Intoxicaciones agudas en España. Incidencia y gravedad

P. Munné

Unidad de Toxicología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

La epidemiología de las intoxicaciones agudas nos permite saber cuál es su incidencia, su gravedad, qué tóxicos están implicados y, en suma, llegar a conocer el conjunto de sus características.

El análisis comparado de los trabajos epidemiológicos publicados en nuestro medio nos señalará, además, las variaciones y tendencias que se hayan producido en el transcurso de los últimos años en toxicología aguda.

Casuística publicada

En 1956, Nolla[1] publica una serie de 456 intoxicaciones agudas en adultos que requirieron ingreso en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona durante el quinquenio 1951-1955. Constituye probablemente el primer trabajo clínico-epidemiológico sobre toxicología aguda publicado en nuestro país.

En este estudio, los tóxicos no medicamentosos fueron responsables del 81 % de todos los casos, siendo el monóxido de carbono (26 %) y los cáusticos (20 %) los implicados con más frecuencia. En cambio, hoy día tienen escaso relieve casuístico.

Los fármacos (19 %) estuvieron representados exclusivamente por los barbitúricos. El cociente tóxico no medicamentoso/medicamento (81 %/19 %) se ha invertido en la actualidad, debido al escaso consumo farmacéutico de aquella época y a la inexistencia de la gama actual de psicofármacos.

La mortalidad de la serie fue alta (14,9 %), no sólo por el grado de toxicidad de los agentes causales más frecuentes (CO, cáusticos, mercurio) sino también por el menor arsenal terapéutico y tecnificación hospitalaria en la década de los años cincuenta.

Después del trabajo de Nolla y tras un largo paréntesis, desde 1970 hasta 1986 han aparecido un total de 16 publicaciones sobre intoxicaciones agudas en el adulto, incluyendo tres de ellas casuística pediátrica. De los 16 trabajos reseñados (tabla I)[1-17], doce analizan el conjunto de intoxicaciones asistidas en un hospital, mientras que cuatro hacen referencia sólo a los casos que requirieron ingreso en UCI. Se ha excluido de esta revisión un trabajo poco relevante[18].

El conjunto de variables epidemiológicas analizadas en las publicaciones antes citadas carece de uniformidad. El material y el método empleados varían de una serie a otra. Algunas incluyen en su casuística las intoxicaciones etílicas y las sobredosis por abuso de drogas; en otras se estudian sólo las intoxicaciones medicamentosas voluntarias, mientras que unas pocas contemplan todo tipo de intoxicación. Todas analizan toxicidad aguda en adultos, pero la edad límite de inclusión oscila entre 8 y 14 años.

Los autores de los trabajos provienen de especialidades diferentes: internistas, intensivistas y farmacólogos clínicos. Según el área de interés de cada grupo se incide más en el análisis de un objetivo u otro.

En general, las series corresponden a la casuística de un solo hospital; sólo hay dos estudios multicéntricos.

Excepto uno, todos los estudios se han realizado en hospitales de grandes urbes, lo que induce a pensar en una menor representatividad de la toxicología de ámbito rural. La mayoría son trabajos retrospectivos sin diseño previo de un protocolo específico.

La duración de cada estudio varía desde dos meses a catorce años, siendo de un año el período investigado más usual. En cuatro de ellos se publican los resultados obtenidos de la casuística acumulada durante varios años, pero no resaltan los cambios habidos en el perfil de cada año.

Esta heterogeneidad puede comprometer la validez de la comparación entre ellos. Para evitarlo se han agrupado las series con una casuística y un método más homogéneos.

