

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; *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; *Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell:* Ana de los Ríos Pérez, Javier Travería; *H. Cruces:* Irati Bizkarra, Laura del Arco; *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; *Fundación Hospital Alcorcón:* Alberto Barasoain; *H. General Universitario de Alicante:* Olga Gómez Pérez; *H. Gregorio Marañón:* Paula Vázquez; *H. Infanta Elena:* Iván Carabaño; *H. de Terrassa:* María José López Liñan; *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. Miguel Servet:* Yolanda Aliaga, Carmen Campos; *H. Son Dureta:* Victoria López Corominas; *H. Son Llatzer:* Carmen Vidal Palacios; *H. Universitari Germans Trias i Pujol:* Frine Brossa Guerra; *H. Universitario Central de Asturias, Oviedo:* 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; *H. Virgen del Camino, Pamplona:* Lourdes Gómez Gómez, Miriam Palacios; *H. Xeral de Vigo:* María Tallón García; *H. Zumarraga:* Amalia Pérez; *Clinica Vista Hermosa:* María de la O García Baeza; *H. de Nens, Barcelona:* Amalia Arce Casas; *H. Quirón, Bizkaia:* Carlos Canduela.

■ Caso clínico

Acuden a Urgencias dos hermanos gemelos de 2 años de edad por somnolencia de 3 horas de evolución. El padre refiere que ha encontrado un pastillero que contenía comprimidos de olanzapina 10mg abierto y varios comprimidos por el suelo. Desconoce si falta alguno. Antecedentes personales sin interés. A su llegada a Urgencias presentan disminución del nivel de conciencia con irritabilidad a los estímulos, buen color y respiración regular.

MANEJO

1. **Evaluación clínica inicial:** Triángulo de Evaluación Pediátrica: Aspecto alterado, respiración y

circulación normal. ABCDE: A: Via aérea permeable. B: Respiración regular, buena entrada de aire. C: Buena perfusión periférica. Pulsos presentes. D: Disminución del nivel de conciencia con respuesta a la voz, responden con marcada irritabilidad a los estímulos. Pupilas puntiformes. E: Sin lesiones externas. Constantes vitales: F.C, F.R, Sat Hb, T.A y glicemia capilar normales en los dos casos.

2. **Impresión diagnóstica:** Disfunción del sistema nervioso central. Probable intoxicación por olanzapina.
3. **ABC:** En ambos casos se inicia oxigenoterapia, se canaliza vía periférica y se extrae muestra de sangre para analítica. Se instaura monitorización cardiorespiratoria.
4. **Buscando más información:** El examen físico por aparatos no aporta nuevos datos. Los dos pacientes se mantienen con nivel de conciencia oscilante, Glasgow 11-15 y alternando

periodos de somnolencia con agitación.

Fuentes de información toxicológica: La olanzapina es un neuroléptico atípico o de segunda generación. Las principales manifestaciones clínicas tras una intoxicación aguda son: disminución del nivel de conciencia que puede llegar al coma con depresión respiratoria, hipotensión arterial y efectos anticolinérgicos. En niños la ingesta de pequeñas cantidades (1-2 comprimidos) puede dar lugar a toxicidad importante.

5. **Tratamiento toxicológico:** Se administra carbón activado mediante sonda nasogástrica. Dado que los pacientes presentan irritabilidad a los estímulos, el nivel de conciencia durante el procedimiento se mantiene correcto y no se producen incidencias.

Ingresan con monitorización cardiorespiratoria. Siguen buena evolución quedando asintomáticos en las primeras 24 horas.

Comité de Redacción

Beatriz Azkunaga
Lidia Martínez
Santiago Mintegi
Neus Pociello

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

RESULTADOS DE LOS PRIMEROS AÑOS DEL OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Iratí Bizkarra, Laura Del Arco y GT de Intoxicaciones de la SEUP



INTRODUCCIÓN: El Observatorio Toxicológico del Grupo de Trabajo (OT-GTI) de Intoxicaciones de la SEUP recoge **prospectivamente** intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricos de **42 hospitales**. Sus objetivos son conocer la epidemiología de las intoxicaciones y su manejo en Urgencias con el fin de diseñar acciones de mejora.

Alto Deba, Aranjuez, Arnau de Vilanova, Basurto, Cabueñes, Carlos Haya, Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea, C. Hospitalario de Jaén, Clínica Vistahermosa, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Cruces, Doce de Octubre, Donostia, Dr. Peset, Fuenlabrada, Fundación Hospital Alcorcón, General Universitario de Alicante, Gregorio Marañón, H.Nens, De Terrasa, Infanta Elena, Laredo, La Fe, H. Mendaro, Mutua Tarrasa, Niño Jesús, Puerta del Hierro, Quirón Bizkaia, Río Ortega, Sant Joan de Deu, Servet, Son Dureta, Llatzer, Universitari Germans Trias y Puyol, Universitario Central de Asturias, Universitario de Salamanca, Virgen de las Nieves, Virgen de la Arrixaca, Virgen de la Salud, Virgen del Camino, Xeral de Vigo, Zumárraga

OBJETIVOS: Describir los datos obtenidos en los 2 primeros años desde el funcionamiento del OT-GTI

MÉTODOS: Estudio prospectivo multicéntrico descriptivo de los episodios registrados entre octubre-08 y septiembre-10.

