

Capítulo 2

Epidemiología de las intoxicaciones en pediatría

A. Fernández Landaluze, S. Mintegi Raso

En los últimos años hemos asistido a un discreto descenso de las consultas por sospecha de intoxicación y de la mortalidad infantil por contacto con tóxicos por diferentes motivos: mayor presencia de tapones de seguridad, sobre todo en los productos del hogar, mejor educación sanitaria de las familias, mejor acceso y utilización de los recursos sanitarios (Servicios de Urgencias, Centro Nacional de Toxicología) y mejor formación en este área de los diferentes profesionales implicados en este campo.

Actualmente, en nuestro medio, las sospechas de intoxicación suponen un 0,3% de las consultas en los Servicios de Urgencias Pediátricos. Los datos en los que se basa el presente capítulo están extraídos mayoritariamente de un estudio prospectivo multicéntrico desarrollado entre Enero-2001 y Diciembre-2002 por el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (GTI-SEUP).

Afortunadamente, la mayoría de las veces se trata de contacto accidental con sustancias no tóxicas en la cantidad ingerida por el niño, que precisan escasa actuación del pediatra (32,5% de las sospechas de intoxicación en nuestro medio reciben el alta del Servicio de Urgencias sin precisar ningún tipo de exploración complementaria ni tratamiento) Ocasionalmente, sin embargo, el contacto con un tóxico puede provocar una situación de riesgo vital. Es por esto que la sospecha de intoxicación sigue generando gran angustia en las familias e inseguridad en el profesional que las atiende.

LOS PACIENTES

Podemos diferenciar 2 grandes grupos de pacientes que consultan por una posible intoxicación:

- **Preescolares-escolares por debajo de los 5 años de edad:** constituyen

el grupo más numeroso, en el que las intoxicaciones se caracterizan por ser:

- Accidentales
- Habitualmente en el hogar
- De consulta cuasi-inmediata
- Los niños suelen estar asintomáticos
- El tóxico es conocido
- **Adolescentes**, cuyas intoxicaciones se distinguen por:
 - Ser intencionales (generalmente con intención recreacional y, menos, suicida)
 - Muchas veces, fuera del hogar
 - Consultar con tiempo de evolución más prolongado
 - Generar síntomas con mucha frecuencia
 - Manejo más complejo

Un grupo aparte, de muy escaso volumen pero de gran importancia, lo constituyen las intoxicaciones intencionadas con *finis homicidas* o sucedidas en el contexto de un *maltrato*.

Aunque globalmente no hay diferencias en cuanto al sexo, según nos acercamos a la adolescencia predomina el sexo femenino.

LAS FAMILIAS

La mayoría de las familias que acuden a los Servicios de Urgencias Pediátricas de nuestro entorno lo hacen por procesos poco evolucionados. Esta premura en la consulta es aún mayor en el caso de tratarse de familias de los niños pequeños con sospecha de intoxicación. Estas familias llaman al Centro Nacional de Toxicología, acuden al Centro de Atención Primaria o acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario más cercano de forma cuasi-inmediata (75% dentro de las 2 primeras horas tras contacto con el tóxico). Esto facilita el manejo, sobre todo con respecto a la decontaminación gastrointestinal.

LOS TÓXICOS

Los tóxicos con los que contactan los niños varían enormemente en función de la edad y del tipo de intoxicación. Los fármacos son globalmente el tipo de tóxico más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas (56% del total) Un 2º gran grupo lo forman los productos del hogar, y por detrás están el etanol y el monóxido de carbono con un 5% del total de las intoxicaciones respectivamente (Fig. 1).