TABLA I
INTOXICACIÓN AGUDA EN ESPAÑA. CASUÍSTICA PUBLICADA SOBRE ADULTOS

Autor	*Año*	*N.º casos*	*Duración (meses)*	*Características*
J. Nolla	1951-1955	456	60	Sólo ingresados
V. Ausina	1969-1971	291	34	Todo tipo de tentativas de suicidio
°* J.Milla	1975	510	12	
J. Camp	1975-1976	300	9	Sólo medicamentosas voluntarias
° J. Camp	1976-1977	604	2	Multicéntrico de Barcelona
°* J. Camí	1976-1977	330	6	Control del tratamiento efectuado
* P. Caballero	1978	124	2	
* P. Caballero	1979	673	12	Incluye >8 años
S. Mairata	1980	132	12	Incluye >10 años. Sólo medicamentosas
J.L. Barrio	1981	258	12	Incluye >15 años. Sólo medicamentosas
°* J. Monteis	1981-1982	223	6	Estudio de factores de ingreso
* R. Palop	1982	532	12	Incluye >15 años. Incluye reacciones alérgicas
A. Carvajal	1978-1984	703	84	Incluye >14 años
* J.L. Cortés	1977-1984	975	84	UCI + intoxicación en urgencias
* L. Marruecos	1983	202	12	Multicéntrico de Barcelona, UCI
* A. Monjas	1970-1984	1.451	180	UCI
* J. Iturralde	1975-1985	183	132	UCI

* ncluyen alcohol; ° incluyen niños.

Análisis de las variables epidemiológicas estudiadas. Cambios observados en los últimos años

Sexo

Continúa el predominio del sexo femenino, menos manifiesto en series recientes, pero aún notorio en intoxicaciones medicamentosas voluntarias (4:1 en 1975; 2:1 en las series de los años ochenta). La relación se equilibra en las intoxicaciones accidentales y se invierte en las etílicas.

La *edad* (más del 50 % entre los 15-30 años), la *distribución en el tiempo* (similar al patrón de la asistencia en Urgencias), los *antecedentes psiquiátricos* y la frecuencia de *recidivas* (20 %) se mantienen estables.

Desencadenante

Los más frecuentes continúan siendo el conflicto familiar/sentimental y la descompensación de enfermedades psíquicas previas. Han desaparecido algunos considerados antaño como clásicos (aborto, embarazo no deseado). No hay incremento de casos debidos a problemática laboral y se observan intoxicaciones inducidas por fracaso escolar.

Incidencia

Los autores han utilizado dos parámetros de análisis de incidencia: el porcentaje de intoxicaciones sobre el total de urgencias (o sobre el total de urgencias exclusivamente médicas) y la prevalencia en relación a la demografía de la zona de influencia sanitaria correspondiente al hospital donde se realizó el estudio.

La tabla II muestra la incidencia comparando los resultados publicados en los diez últimos años. La tabla III compara resultados similares pero referidos sólo a intoxicaciones medicamentosas. En ambas se observa una clara disminución tanto de la incidencia porcentual de intoxicaciones agudas en relación al número de urgencias, como de su prevalencia dentro del distrito sanitario estudiado. No obstante, este aparente descenso en el número de intoxicaciones debe ser considerado con las apropiadas reservas.

En primer lugar, y en el cálculo de la prevalencia, los índices demográficos utilizados no son absolutamente fiables, siendo también aventurado el supuesto de que toda intoxicación aguda acaecida en una determinada zona, necesariamente será asistida en el hospital de dicha zona.

TABLA II
INTOXICACIÓN AGUDA EN ESPAÑA. INCIDENCIA EN ADULTOS

Año	*Casos*	*Porcentaje sobre urgencias*	*Porcentaje sobre urgencias médicas*	*N.º por cien mil habitantes y año*
Δ 1975	918	2,8	5,7	
°* Δ 1976-1977	604			120
Δ 1977	330	1,8		
1979	673		2,3	61
1981	338	0,6	1,8	
Δ 1981-1982	223	1,6		
1982	322		1,8	64
1977-1984	975	0,7		69
* 1978-1984	703	0,3		40

° Multicéntrico; * excluyen etanol; Δ incluyen casos pediátricos.