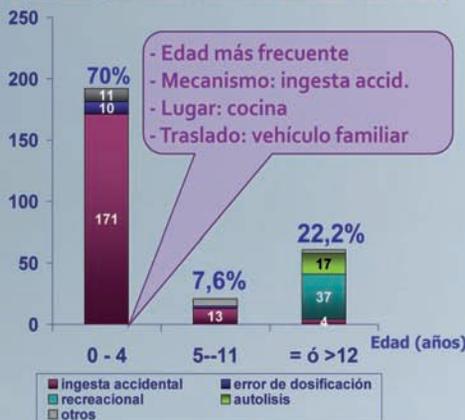
RESULTADOS:

- **Incidencia:** 0,32% (275 / 80.071)
- **Síntomas:** 50% (sobre todo, neurológicos)
- **Exploración física:** anodina en 74,5%

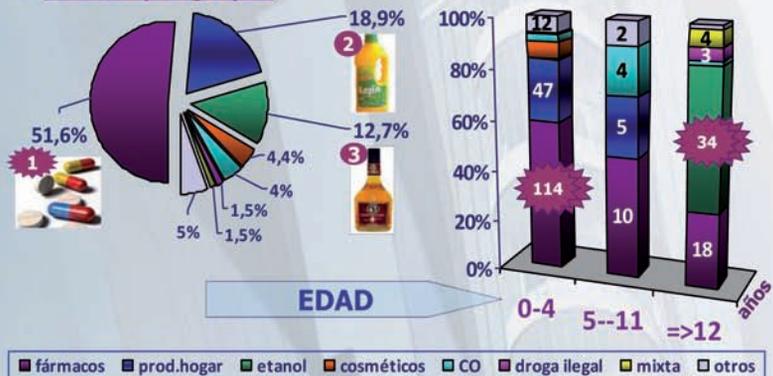
• **Tóxicos aislados**
 -Etanol el más frec.: 44 casos (16,4%)
 -Paracetamol 32 casos (11,6%)

El más frec.

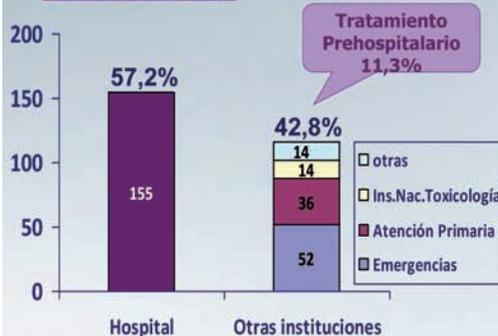
Edad y mecanismo de intoxicación



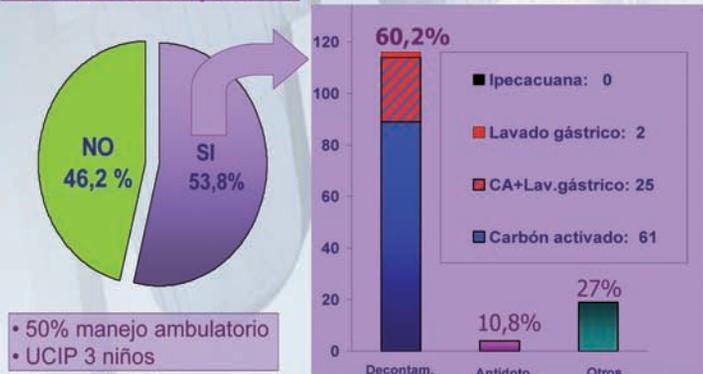
Tóxicos por grupos



Primer contacto



Tratamiento hospitalario



CONCLUSIONES:

- Los **fármacos** son el grupo de tóxicos más frecuente de intoxicación en los servicios de urgencias pediátricos, si bien el agente mayormente implicado es el **etanol**.
- El **consumo de recursos sanitario generado es importante**.
- Debe adecuarse la práctica del **lavado gástrico** a los estándares internacionalmente aceptados.

XVI Reunión Anual de Urgencias de Pediatría. Gijón 7-9 abril 2011
 IRATI.BIZKARRAAZURMENDI@OSAKIDETZA.NET

Incremento de las intoxicaciones étílicas en Urgencias de Pediatría en la última década

Laura del Arco León, Irati Bizkarra Azurmendi
Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP

SEUP
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Introducción: Las intoxicaciones étílicas son un problema relativamente frecuente en urgencias.

