

**CENTROS INTEGRANTES EN EL OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO Y RESPONSABLES DEL MISMO EN CADA CENTRO.** *H. Alto Deba:* Itziar Iturralde; *H. del Tajo, Aranjuez:* Carlos García-Vao, Mireya Orio Hernández; *H.U. Arnau de Vilanova, Lleida:* Neus Pociello; *H.U. Basurto:* Javier Humayor; *H. Cabueñes:* Ramón Fernández; *H.U. Carlos Haya:* Silvia Oliva Rodríguez-Pastor, Leonardo Martín de la Rosa; *Complejo Hospitalario de Jaén:* Tomás del Campo; *C. Asistencial Universitario de León:* Ana Gloria Andrés, Cristina Rodríguez; *Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell:* Rocío Mendivil, Javier Travería; *H.U. Cruces:* June Salazar, Oihane Zubiaur; *H.U. Doce de Octubre:* Alba Palacios; *H.U. Donostia:* José Angel Muñoz Bernal; *H.U. Dr. Peset. Valencia:* J. Rafael Bretón Martínez; *H.U. Fuenlabrada:* Rocío Rodríguez; *Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell:* Jordi Fàbrega i Sabaté; *H. Universitario Fundación Alcorcón:* Alberto Barasoain; *H. General Universitario de Alicante:* Olga Gómez Pérez; *H.U. Gregorio Marañón:* Paula Vázquez; *H. Infanta Cristina, Parla, Madrid:* Andrea Mora; *H. Infanta Elena, Valdemoro, Madrid:* Tania Fernández; *H. de Terrassa:* María José López Liñán; *H. Laredo:* Víctor Canduela, Ana Jorda Lope; *H. Mendaro:* Jesús Alustiza, José Ramón Lasarte; *H.U. Mutua Terrassa:* Elena May Llanas; *H.U. Niño Jesús:* Juan Carlos Molina; *H. Montepíncipe, H. Sanchinarro, H. Torrelozones, Madrid:* Silvina Natalini; *H. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares:* M<sup>a</sup> Angeles García Herrero; *H.U. Puerta de Hierro Majadahonda:* Consuelo Benito Caldés; *H. Rey Juan Carlos:* Pablo Bello Gutiérrez; *H.U. San Agustín:* Juan Cózar Olmo; *H.U. Río Hortega, Valladolid:* Roberto Velasco; *H. Sant Joan de Déu, Manresa:* Eva Botifoll García, Zulema Lobato; *H.U. Sant Joan de Déu:* Carles Luaces, Lidia Martínez Sánchez; *H. Sant Joan de Reus:* Lorena Braviz, María Rimblas; *H. San Pedro:* Laura Martínez; *H. Miguel Servet:* Carmen Campos Calleja; *H.U. Son Espases, Palma de Mallorca:* Victoria López Corominas; *H. Son Llätzer:* Carmen Vidal Palacios; *H.U. Central de Asturias, Oviedo:* Julián Rodríguez; *H. Universitario de Salamanca:* Javier López Ávila; *H.U. Virgen de Las Nieves, Granada:* Reyes Sánchez Tallón; *H.U. Virgen de la Arrixaca:* Jesús Rodríguez Caamaño; *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; *Fundación H. de Nens, Barcelona:* Amalia Arce Casas; *H. Quirón, Bizkaia:* Carlos Canduela; *H. Clínico U. Lozano Blesa:* Gonzalo González García; *H.U. Puerta del Mar, Cádiz:* Arturo Hernández, Ana Romero Montero; *H. Clínico U. de Valladolid:* Elena Urbaneja Rodríguez.

## ■ Caso Clínico

Niño de 8 años de edad que ha sufrido mordedura de serpiente a nivel de 4º dedo de la mano izquierda.



### Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga  
Lidia Martínez  
Santiago Mintegi  
Neus Pociello

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

La mordedura se produjo 12 horas antes. Es atendido inicialmente en hospital comarcal donde, ante la presencia de signos inflamatorios locales, se administró antihistamínico y corticoide por vía oral y se mantuvo unas horas en observación, presentando una buena evolución inicial. El paciente consulta por aumento del dolor y de los signos inflamatorios. Ha realizado 3 vómitos. Sin antecedentes patológicos de interés salvo última dosis vacunal a los 2 años. A su llegada a Urgencias está consciente, con color rosado y respiración normal.