TABLA III
INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN ESPAÑA. INCIDENCIA EN ADULTOS

Año	*Casos*	*Porcentaje sobre urgencias*	*Porcentaje sobre urgencias médicas*	*N.º por cien mil habitantes y año*
1975-1976	300	1,19	2,4	
1979	132	0,2	0,9	25
1981	258	0,4	1,4	

TABLA IV
NÚMERO DE URGENCIAS MÉDICAS Y DE INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS AGUDAS E INCREMENTO COMPARATIVO

	1975	*1980*	*1985*	*1987**	*Incremento acumulado (%)*
Urgencias médicas**	16.000	35.826	56.973	63.844	299
Intoxicación medicamentosa aguda**	363	433	600	440	21,2

* Resultados estimativos; ** sólo adultos.

En segundo lugar, el incesante incremento del número de urgencias hace disminuir el porcentaje relativo de intoxicaciones asistidas, aunque éstas, en números absolutos, no decrezcan, como acertadamente ha señalado Cortés[14].

Un factor de distorsión adicional podría ser la variación de criterio de cada hospital en la inclusión de distintas especialidades como urgencias médicas. Incluso podría también ser considerado el tipo de urgencias que mayoritariamente reciben algunos hospitales generales según donde estén ubicados.

Para obviar estos inconvenientes y obtener una incidencia fidedigna, se deberían realizar estudios de carácter multicéntrico o repetir secuencialmente en un mismo hospital el cálculo de la incidencia en términos absolutos.

En el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, utilizando datos del primer trimestre de 1987 y los estimativos para el año en curso, se han comparado con las cifras absolutas de intoxicaciones agudas que se asistieron en años precedentes. Se han incluido sólo las intoxicaciones medicamentosas para uniformar la muestra.

Los resultados (tabla IV) indican un notable incremento de este tipo de intoxicaciones desde 1975, al margen de su descenso porcentual en relación a las urgencias. Parece insinuarse una inflexión descendente desde 1985.

Tipo de intoxicación y tóxico responsable

Pueden considerarse tres tipos de intoxicación aguda: voluntarias o autolesivas, accidentales,

TABLA V
TIPO DE INTOXICACIÓN Y TÓXICO IMPLICADO. ADULTOS-NIÑOS

Año	*Voluntarias (%)*	*Accidentales (%)*	*Medicamentosas (%)*	*No medicamentosas (%)*	*Etanol (%)*	*Opiáceos (%)*
1975			45,7	9,8	44,4	
°* 1976/1977			75,3	24,7		
1977	48,2	39,1	61,5	26,6	11,8	
1981/1982	36,3	12,6	51,1	7,2	41	2,7
Adultos						
1979	70,7	7,3	71,2	9,1	19,6	1,8
1982			58,3	15,8	25,7	
° 1978/1984	88,6	11,3	93,6	6,4		

* Multicéntrico; ° excluyen etanol y opiáceos.

TABLA VI
VARIACIONES EN EL TIPO DE MEDICAMENTO USADO COMO AGENTE TÓXICO

Año	*Barbitúricos (%)*	*Benzodiacepinas (%)*	*Otros (%)*
1951-1955	19	0	Cáusticos, 26 CO, 20
1969-1971	38,6	23,1	
1975	43,5	30,8	
1977	34	32	Antidepresivos tricíclicos, 5,5
1981	26,8	40,7	
1981-1982	47,3	32,4	Antidepresivos tricíclicos, 7,8
1982	21,2	39,3	
1977-1984	16	17	Analgésicos, 24
* 1987	2,3	24	Antidepresivos tricíclicos, 6,8

* Incluye sólo el primer trimestre de 1987.

y las producidas por sobredosis de alcohol o drogas, que sin ser accidentales carecen de la voluntariedad de las autolesivas, formando un grupo propio.

A su vez, los tóxicos pueden arbitrariamente dividirse en fármacos, tóxicos no medicamentosos y abuso de alcohol o drogas cuando actúan no como tóxicos asociados sino como tóxicos principales o responsables.

