

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; *Arnao 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:* Porfirio Fernández; *C. Hospitalario de Jaén:* Enrique García Vena; *Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell:* Ana de los Ríos Pérez; *Cruces:* Javier Fernández, Irati Bizkarra; *Doce de Octubre:* Alba Palacios; *Donostia:* José Angel Muñoz Bernal; *Dr Peset, Valencia:* J. Rafael Bretón Martínez; *Fuenlabrada:* Lucía Llorente, Rocío Rodríguez; *Fundación Hospital 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; *Mendaza:* Jesús Alustiza; *Mutua Terrassa:* Elena May; *Niño Jesús:* Juan Carlos Molina; *Puerta del Hierro:* Javier Adrián; *Sant Joan de Déu:* Carles Luaces, Lidia Martínez; *Servet:* Yolanda Aliaga; *Son Dureta:* Victoria López Corominas; *Son Llatzer:* Carmen Vidal Palacios; *Universitari Germans Trias i Pujol:* Jordi Fàbrega Sabaté; *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, Lorenzo Quesada, Elvira Martínez; *Virgen de la Salud, Toledo:* Esther Crespo Ruperez; *Virgen del Camino, Pamplona:* Lourdes Gómez Gómez; *Xeral de Vigo:* Manuel Ortiz Pallarés; *Zumarraga:* Miriam Palacios López.

Concluido el primer año tras el inicio de la recogida de datos en el Observatorio Toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría nos ha parecido conveniente hacer un balance del mismo.

En primer lugar comenzamos siendo 33 los hospitales adheridos al observatorio pero ya en estos primeros meses hemos aumentado y actualmente participan 37 servicios de urgencias pediátricos hospitalarios en el mismo. Este hecho facilita que el propio Observatorio sea viable y que puedan extraerse del registro de datos resultados de relevancia. Los resultados iniciales han sido comunicados en dos reuniones científicas: la de la SEUP y la de la Euro-

pean Society of Emergency Medicine (EuSEM) (Tabla 1).

Así, en los primeros resultados del observatorio comunicados en la Reunión Anual de SEUP de este año ascendían a 59 los casos recogidos hasta enero del 2009 con una incidencia del 0,42%, cifra superior a la media registrada en el estudio multicéntrico previo realizado en los años 2001-2002. Incorporando los resultados de los meses sucesivos hasta abril del 2009, resultados comunicados en la Reunión de la European Society for Emergency Medicine (EUSEM 2009), se han registrado 82 casos, lo cual supone una incidencia del 0,32%. Probablemente este balance de cifras corresponda al tamaño muestral que actualmente poseemos y no cabe duda que la trayectoria del observatorio proporcionará cifras más estables.

Aún así, tras el primer año de andadura podemos sacar conclusiones interesantes. Cabe destacar, en base a esos mismos datos comunicados en la reunión EUSEM 2009 celebrada recientemente, que un porcentaje importante de pacien-

tes consultan con otras instituciones o servicios antes de acudir a Urgencias (Fig. 1). Son los Servicios de Emergencias los contactados con mayor frecuencia. De estos datos parece deducirse que una coordinación entre la atención pediátrica urgente prehospitalaria y hospitalaria podría redundar en un mejor manejo de los niños intoxicados.

En cuanto a los tóxicos implicados, al igual que en análisis previos, siguen siendo los fármacos los agentes con mayor frecuencia implicados (65%) seguidos por los productos del hogar, cercanos al 20% (Fig. 2).

Así mismo en casi el 50% de los casos se llega a Urgencias antes de que transcurra una hora tras la intoxicación. Este hecho facilita que, en caso de estar indicadas, las medidas de descontaminación gastrointestinal puedan ser útiles en este grupo de pacientes. Aun así, un aspecto que debe ser analizado con detalle es el número de pacientes a los que se practica lavado gástrico, que parece lejos de lo que las recomendaciones actua-

Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga

Lidia Martínez

Santiago Mintegi



ISSN: 1889-2884

D. Legal: M-3307-2009

Impreso en España

TABLA 1. Comunicación a la Reunión de la European Society for Emergency Medicine 2009. TOXIC SURVEILLANCE SYSTEM OF THE SPANISH PEDIATRIC EMERGENCY SOCIETY (SEUP). INITIAL RESULTS. *Mintegi S, Azkunaga B and the Clinical Toxicologic Working Group of the SEUP*

Background: in August 2008, an electronic Toxic Surveillance System was established in different Spanish Paediatric Emergency Departments (PEDs) by the Clinical Toxicologic Working Group of the SEUP. All the patients admitted with a possible poisoning on the 13th of every month must have a specific electronic questionnaire fulfilled. The objectives of this Surveillance System are to study epidemiological concerns of paediatric poisonings and management variability in Spanish PEDs.

The aim of the study is to describe the results obtained of the Toxic Surveillance System of the SEUP during the initial seven months.