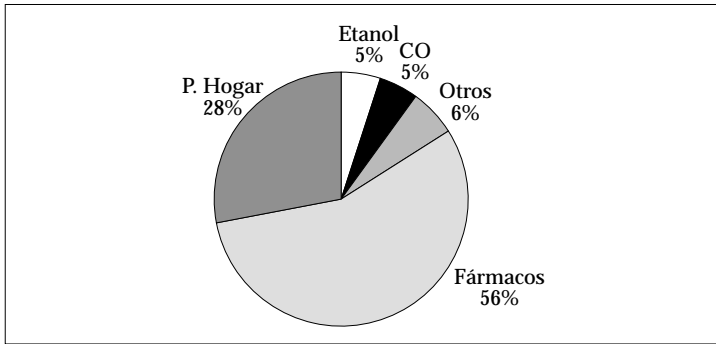


Figura 1. Tipos de tóxicos más frecuentes implicados en intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricas hospitalarias (datos de GTI-SEUP)

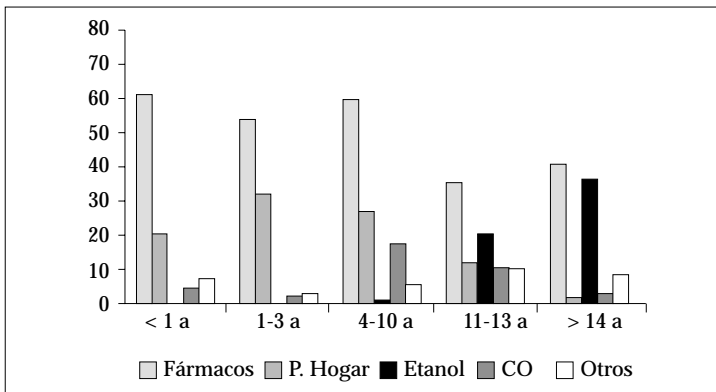


Figura 2. Sustancias implicadas en función de la edad.

Estos porcentajes varían si analizamos el tipo de tóxico según la edad (Fig. 2).

Fármacos

- **Antitérmicos:** son los fármacos más frecuentemente implicados en intoxicaciones accidentales en niños pequeños, sobre todo el paracetamol. La ingesta accidental de paracetamol, constituye hoy en día en nuestro medio la causa de intoxicación pediátrica más frecuente registrada en Urgencias Hospitalarias (16% del total de intoxicaciones y 88,5% de las intoxicaciones por antitérmicos). El 20% de todas

las intoxicaciones accidentales (medicamentosas o no) en niños menores de 5 años se deben a ingestas accidentales de presentaciones líquidas de paracetamol sin tapón de seguridad. La ingesta accidental de aspirina o ibuprofeno supone un muy pequeño porcentaje en este grupo.

- **Psicofármacos:** 2º gran grupo, con un perfil típico: niñas mayores (66% mujeres, edad media $7,5 \pm 5,9$ años), que consultan por ingesta sobre todo de *benzodiazepinas*, en ocasiones mezcladas con otros fármacos, alcohol o drogas ilegales.
- **Anticatarrales y antitusivos:** en 3º lugar. Son productos habitualmente no reconocidos por los padres como fármacos y constituyen la 2ª causa más frecuente de intoxicación medicamentosa en menores de 4 años. En más de la mitad de los casos el producto implicado es una mezcla de varios principios activos. Un 75% de estos niños, precisa tratamiento en Urgencias y cerca de la mitad requiere estancia en el hospital al menos durante unas horas. Estos hechos deberían ser considerados a la hora de dispensar unos productos de valor terapéutico cuando menos dudoso.
- **Intoxicaciones polimedamentosas:** otro grupo de manejo especialmente complejo. Suponen un 4,3% del total de intoxicaciones. Estos pacientes, hasta en un 70% de los casos mujeres, la mayoría por encima de los 9 años de edad, ingieren varios fármacos, sobre todo psicofármacos y menos antitérmicos. El 80% requiere algún tipo de tratamiento en Urgencias y hasta un 10% requiere ingreso en UCIP (frente al 2% del global de intoxicaciones)

Productos del hogar

Son la 2ª causa de intoxicación pediátrica hospitalaria. En el 70% de los casos se trata de niños menores de 3 años. Los cáusticos son los principales implicados, sobre todo *lejías caseras*, que suponen el 4,5% del total de intoxicaciones. Por detrás están los cosméticos, los detergentes y los hidrocarburos. Aunque habitualmente son intoxicaciones menores, los productos del hogar pueden ser causa de secuelas importantes, sobre todo los cáusticos de utilización industrial. En nuestra serie, el 0,35% de los pacientes tuvo algún tipo de secuela, todas ellas provocadas por cáusticos (esofagitis, estenosis esofágica y ceguera)