La tabla V compara los resultados en los últimos años, manteniéndose una similar proporcionalidad entre voluntarias/accidentales con medicamentos/no medicamentosas. Sólo cambia esta relación porcentual cuando el alcohol es incluido en el estudio.

El medicamento continúa siendo abrumadoramente empleado en la intoxicación autolesiva del adulto (88 %). En las series que agrupan adultos-niños, también los fármacos son preponderantes, pero en menor proporción (50-60 %).

Las cifras correspondientes a intoxicación etílica de hecho no han experimentado variaciones significativas a lo largo de los años, aunque existen notables diferencias entre una serie u otra, probablemente debido a las diferentes poblaciones que han sido atendidas en cada centro.

Los opiáceos han hecho su aparición en publicaciones más recientes.

Tipo de tóxico medicamentoso implicado

Los hábitos de prescripción[19] y la facilidad de adquisición son dos factores decisivos en la variabilidad en el tipo de medicamento usado como agente tóxico.

Algunas series contabilizan como agente etiológico a cualquier fármaco presente en la intoxicación, aun teniendo nula o escasa influencia en la sintomatología clínica. Corregida esta fuente de error, la tabla VI refleja la variación porcentual de los distintos tóxicos medicamentosos utilizados con mayor frecuencia desde 1950 hasta la actualidad.

Se confirma plenamente la inflexión iniciada en los años 1979-1980, donde las benzodiacepinas desplazaron a los barbitúricos como primer agente etiológico.

Los antidepresivos tricíclicos progresan desde el 1 % registrado en 1975 hasta el 7,8 % de 1982 o el 6,8 % de 1987.

Los analgésicos, que mantienen una causalidad estable a lo largo de los años estudiados, aparecen en alguna serie con frecuencias muy superiores a las habituales, justificables por el alto consumo de analgésicos observado en el área de la población asistida[13].

A pesar del constante incremento en el consumo de paracetamol, continúa siendo muy exiguo el número de intoxicaciones agudas por este fármaco.

Tasa de ingresos

En los trabajos publicados no está unificado el concepto de ingreso, que debería considerarse como cualquier estancia igual o superior a 24 horas.

La media de ingresos se sitúa en el 25,7 % del total de casos con un valor mínimo de 12 % y un máximo de 41 %, variaciones atribuibles a la naturaleza de determinadas intoxicaciones en alguna serie[12] y también a los criterios y disponibilidades de cada hospital. No obstante, estas variaciones no son indicativas de cambios en la media de ingresos, que se mantiene estable en el curso de los últimos años.

Mortalidad

En el estudio de Nolla, datado en 1955, la mortalidad alcanzó el 14,9 %, referido exclusivamente a intoxicados ingresados.

El advenimiento del desarrollo hospitalario, la implantación de la medicina intensiva, la aplicación de la terapia conservadora escandinava, la adquisición de nuevos antídotos y, en suma, un mejor conocimiento clínico-terapéutico, condicionaron que en la década de los setenta la mortalidad se situara alrededor del 1 %, mantenido hasta la actualidad en todas las series.

Si en vez de calcular la mortalidad sobre la casuística general, como aparece en todas las publicaciones analizadas, se hace exclusivamente sobre enfermos ingresados, su índice aumenta hasta el 4 %, alcanzando el 6,5 % en los ingresados en UCI. Ambas cifras son muy inferiores al 14,9 % del estudio de Nolla.

El porcentaje de ingresos y el índice de mortalidad definen, junto a otros parámetros, la gravedad de las intoxicaciones agudas.

Aceptando una prevalencia anual de 120 casos por cada cien mil habitantes y una mortalidad del 1 %, en Barcelona-capital se producirían 2.400 intoxicaciones anuales con 24 fallecimientos.