Material and methods: descriptive study of the questionnaires corresponding to the patients admitted in 33 Spanish PEDs since October 2008 to April 2009.

Results: during the study period 25,001 patients less than 18 years were admitted in the 33 PEDs on the registered days. Of these, 82 (0.32%) corresponded to patients admitted with a diagnosis of poisoning and 50% were female. The median (interquartile range, 25th–75th percentile) age was 24 months (17–63 months); 22% of patients were older than 11 years. About 50% of patients were admitted within 1 hour of poison ingestion. Nearly 40% contacted other Health or Poisoning Information Services before coming to the PED and about 13% were transferred by ambulance. Drug ingestion was involved in 61% (paracetamol was the most frequent drug), domestic products in 18.3%, ethanol 4.9%, cosmetics 3.7%, illicit drugs 3.7% and carbon monoxide 2.4%. At the time of admission to the PED, 44 (53.7%) were symptomatic (mainly, neurological or digestive symptoms) and 45 (54.9%) received some treatment in the PED (mainly, activated charcoal). About 85% of patients were managed as outpatients and no patient was admitted in the Intensive Care Unit. All registered patients did well.

Conclusions: exposure to a potentially toxic substance is an infrequent reason of consultation in Spanish PEDs. Young children who accidentally ingested drugs accounted for most cases. A large amount of parents or caretakers contacted with other Health or Poisoning Information Services before coming to the PED.

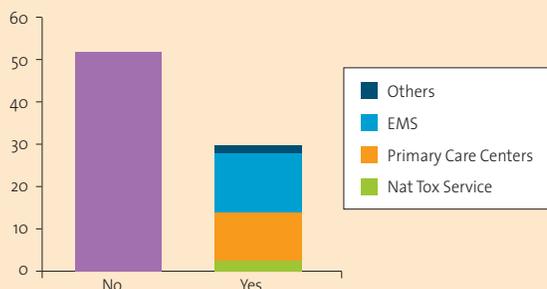


FIGURA 1. Instituciones y/o Servicios contactados previamente (comunicación EUSEM 2009).

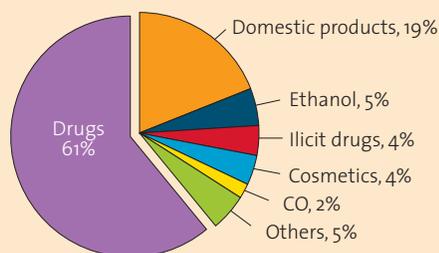


FIGURA 2. Agentes tóxicos implicados (comunicación EUSEM 2009).

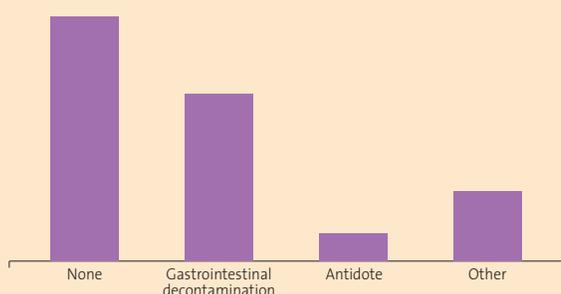


FIGURA 3. Tratamientos recibidos en SUP (comunicación EUSEM 2009).

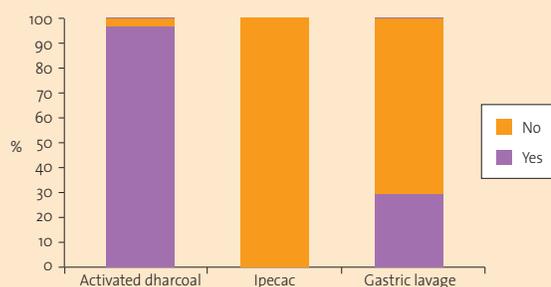


FIGURA 4. Técnicas de recontaminación intestinal utilizadas (comunicación EUSEM 2009).

les indican. Debemos felicitarnos por el hecho de que el jarabe de ipecacuana no se haya utilizado en ningún caso. (Figs. 3 y 4).

Todos estos datos resaltan la importancia del Observatorio para conocer el manejo habitual que practicamos en nuestros ser-

vicios ante niños que consultan por contacto con sustancias tóxicas y la posibilidad de mejora en la misma.

■ Caso clínico

Niño de 12 años de edad traído a Urgencias por ataxia de unas horas de evolución. Cuadro catarral de vías altas los 4 días previos. Antecedentes personales: trastorno autista con retraso grave del desarrollo. Epilepsia. Tratamiento habitual: lamotrigina y carbamazepina. Además ha tomado ibuprofeno y dos antitusivos homeopáticos en los últimos días. A su llegada a Urgencias está consciente, con color rosado y respiración normal.