Objetivo: Estudiar la evolución de estas intoxicaciones en los Servicios de Urgencias Pediátricas Españolas (SUPE) en la última década y describir sus características

Métodos: Estudio comparativo de cohortes de las intoxicaciones atendidas en SUPE incluidos en el Grupo de Trabajo de intoxicaciones de la SEUP en dos periodos de tiempo

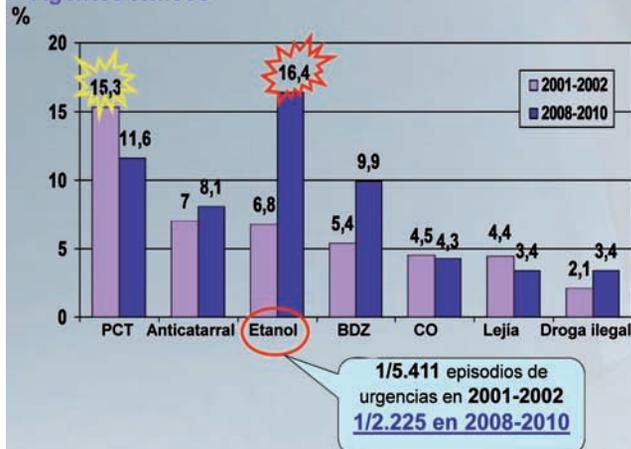
	Periodo	Nº SUPE	> 14 años	Registro	Nº Episodios
Cohorte A	Enero 2001 - Diciembre 2002	17	41%	Todas las intoxicaciones. Manual	2157
Cohorte B	Octubre 2008 - Septiembre 2010	39	35.1%	OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO. Intoxicaciones el día 13 de cada mes. Cuestionario electrónico	275

Resultados:

Incidencia intoxicaciones

2001-2002	0.28% (2.157/ 753.961)
2008-2010	0.32% (275/ 80.071)

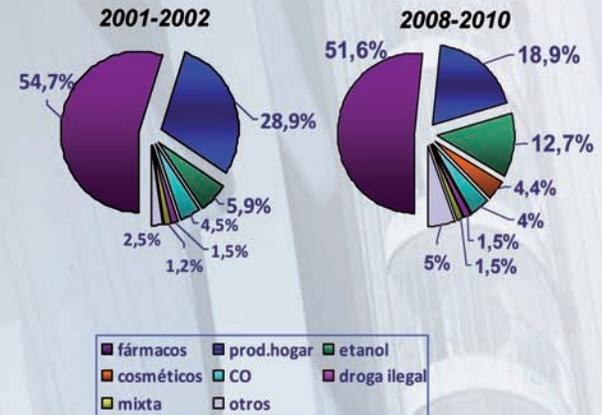
Agentes tóxicos



Edad. Intoxicaciones general



Grupos tóxicos



Intoxicaciones por etanol. Características actuales:

Mecanismo: 81,8 % intencionadas
90 % fuera del hogar
80% traslado en ambulancia medicalizada al SUPE
7% recibe tratamiento prehospitalario

8% asociado a consumo de droga ilegal
La mayoría con síntomas (neurológicos principalmente)
70% ingresan

Conclusiones

Las intoxicaciones relacionadas con etanol han aumentado de forma significativa en los SUPE, en los que, hoy en día, el etanol es el agente más frecuentemente implicado en las intoxicaciones agudas.

DISCUSIÓN

Los neurolépticos atípicos o de segunda generación producen, a dosis terapéuticas, menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos clásicos. Sin embargo, esto no debe llevarnos a la idea de que se trata de fármacos con escasa toxicidad. En sobredosis producen un cortejo sintomático importante que puede llegar al coma con depresión respiratoria además de la aparición de alteraciones electrocardiográficas (prolongación del QRS y QT) con potencial aparición de arritmias graves. Debemos prestar especial atención al niño con ingesta de clozapina, ya que ésta se incluye en la lista de sustancias que en pequeñas dosis (1-2 comprimidos) pueden producir la muerte de un

niño pequeño. La olanzapina también puede dar lugar a intoxicaciones graves. El inicio de la sintomatología se produce en 1-2 h tras la ingesta, alcanzándose el pico sérico máximo a las 5-6 h. Existe una tríada característica de la intoxicación por olanzapina constituida por **depresión neurológica**, que a menudo alterna con episodios de **agitación**, y presencia de **pupilas puntiformes** (se produce miosis en el 80% de las intoxicaciones moderadas-graves). En niños la toxicidad cardiovascular es poco frecuente. En cuanto al manejo, dado el efecto anticolinérgico, la descontaminación digestiva puede ser útil transcurridas más de 2 horas de la ingesta. Se recomienda mantener en observación a todo niño

con ingesta de olanzapina y, en caso de aparecer sintomatología, aplicar medidas de soporte. Si el paciente se mantiene asintomático tras 6 horas puede asumirse que no existe toxicidad y dar el alta a domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wong DC, Curtis LA. Are 1 or 2 dangerous? Clozapine and olanzapine exposure in toddlers. J Emerg Med. 2004; 27(3): 273-277.
2. Palenzona S, Meier PJ, Kupferschmidt H, Rauber-Luethy C. The clinical picture of olanzapine poisoning with special reference to fluctuating mental status. J Toxicol Clin Toxicol. 2004; 42(1): 27-32.
3. Juurlink D. Antipsychotics. In: Goldfrank LR, ed. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. New York: McGraw-Hill Professional; 2006. ■



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