Según un estudio muy reciente[20] en Barcelona hubo, en el curso de los seis últimos años, un total de 354 fallecimientos por intoxicación aguda que promedian 59 anuales. Ello induce a suponer que más del 50 % de estos fallecimientos se producen sin ingreso hospitalario previo.

Está por ver si estas muertes «extrahospitalarias» obedecen a un déficit en la cadena asistencial (transporte-asistencia primaria-hospital) o, más probablemente, son fruto de un cambio en el patrón del agente tóxico implicado (incremento del número de sobredosis de opiáceos).

En todo caso el índice de mortalidad-gravedad real es mayor que el reflejado en las publicaciones de ámbito hospitalario.

Tratamiento efectuado

Sólo cinco autores han evaluado las medidas terapéuticas adoptadas en medio hospitalario frente a los distintos casos de intoxicaciones agudas. Los resultados muestran que el lavado gástrico es aplicado con excesiva frecuencia, fruto de la rutina de su práctica. En una serie[8] se llega a efectuar en el 96 % de pacientes, mientras en otras se indica en el 59,6 % y el 68,9 %.

En cambio, la inducción de la emesis es sumamente infrecuente en nuestro medio. Varía entre el 0 y el 12,1 % en series que incluyen casos pediátricos[6,11]. Igualmente el carbón activado se emplea en menos ocasiones de lo que su indicación casi universal haría aconsejable.

Someter de forma sistemática al intoxicado a una diuresis forzada es también, lamentablemente, una práctica habitual. Así, en un análisis amplio que recoge los casos asistidos durante siete años[13], la diuresis forzada se aplicó en el 81,1 % de los pacientes. Incluso en las series con una indicación más restrictiva de la diuresis forzada[10], hasta en un 73,9 % de los casos en que se practicó se hizo sin justificación farmacológica.

Intoxicaciones agudas en UCI

Además de la naturaleza del tóxico y de la dosis absorbida, el número de intoxicados asistidos que ingresan en UCI varía según los criterios establecidos en cada hospital. Así mismo la mayor especialización toxicológica de algunas

TABLA VII
INTOXICACIÓN AGUDA EN UCI
EN ADULTOS

Intoxicaciones ingresadas / N.º intoxicaciones	8,3 %
Intoxicaciones ingresadas / Total ingresados UCI	6,1 %
Estancia media (días)	3,7
Mortalidad global	5
Mortalidad sólo en medicamentosas	3
Mortalidad en no medicamentosas	20 %

Unidades o su presión asistencial pueden modificar el dintel de ingreso e incluso el período de estancia.

El porcentaje medio de intoxicaciones asistidas que son admitidas en UCI es de 8,3 %, con una importante dispersión (4,5 %, 14 %) pero sin cambios aparentes en el análisis comparativo de los últimos años. En un estudio que abarca datos más recientes[16] (hasta 1985) se apunta un discreto descenso similar al observado en la casuística general.

La tasa del 6,5 % obtenida en el único análisis multicéntrico realizado en UCI[15], es probablemente la más indicativa del requerimiento real de ingreso en intensivos que estos pacientes precisan.

De poderse aplicar criterios de ingreso comunes en cada Unidad, sería más fiable el conocimiento de la incidencia global de la patología tóxica que precisa UCI.

La valoración numérica de gravedad de cada intoxicado ingresado en Intensivos, aplicando retrospectivamente un método objetivo, podría darnos un análisis corrector de incidencia.

La patología tóxica aguda representa el 6,1 % del total de enfermos que ingresan en UCI, según el promedio de los cuatro trabajos publicados.

La estancia media (3,7 días) es invariable en todas las series e inferior al promedio global en UCI.

La morbididad y mortalidad es baja, dado el carácter potencialmente reversible de la mayoría de intoxicaciones. La media del índice de mortalidad es del 5 %, muy inferior a la tasa de mortalidad general que se da en UCI (alrededor del 20 %).