MANEJO

1. Evaluación clínica inicial: Triángulo de Evaluación Pediátrica: Aspecto normal, respiración normal, circulación normal. Constantes vitales: F.C: 80x', F.R: 15x', Sat Hb 99%, T.A: 105/60mmHg.
2. Exploración física: Buen estado general. Retraso generalizado del desarrollo con escasa interacción con el medio. Marcha atáxica y dismetría no habituales. Resto de examen por aparatos sin hallazgos significativos.
3. Exploraciones complementarias: Se solicita cribado de tóxicos en orina que resulta positivo para fenciclidina (PCD, polvo de ángel) según técnica no automatizada con resultado cualitativo (tira reactiva). Niveles séricos de carbamazepina en rango terapéutico.

La sobredosis de PCD produce, entre otra sintomatología, ataxia y alteraciones en la coordinación. Ante la posibilidad de intoxicación por una droga de abuso en un menor discapacitado se decide ingreso y se contacta con la Dirección General de

Atención a la Infancia para aclarar su situación social. Se remite muestra de orina al laboratorio toxicológico de referencia para confirmar el resultado. La cromatografía de gases descarta la presencia de PCD, si bien el resultado se recibe al cuarto día de ingreso. Se reorienta el cuadro como cerebelitis aguda y falso positivo a PCD.

DISCUSIÓN

La detección de un tóxico en el laboratorio puede tener repercusiones clínicas, sociales e incluso legales. Las técnicas de detección de tóxicos en orina disponibles en tiempo real tienen importantes limitaciones y es necesario interpretar su resultado cautelosamente. Son técnicas de enzimo-inmunoanálisis (EIA), semicuantitativas o cualitativas, que proporcionan escasa o nula información sobre la gravedad de la ingesta, no diferencian entre uso terapéutico y sobredosis, ni entre consumo reciente o antiguo y tienen un buen

número de falsos positivos y negativos.

La lista de falsos positivos es dinámica, aumenta a medida que se producen nuevos casos, se establece el fármaco responsable y se comunica a través de publicaciones científicas. (Tabla 1)

Pueden producirse falsos negativos en el test de benzodiazepinas, ya que algunos metabolitos precisan concentraciones muy elevadas para ser detectados (resultados negativos en alprazolam, oxacepam, temazepam, lorazepam, y clonazepam). Por otro lado, la técnica de detección de opiáceos detecta exclusivamente morfina, heroína y codeína; el resto de opiáceos pueden considerarse falsos negativos.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el resultado de una técnica semicuantitativa depende de un valor de corte, es decir, será positivo si los niveles del tóxico se encuen-

TABLA 1. Principales falsos positivos en las técnicas de detección de tóxicos en orina por EIA.

Técnica	Falsos positivos
Anfetaminas/Metanfetaminas (técnica muy poco específica)	Ranitidina, adrenalina, fenotiazinas (clorpromazina, prometazina), buflomedil, selegilina, inhalación de Vicks
Antidepresivos tricíclicos	Carbamazepina, fenotiazinas, antihistamínicos (difenhidramina, clorfeniramina, ciproheptadina)
Barbitúricos	AINES (ibuprofeno, naproxeno), fenitoína
Benzodiazepinas	Oxaprozín
Cannabis	Efavirenz, AINES (ibuprofeno, naproxeno)
Fenciclidina	Venlafaxina, dextrometorfano, difenhidramina, metamizol, ibuprofeno
Opiáceos	Rifampicina, fluorquinolonas

TABLA 2. Detección de drogas de abuso por EIA que precisan confirmación (si no existe antecedente claro de consumo)

- Anfetaminas/Metanfetaminas positivo: confirmación muy recomendable dada la elevada tasa de falsos positivos.
- Opiáceos positivo: confirmación muy recomendable ya que descarta falsos positivos y diferencia entre morfina, heroína y codeína.
- Cannabis positivo
- Fenciclidina positivo: desconfiar de este resultado ya que prácticamente no existe consumo de esta droga en nuestro medio.

tran por encima del valor de corte y negativo si están por debajo. Éste lo establece generalmente el fabricante y puede dar lugar a resultados contradictorios en muestras analizadas en diferentes laboratorios (si

se utilizan test de distinta marca comercial) y también en muestras analizadas en el mismo laboratorio pero con cierto espacio en el tiempo ya que la dilución variable de la orina puede afectar al resultado.

En consecuencia, los resultados obtenidos mediante técnicas de detección de tóxicos por EIA deben interpretarse en función del contexto clínico y con cautela, especialmente en los casos en que estén implicadas drogas de abuso y puedan existir repercusiones sociales y legales. Si no existe antecedente de consumo es muy recomendable confirmar el resultado mediante técnicas de cromatografía (CG/MS) en el laboratorio toxicológico de referencia. El diseño previo del circuito, consensuado con el laboratorio de referencia, puede agilizar el proceso (Tabla 2). ■

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