability of protocols to manage most frequent and severe poisoning; and availability of antidotes. 2) Data obtained from the Toxicological Surveillance System of the SEUP: initiation of the gastrointestinal decontamination in the first 20' after admitted in the PED; administration of activated charcoal when performing gastrointestinal decontamination following ingestion of a substance adsorbed by it; Administration of coal in the first 2 hours after the ingestion; and performance of gastric lavage. The standard is ≥ 90% for all indicators except the realization gastric lavage (<10%).

Results. 24 PEDs answered (61.5% of the 39 PEDs included in the Working Group). The standard is reached in 2 indicators: Administration of coal after the ingestion of a substance adsorbed by it -96.7% - and within the first 2 hours -94.5% - and, except in two hospitals, the availability of antidotes. Three indicators (availability of protocols, beginning the decontamination in the first 20' - 86% - and performing gastric lavage -30% -) did not reach the standard.

Conclusions. According to our indicators, the quality of care given to patients with acute poisonings in Spanish PEDs is possible to be improved. The application of quality indicators in pediatric poisoning is useful to detect deficiencies of care and propose strategies for improvement.

■ Observatorio bibliográfico

Management of paracetamol poisoning. Ferner RE, Dear JW, Bateman DN. West Midlands Centre for Adverse Drug Reactions, City Hospital, Birmingham, UK. *BMJ.* 2011 Apr 19; 342: d2218.

Revisión actualizada de la intoxicación por paracetamol. Se revisa la fisiopatología del daño hepático, la sintomatología, los factores que aumentan el riesgo de lesión hepática, los datos más importantes de la anamnesis y la exploración y el manejo terapéutico.

The clinical toxicology of metamfetamine. Schep LJ, Slaughter RJ, Beasley DM. National Poisons Centre, Department of Preventive and Social Medicine, University of Otago, Dunedin, New Zealand. leo.schep@otago.ac.nz. *Clin Toxicol (Phila).* 2010 Aug; 48(7): 675-94.

Los autores refieren que la metamfetamina (cristal) es una anfetamina con un elevado poder de adicción y con un consumo en aumento en los últimos años. Se la conoce como la píldora del miedo porque inhibe la sensación de temor. Este artículo es una revisión de la epidemiología, fisiopatología, toxi-

co-cinética, clínica, diagnóstico y tratamiento de esta intoxicación. Los síntomas descritos con más frecuencia son taquicardia, hipertensión, dolor torácico, arritmias, vasculitis, cefalea, hemorragia cerebral, hipertermia, taquipnea y reacciones violentas y agresivas. La estabilización inicial es esencial y la administración de benzodiazepinas puede causar agitación, hipertensión, taquicardia, psicosis y convulsiones.

Caffeinated Energy Drinks- A Growing problem. Reissig CJ, Strain EC, Griffiths RR. *Drug Alcohol Depend.* 2009 Jan 1; 99(1-3): 1-10.

Los autores refieren que desde la introducción del Red Bull en Austria en 1987 y en Estados Unidos en 1997, la aparición de bebidas energéticas ha aumentado exponencialmente. La cantidad de cafeína de estas bebidas puede variar desde 50 mg hasta 505 mg. La regulación de este producto es muy laxa y en los últimos años se han reportado intoxicaciones y adicciones a la cafeína. Los niños y adolescentes que no son consumidores habituales de cafeína son más vulnerables dado que no han adquirido tolerancia. El consumo de alcohol

asociado a bebidas energéticas también está en aumento y hay estudios que demuestran que incrementa el daño causado por este. En el artículo se revisa la regulación de estas bebidas, los efectos de la sobredosis e intoxicación, la dependencia a la cafeína y la relación con dependencia con otras sustancias, los efectos de su asociación con el alcohol y finalmente hace una reflexión sobre su abuso.

Drugs of abuse acute intoxication in paediatric emergencies. García-Algar O, Papaseit E, Velasco M, López N, Martínez L, Luaces C, Vall O. *An Pediatr (Barc).* 2011 Mar 16.