Hay diferencias de mortalidad según el tipo de tóxico de que se trate, siendo mucho más elevada en intoxicaciones por productos no medicamentosos, especialmente por cáusticos. En concreto, la mortalidad por intoxicaciones no medicamentosas alcanza el 20 %, mientras las medicamentosas apenas superan el 3 %. Los datos más demostrativos se hallan resumidos en la tabla VII.

En comparación con el total de intoxicaciones, las que ingresan en UCI presentan un número mayor de casos reincidentes (31 % frente al 20 %); también hay más pacientes con antecedentes psiquiátricos (55 %), con una notable incidencia de epilépticos (5 %).

La predominancia de las intoxicaciones voluntarias sobre las accidentales (87 % sobre 13 %) se mantiene e incluso se acentúa con respecto a la casuística general, debido principalmente a que en las series de intoxicaciones en UCI sólo se incluyen adultos.

El tipo de tóxico mayormente implicado es el medicamento, que alcanza cifras del 80,5 %, similares a las reseñadas en las intoxicaciones de carácter voluntario, ya que en adultos la voluntariedad es prácticamente sinónima de intoxicación medicamentosa.

Aun sin datos muy recientes, parece que también en UCI se produce un cambio en el modelo de fármaco empleado como agente tóxico, a favor de las benzodiacepinas. No obstante, la variación es menos ostensible por dos motivos: en primer lugar, porque las series publicadas agrupan datos de la década de los setenta y de los años ochenta sin un análisis anual independiente, lo que suaviza los posibles cambios en el tipo de fármacos utilizados más recientemente; en segundo lugar, la escasa toxicidad intrínseca de las benzodiacepinas requiere su ingreso en UCI con menor frecuencia. Por último, los antidepresivos tricíclicos (alto porcentaje de antecedentes psiquiátricos) y los barbitúricos (notable presencia de epilépticos) alcanzan índices de implicación más altos, por su fácil accesibilidad por parte de este grupo de enfermos.

Los psicofármacos en su conjunto (73,5 %) son los responsables de la mayoría de intoxicaciones medicamentosas en UCI, hecho lógico dado que la alteración de conciencia (92 %), mayormente inducida por psicofármacos, es la manifestación clínica principal que motiva el ingreso en UCI.

Hay una gran dispersión de productos no medicamentosos responsables de intoxicación que precisan UCI, con una mayor frecuencia por parte de cáusticos, productos de uso doméstico, etanol y abuso de drogas.

Ya se ha mencionado que a pesar de su menor incidencia (13 %), estas intoxicaciones de carácter no medicamentoso comportan un alto índice de gravedad.

Intoxicación aguda en pediatría

Realizando una búsqueda en la base de datos del Index Médico Español que abarcara el mismo período estudiado en los adultos (1971-1986), se obtuvieron 24 referencias que respondían al perfil «intoxicaciones en la infancia, epidemiología» y «urgencias pediátricas, estadística». Hubo siete publicaciones que hacían referencia estricta al tema de intoxicaciones. En las restantes sólo se citaba su porcentaje numérico dentro de la casuística general de urgencias o dentro del grupo de accidentes infantiles.

Así pues, en el mismo período de tiempo, el número de publicaciones sobre toxicología aguda pediátrica ha sido incluso inferior a las referidas en adultos.

El perfil personal del niño intoxicado no ha cambiado. Se trata de un niño entre uno y cuatro años (cerca del 70 % de casos), con una edad de riesgo máximo entre los dos y tres. Existe un discreto predominio en los varones (1,4:1).

El hogar, y especialmente su cocina y su cuarto de baño, es el lugar donde se produce con mayor frecuencia el suceso tóxico pediátrico.

Algunos autores[21] han comprobado diferencias significativas en la distribución del accidente tóxico en relación a horas, días de la semana o meses del año, señalando entre las 18 y 22 horas y los meses de primavera y verano como los períodos de mayor frecuencia. No obstante debido a la diversidad de factores influyentes (tipo de población atendida, hospital rural o urbano, tasa de escolaridad, clima, costumbres familiares, trabajo materno fuera del hogar, número de hermanos, nivel cultural, etc.) no existe una definitiva conclusión en este sentido[22].