### MANEJO

1. **Evaluación clínica inicial:** Triángulo de Evaluación Pediátrica: estable. Constantes vitales: F.C.: 72x', F.R.: 15x', Sat Hb 96%, T.A.: 109/74 mmHg.

2. **Exploración física:** buen estado general, aunque refiere dolor moderado. Hematoma y escara en pulpejo de 4º dedo de mano izquierda, tumefacción importante de dedos y mano, con coloración azulada-verdosa en el dorso de la mano. Edema y eritema en antebrazo. Cordón linfático equimótico que asciende hasta región axilar-pectoral. Dolor a la palpación y movilización de la extremidad, sin limitación de la movilidad pasiva. Recapilarización correcta, pulsos presentes. Resto de examen por aparatos normal.

3. **Manejo inicial:** se canaliza vía con extracción de muestra para analítica y se administra analgesia con metamizol e.v. Se solicita valoración por trauma-

tología que descarta síndrome compartimental y coloca la extremidad elevada. Se administra toxoide tetánico y primera dosis de antibiótico parenteral (amoxicilina-clavulánico). El resultado de la analítica es normal (hemograma, coagulación, funcionalismo renal y hepático). Ante la clínica de envenenamiento grado II se decide administrar suero antiofídico (viperfav®). Ingresa en unidad de semi-críticos para monitorización estrecha y administración del antídoto, previo test de sensibilidad cutánea. Posteriormente, la evolución fue correcta y pudo recibir el alta tras 3 días de ingreso.

### DISCUSIÓN

La ausencia de signos inflamatorios locales tras la mordedura de una serpiente descarta la inoculación de veneno y permite, tras limpieza de la herida y 4-6 horas de observación, dar el alta al paciente (mordedura seca o grado de envenenamiento 0).

Por el contrario, todos los pacientes que presenten signos inflamatorios deben ser monitorizados durante al menos 24 horas. Según se recoge en el I Panel de expertos en España en Intoxicaciones por mordeduras de ofidios venenosos (diciembre 2012), el manejo de la mayoría de envenenamientos por serpientes en nuestro medio se basa en la desinfección de la herida, tratamiento sintomático del dolor y la monitorización estrecha. El uso de corticoides y antihistamínicos actualmente no está recomendado y la profilaxis antibiótica puede reservarse para los casos con signos de sobreinfección. Siempre debe revisarse la situación vacunal del paciente y realizar profilaxis antitetánica si

**TABLA 1.** Grados de envenenamiento tras mordedura de serpiente.

<b>Grado 0 (mordedura seca)</b>	- Marcas de mordedura - Dolor ausente o leve - Sin síntomas locales ni sistémicos
<b>Grado 1 (envenenamiento leve)</b>	- Dolor moderado/intenso - Edema inflamatorio local - Ausencia de síntomas generales
<b>Grado 2 (envenenamiento moderado)</b>	- Edema inflamatorio amplio o rápidamente progresivo (hasta los límites de la extremidad) - Equimosis, adenopatías locales dolorosas, linfangitis, flictenas, necrosis - Síntomas generales moderados
<b>Grado 3 (envenenamiento grave)</b>	- Reacción local intensa que sobrepasa la extremidad - Síntomas generales graves

**TABLA 2.** Principales recomendaciones en el tratamiento de las mordeduras de serpiente.

<b>Primeros pasos</b>	Limpieza de la herida/antisepsia	☺
	Analgesia	☺
	Revisión antitetánica	☺
	Antibioticoterapia	☺/☹
	Antihistamínicos	☹
<b>Grados 2 y 3</b>	Suero antiofídico	☺
	Tratamiento corticoideo	☹
	Fasciotomía	☺/☹