Los autores parten de que muchas veces las intoxicaciones agudas por drogas de abuso son la primera evidencia de una exposición repetida y crónica. Han revisado diferentes matrices biológicas y los biomarcadores para detectar exposición crónica y refieren que el análisis del pelo es el patrón oro para detectar esta exposición. Recomiendan el estudio de pelo de los niños en caso de intoxicación aguda y en algunos casos de los padres. En el artículo hay una revisión de estas matrices y biomarcadores. ■

ÍNDICE DE LA 3ª EDICIÓN DEL "MANUAL DE INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA"



A continuación exponemos un adelanto del índice de la 3ª edición del *Manual de Intoxicaciones en Pediatría*, cuya publicación está prevista para la primavera de 2012. Trabajamos para tener una versión electrónica coordinada por Alberto Barasoain y Roberto Velasco.

1. Introducción

2. Manejo general

2.1. Epidemiología de las intoxicaciones en pediatría.

2.2. Descontaminación gastrointestinal: carbón activado.

2.3. Descontaminación gastrointestinal: alternativas y/o complementos al carbón activado.

2.4. Intoxicación por vía tópica.

2.5. Antídotos en intoxicaciones pediátricas.

2.6. Pruebas de laboratorio en intoxicaciones pediátricas.

2.7. Sustancias no tóxicas.

2.8. Internet en las intoxicaciones pediátricas.

3. Sustancias altamente tóxicas

- 3.1. Salicilato de metilo
- 3.2. Intoxicaciones digitálicas.
- 3.3. Alcanfor.
- 3.4. Compuestos imidazólicos.
- 3.5. Benzocaína.
- 3.6. Cloroquina e hidroxiclороquina.
- 3.7. Bloqueantes del canal de calcio y beta bloqueantes.
- 3.8. Intoxicación por sulfonil-ureas.
- 3.9. Intoxicación por teofilina.
- 3.10. Intoxicaciones por metanol y etilenglicol.

4. Intoxicaciones medicamentosas más habituales

- 4.1. Intoxicación por paracetamol.
- 4.2. Intoxicaciones por salicilatos.
- 4.3. Intoxicaciones por antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- 4.4. Intoxicaciones por anticatarrales.
- 4.5. Intoxicaciones por psicofármacos.
- 4.6. Intoxicaciones polimedica- mentosas.

- 4.7. Intoxicación por broncodilatado- res.

5. Intoxicaciones más habituales por productos de hogar

- 5.1. Intoxicaciones por álcalis-cáus- ticos.
- 5.2. Intoxicaciones por hidrocarbu- ros.
- 5.3. Intoxicaciones por detergentes.
- 5.4. Intoxicaciones por plaguicidas.

6. Intoxicaciones en adolescentes

- 6.1. Intoxicaciones voluntarias en adolescentes.
- 6.2. Intoxicación por alcohol etílico.
- 6.3. Intoxicaciones por drogas ilegales I.
- 6.4. Intoxicaciones por drogas ilegales II.
- 6.5. Intoxicaciones por tóxico desco- nocido.

7. Otras intoxicaciones

- 7.1. Intoxicaciones por monóxido de carbono.

- 7.2. Intoxicaciones por hierro y otros metales.

- 7.3. Toxiinfecciones alimentarias.
- 7.4. Intoxicaciones por setas.

- 7.5. Las plantas como fuente de into- xicación.

- 7.6. Animales venenosos en nuestro entorno.

8. Actuación en diferentes ámbitos

- 8.1. Características del Servicio de Información Toxicológica.
- 8.2. Consulta telefónica.
- 8.3. Actuación en el domicilio.
- 8.4. Actuación en un centro de Aten- ción Primaria.
- 8.5. Traslado a un centro hospitala- rio.
- 8.6. Actuación en urgencias hospita- larias: los primeros 30 minutos.
- 8.7. Criterios generales de ingreso en la UCIP.
- 8.8. Prevención de las intoxicaciones infantiles. ■



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.



patrocina este boletín