No se han comparado las variaciones anuales de las cifras de incidencia absoluta. La incidencia en relación al número de urgencias oscila entre el 1 y el 1,65 % con un claro descenso en los últimos años.

La tasa de ingresos promediada es del 35 %, superior al porcentaje en adultos; en cambio es claramente inferior el ingreso en UCI (3,9 %), acorde con la menor gravedad global de la intoxicación pediátrica. La mortalidad es muy baja, inferior al 0,5 %, siendo incluso nula en casuísticas amplias de carácter multicéntrico[23] (1.405 casos).

El patrón etiológico general se mantiene con pocos cambios, siendo los fármacos (entre 50 y 55 %) los tóxicos mayormente implicados. Los productos de uso doméstico (especialmente lejía y detergentes) alcanzan un 23-30 % y a continuación aparece una miscelánea etiológica que alcanza escaso relieve porcentual: los productos de tipo industrial, plaguicidas, plantas y picaduras.

En cambio, se han operado variaciones en el patrón etiológico específico. El tipo de fármaco causal o el producto doméstico ingerido por el niño son un reflejo de los existentes en el hogar. Por tanto, el botiquín familiar, los medicamentos que se toman a diario y no se retornan a un lugar seguro, el tipo de frasco o de envasado, el color y el sabor, son factores que influirán en que se produzca el accidente tóxico pediátrico.

A pesar de la parquedad de estudios actualizados, parece confirmarse[24] que ha descendido la implicación etiológica de barbitúricos y salicilatos, incrementándose o apareciendo «nuevas» intoxicaciones (antiinflamatorios, antihistamínicos, anovulatorios) y manteniéndose otras (hipotensores, vasodilatadores, antidiarreicos, antitusígenos, antianoréxicos, benzodiacepinas y otros psicofármacos).

Conclusiones

En nuestro medio es escaso el número de estudios sobre intoxicaciones agudas. Su heterogeneidad dificulta el análisis comparativo, impidiendo conocer con validez las tendencias actuales en este campo.

Sería útil establecer un protocolo prospectivo común como modelo para estudios multicéntricos.

La incidencia de intoxicaciones agudas en cifras absolutas se ha incrementado en los últimos doce años, insinuándose una inflexión descendente desde 1985. Ha decrecido, ostensiblemente, su incidencia porcentual en relación al número de urgencias, al haber aumentado éstas de forma geométrica.

Los fármacos continúan siendo el principal agente etiológico implicado, especialmente en patología adulta. Se observa un cambio en el patrón de fármaco causal a favor de las benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos, y en detrimento de los barbitúricos.

Es escasa la gravedad de las intoxicaciones agudas atendidas en un hospital, presentando una mortalidad global del 1 %. La mayoría de casos letales se deben a la ingesta de substancias no medicamentosas.

Continúan aplicándose tratamientos de manera rutinaria con una justificación y una eficacia cuestionables.