☺: indicado; ☹: puede utilizarse; ☹: no indicado

ésta no es correcta (como en nuestro caso). En aquellos pacientes en que los signos inflamatorios sean intensos, afectando a toda la extremidad o incluso sobrepasándola o con afectación del sistema linfático, y en aquellos en los que aparezca clínica sistémica (grados de envenenamiento 2 y 3) está indicada la administración endovenosa de suero antiofídico. El suero contiene fragmentos de anticuerpos de caballo inmunizados con veneno de las principales víboras europeas. Las presentaciones actuales, como el Viperfav®, presentan una elevada purificación que disminuye el riesgo de reacción anafiláctica. De todas maneras, es prudente realizar un test de sen-

sibilidad cutánea y mantener al paciente estrechamente monitorizado durante su administración. Estudios recientes demuestran que el uso precoz del antiveneno disminuye la aparición de síndrome compartimental, e incluso se considera el tratamiento de elección en caso de que éste aparezca, dejando la fasciotomía como segunda opción terapéutica.

### BIBLIOGRAFÍA

- Amate Blanco JM, Conde Espejo P (Coords.). Intoxicaciones por mordeduras de ofidios venenosos (I Panel de expertos en España). IPE 2012/68. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2012. ■

## 7<sup>TH</sup> MEDITERRANEAN EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

Comunicación presentada por el **PERN toxicology group**, grupo en el que participamos muchos de los integrantes del Observatorio Toxicológico de la SEUP

### PRELIMINARY RESULTS OF THE GLOBAL PEDIATRIC EMERGENCY POISONING SURVEILLANCE SYSTEM. A PEDIATRIC EMERGENCY RESEARCH NETWORKS STUDY

**OBJECTIVES.** The objectives were to study epidemiological concerns and to assess the management of acute pediatric poisonings admitted in Pediatric Emergency Departments (PEDs) from different regions of the world.

**METHODOLOGY.** *Design:* international multicenter prospective study based on a registry including the patients treated by acute intoxication the 4<sup>th</sup>, 14<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> of each month in PEDs from 25 countries. Data were included using a specific electronic questionnaire via Internet, including sociodemographic information, circumstances of the poisoning, prehospital and ED management and final disposition. Preliminary general data and comparison between South America and European regions are presented.

**RESULTS.** We reviewed the first 381 episodes registered in 21 countries from South America (71; 18.6%), North America (3; 0.8%), Western Europe (40; 10.5%), Eastern Europe (75; 19.7%), Northern Europe (31;

8.1%), Southern Europe (158; 41.5%) and Middle East (3; 0.8%). Pediatric poisoning accounted for 0.48% (CI 95% 0.43-0.53) of all emergency visits during the study period: Eastern Europe 1.75% (1.35-2.15), North America 1.20% (0.24-3.63), Middle East 0.72% (0.02-1.42), Western Europe 0.49% (0.34-0.64), Northern Europe 0.47% (0.3-0.64), South America 0.45% (0.35-0.55) and Southern Europe 0.35% (0.3-0.4). Highest rate of poisonings were registered in Hungary (54/1606 episodes, 3.36%, CI 95% 2.58-4.37) and lowest in Brazil (0/982 episodes, 0% CI 95% 0-0.47). The main involved substances were drugs (48.5%), household products (17.8%), ethanol (11.2%), CO (4.2%), cosmetics (3.4%) and pesticides (2.8%). Household products and pesticides were more commonly involved in South America (25.4% and 10.1%) and ethanol in Europe (14.7%). Eighty-four per cent of the poisonings happened at home and 13% of the episodes in Northern Europe occurred at a tavern. Nearly 40% contacted with other Medical or Toxicologic Service before com-

ing to the ED (more commonly in Eastern Europe), mainly with Emergency Services. Poison Control Centers were contacted in 6%. Globally, most of the patients (60%) went to the ED using the family vehicle, except for Eastern Europe (medical ambulance). Globally 58.8% received any treatment in the ED, more commonly in South America. Any gastrointestinal decontamination procedure was performed to 22.6% of the patients (28% in South America and 23% in Europe) and antidotes were more commonly administered in Europe (6.9% vs 1.4% in South America). Around 70% was managed as outpatient and 3% were admitted to the ICU. No patient died.