Etanol

Constituye, junto con las drogas ilegales, la 1ª causa de intoxicación en los mayores de 12 años. Estos pacientes llegan al servicio de

Urgencias frecuentemente con clínica derivada del contacto con el tóxico (síntomas neurológicos predominantemente) y suelen precisar pruebas complementarias y administración de algún tipo de tratamiento. Estos hechos, sumados a la falta de infraestructura en la mayoría de urgencias pediátricas para manejar estos pacientes y la preparación habitualmente insuficiente de los pediatras en atenderlos, hacen de estas intoxicaciones un grupo especialmente complejo.

Monóxido de carbono (CO)

En muchos casos, las intoxicaciones son detectadas por haber más de un miembro de la familia afectado. Según las series americanas una de las principales causas de mortalidad infantil por intoxicación. En nuestro medio, en el registro de Intoxicaciones del GTI-SEUP en 2 años sólo se registró un fallecimiento, que fue secundario a una intoxicación por CO.

Drogas ilegales

Cada vez es mayor el número de consultas registradas por este tipo de sustancias en los Servicios de Urgencias Pediátricas Hospitalarios y cada vez es menor la edad a la que consultan los pacientes. En nuestro entorno se han recogido casos de consultas por consumo de *cannabis*, *comprimidos de diseño* muchas veces sin ninguna identificación, *metadona*, *cocaína*, *heroína*, etc. Suelen ser pacientes que muchas veces han ingerido alcohol y/o psicofármacos y de manejo complicado en Urgencias.

LOS PROFESIONALES

Antes de llegar al Hospital

Un 10% de los pacientes ha recibido algún tipo de tratamiento antes de acudir al Servicio de Urgencias hospitalario, bien en su domicilio, bien en un centro sanitario extrahospitalario. Este porcentaje aumenta hasta el 14% en caso de los adolescentes. Los tratamientos aplicados van desde medidas simples como administración de leche, a otras tan específicas como realización de lavado gástrico y administración de antídotos.

En Urgencias

Lo más llamativo a este nivel es la *falta de uniformidad* de manejo de los pacientes que consultan por una supuesta intoxicación, tal y como ha comunicado en diferentes ocasiones la SEUP. En general, alrededor

de 30% de los pacientes que nos consultan no requieren ninguna prueba complementaria ni ningún tratamiento y es mínimo el porcentaje de pacientes que precisa ingreso en UCIP (1,76% del total). Entre los que reciben tratamiento en Urgencias existe discrepancias significativas no sólo entre diferentes hospitales sino también entre diferentes profesionales que trabajan en el mismo Servicio de Urgencias. Estas diferencias son más apreciables a la hora de escoger el método de decontaminación gastrointestinal a utilizar con un paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liebelt E, DeAngelis C. Evolving Trends and Treatment. *Advances in Pediatric Poisoning*. 1999; 282:1113-15.
2. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, White S, Cobaugh DJ, Youniss J, Omslaer JC, Drab A, Benson BE. 2000 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 2001;19: 337-395.
3. Litovitz TL, Manoguerra A. Comparison of Pediatric Poisoning Hazards: An Analysis of 3.3 Million Exposure Incidents. 1992;89: 999-1006.
4. Mintegi S, Benito J, Vazquez MA, Fernández A, Gortazar P, Grau G. Intoxicaciones en urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Esp Pediatr* 2002; 56:23-29.
5. Registro multicéntrico de Intoxicaciones. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP http://www.seup.org/seup/grupos_trabajo/intoxicaciones.htm.
6. Riordan M, Rylance G, Berry K. Poisoning in children 1: General management. *Arch Dis Child* 2002;87:392-396.
7. Shannon M. Ingestion of toxic substances by children. *N Engl J Med* 2000 20;342(3):186-91.