BIBLIOGRAFÍA

1. NOLLA R. Estudio estadístico de los intoxicados ingresados en el Hospital Clínico y Provincial de

lona durante el quinquenio 1951-1955. Arch Esp Med 1956; 2: 283-288.
2. AUSINA V, ANGUERA I. Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona. Revisión de 291 casos asistidos en el Hospital General. Med Clin 1975; 64: 452-456.
3. MILLA J, CAMP J, BORRÁS A, MUNNÉ P, ANGUITA A. Epidemiology of the acute intoxication in Barcelona. Acta Pharm Toxicol 1977; supl. II: 562-569.
4. CAMP J, BORRÁS A, MILLA J, MUNNÉ P, ANGUITA A. Intoxicación aguda medicamentosa voluntaria. Análisis epidemiológico de 300 casos de intentos de autólisis por ingesta de medicamentos. Med Clin 1977; 69: 178-183.
5. CAMP J. Epidemiología toxicológica en Barcelona. MIR 1981; 3: 12-17.
6. CAMI J, FRATI M, MARTIN M. Acute poisoning in Barcelona, Spain. Clinical Toxicology 1980; 17: 421-428.
7. CABALLERO P, DORADO S, CASTRO C. Intoxicaciones. Medicine 1978; 20: 1.309-1.314.
8. CABALLERO PJ, DORADO MS, ALONSO F. Intoxicación aguda. Estudio de 673 casos. Med Clin 1981; 77: 139-145.
9. MAIRATA S, MOREY A, LADARIA A, BALLESTEROS A, DE LA CALLE F. Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Estudio epidemiológico en Mallorca. Rev Clin Esp 1981; 163: 307-310.
10. BARRIO JL, FRANCO M. Intoxicación medicamentosa aguda. Sant Pau 1983; 4: 15-18.
11. MONTESIS J, ÁLVAREZ F, SEGARRA R, CAMI J. Factores de ingreso en la intoxicación medicamentosa aguda. Med Clin (Barc) 1984; 82: 475-478.
12. PALOP R, MORALES FJ, RODRÍGUEZ C, ESPLUGUES J. Intoxicaciones agudas y reacciones alérgicas medicamentosas. Estudio de 532 casos. Med Clin (Barc) 1984; 82: 651-655.
13. CARVAJAL A, BACHILLER A, RALLO R, GARCÍA GIMENO L. Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico de los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978 a 1984. Med Clin (Barc) 1987; 83: 135-139.
14. CORTÉS E, DOMÍNGUEZ DE VILLOTA JJ, RUBIO A, ALGORA C, CHAMORRO J, MOSQUERA M. Intoxicaciones agudas 1977-1984. Incidencia hospitalaria y evolución en la UCI. An C Intensivos 1986; 2: 67-71.
15. MARRUECOS L, NOLLA J, NOGUÉ S, ROCA A, LLOPART LL, ROVIRA A. El intoxicado agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos. A propósito de 202 observaciones. Med Intensiva 1983; 7: 25-32.
16. ITURRALDE J, IZURA J, LABAYEN F, SERÓN C, MARAVÍ E, SÁNCHEZ I. Intoxicación aguda en UCI: Nuestra experiencia en el período 1975/1985. Med Intensiva 1986; 5: 228-233.
17. MONJAS A, CERDEÑO F, LENGUAS F, MARISCAL F, PINTADO R, AGUADO A. Intoxicación aguda voluntaria por ingestión de substancias. Experiencia de un Servicio de Medicina Intensiva (1970-1984). Med Intensiva 1985; supl. 1: 34.
18. SÁNCHEZ GASCÓN F, FURQUET J, GARCÍA MARTÍN M et al. Intoxicaciones agudas. Revisión a propósito de una amplia casuística. Urgencias 1983; 99: 504-511.
19. SELLERS EM, MARSHMAN JA, KAPLAN HL. Acute and chronic drug abuse emergencies in metropolitan Toronto. Int J Addict 1981; 16: 283-303.
20. REIG R, SANZ P, MARTÍ G, CORBELLA J. Opioid related deaths in Barcelona, 1981-1986. Lancet 1987; 2: 508-509.
21. ARDURA J, CALVO C. Evolución de los accidentes en la Infancia. Análisis comparativo de 200 casos. Bol Soc Cast Ast Leon Ped 1975; 16: 501.
22. BUENO M. Epidemiología de las intoxicaciones infantiles. Medicine 1977; 34: 3.017.
23. ARMAS H, BASELGA C, CALVO I et al. Intoxicaciones infantiles en Aragón. An Esp Pediat 1980; 13: 761-770.
24. MARTÍNEZ A. La incidencia de intoxicaciones. Arch Pediat 1985; 36: 89-90.