**CONCLUSIONS.** There seems to be significant epidemiological differences related with acute pediatric poisonings among different regions and continents and also related with the Pre-Hospital and Emergency Department Departments' management. These facts should be taken into account when designing preventive and management improvement actions. ■

## ■ Observatorio bibliográfico



### Evaluation of changes in poisoning in young children: 2000 to 2010.

Spiller HA, Beuhler MC, Ryan ML, Borys DJ, Aleguas A, Bosse GM. *Pediatr Emerg Care.* 2013; 29: 635-40.

Este trabajo tiene como objetivo evaluar los cambios producidos en las intoxicaciones pediátricas en los últimos años. Para ello han

realizado un estudio retrospectivo en 5 estados durante el período comprendido entre el 2000 y el 2010. Han analizado las intoxicaciones en menores de 6 años y han recogido las sustancias involucradas, la evolución y el uso de servicios del sistema de salud. De los resultados obtenidos destaca un incremento del número de las intoxicaciones del 12,4% entre los

años 2000 y 2010 a expensas de un incremento de las relacionadas con fármacos del 33% ( $P < 0,05$ ). Destaca también un incremento de los resultados médicos categorizados como graves del 53% con 119 muertes y un aumento significativo del uso de los servicios del sistema de salud. Los autores concluyen que las intoxicaciones por fármacos han aumentado en esta

franja de edad, con un aumento de casos graves y realizan hipótesis de las posibles causas y posibles medidas de prevención.



### Successful outcome of severe *Amanita phalloides* poisoning in children.

Grabhorn E, Nielsen D, Hillebrand G, Brinkert F, Herden U, Fischer L, Ganschow R. *Pediatr Transplant*. 2013 May 31. doi: 10.1111/petr.12108.

Este artículo revisa la intoxicación por *Amanita phalloides*. Describe 5 casos pediátricos de intoxicación grave analizando los aspectos clínicos, los estudios realizados y que parámetros nos ayudan a decidir realizar un tratamiento conservador o valorar el trasplante hepático. Recalca la importancia de las medidas

de desintoxicación temprana con carbón activado y la administración de silibinina y N-acetilcisteína, así como que no está recomendado realizar lavado gástrico.



### Adult prescription drug use and pediatric medication exposures and poisonings.

Burghardt LC, Ayers JW, Brownstein JS, Bronstein AC, Ewald MB, Bourgeois FT. *Pediatrics*. 2013 Jun 3 [En prensa].

Los autores de este trabajo han detectado un aumento de intoxicaciones por fármacos en niños en los últimos años y tienen como objetivo determinar qué relación puede tener con el cambio de prescripciones realizadas en los adultos. Otro objetivo del estudio

es establecer clases de fármacos de más riesgo. Han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las recetas de adultos y las intoxicaciones pediátricas y el mayor riesgo se produce con la prescripción de opioides y en los niños de menos de 5 años. Las tasas de visitas a Urgencias fueron más altas para los eventos relacionados con hipoglucemiantes (60,1%) y  $\beta$ -bloqueantes (59,7%), mientras que las lesiones y hospitalizaciones graves ocurrieron más frecuentemente con los opiáceos (26,8% y 35,2%, respectivamente) e hipoglucemiantes (19,5% y 49,4%, respectivamente). Concluyen que el aumento de prescripciones de medicamentos para adultos está fuertemente asociado con el aumento de las intoxicaciones pediátricas. ■

MIMA SUS OÍDOS. SON PARA TODA LA VIDA  
cuando sea mayor Te lo agradecerá



Hola soy MARTA y de mayor quiero ser policía.



**POR SEGURIDAD  
Cetraxal plus.**

No es ototóxico,  
no contiene ni  
aminoglucósidos  
ni Polimixina B.

[www.salvatbiotech.com](http://www.salvatbiotech.com)

[atencioncliente@salvatbiotech.com](mailto:atencioncliente@salvatbiotech.com)

900 80 50 80



**SALVAT**

innovación y calidad