

Intoxicaciones en la infancia. Posibilidades de acción profiláctica

S. García

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital infantil La Paz. Madrid

El accidente tóxico constituye en el grupo de edad pediátrica un problema importante cuya magnitud es con frecuencia infravalorada porque, si bien comparado con otros tipos de accidente no constituye una importante causa de mortalidad, es, sin embargo, causa de una elevada morbilidad, siendo motivo importante de frecuentación de los servicios de urgencias de los hospitales pediátricos y centros de información toxicológica.

A pesar de sus considerables proporciones (4.000 consultas/año en el Servicio de Información toxicológica de Madrid SIT y 521 consultas en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil La Paz durante 1986), no parece suficiente como para provocar una respuesta institucional más activa, destinada a evitar riesgos innecesarios a este grupo de riesgo.

El presente trabajo revisa los factores relacionados directa e indirectamente con el accidente tóxico y extrae conclusiones orientadas a la acción profiláctica.

Material y métodos

Se han obtenido datos correspondientes a la actividad del SIT de Madrid dependiente del Instituto Nacional de Toxicología relativos a los años 1974, 1980, 1985 y 1986. Este centro tiene cobertura nacional y recibe llamadas durante las 24 horas del día procedentes de todo el país, pero con más frecuencia de la zona centro. Estos datos han sido clasificados según la edad, el sexo y el tipo de accidente tóxico.

Del Servicio de Urgencias del Hospital Infantil La Paz de Madrid (HILP), se recogieron datos correspondientes al número de consultas por intoxicación durante el año 1986. Este hospital pediátrico cubre una amplia zona de Madrid y provincia, recibiendo también pacientes de otras áreas. Tiene un promedio de 63.000 urgencias al año (unas 180 urgencias/día), siendo el 23 %

del total de las urgencias procedentes de Madrid¹. En el mismo centro, se han revisado todos los ingresos habidos en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP), cuyo diagnóstico al alta era intoxicación, durante el período comprendido entre 1983 y 1986. En los datos consignados se considera edad pediátrica entre 0 y 16 años, a no ser que se indique otra cosa.

Los datos relativos a CIP se han clasificado por tipo de tóxico y edad.

Resultados

En las consultas efectuadas al SIT (años 1974, 1980, 1985 y 1986), se observa una tendencia al descenso anual para menores de 16 años (83 % en 1974 y 73 % en 1986) (fig. 1). La distribución de los intoxicados por edades muestra un patrón bimodal que alcanza su máximo de incidencia entre 1 y 3 años (fig. 2). El análisis de los años 1974, 1980 y 1986 muestra una tendencia a la baja para el citado grupo de edad. Sin embargo, constituyen el grupo mayoritario para cualquier año que se considere (tabla I), con porcentajes superiores al 50 % respecto al total de consultas, adultos incluidos. Considerando exclusivamente al grupo de 2 años, éstos ocupan el lugar más alto, objetivándose también una tendencia anual a la baja, aunque con valores absolutos elevados (tabla I), siendo para 1986 el 20,3 % respecto a todos y el 27,9 % para el grupo menor de 16 años.

En el HILP se registraron 521 consultas por accidente tóxico sobre un total de 63.403 urgencias durante el año 1986, lo que representa el 0,82 %, precisando ingreso 125 pacientes (24 % de los intoxicados y 2,7 % de todos los casos). Tan sólo 9 pacientes (7,2 %) precisaron asistencia intensiva, falleciendo uno de ellos (intoxicación por CO). Desde 1983 se viene constatando un progresivo descenso (fig. 3) en

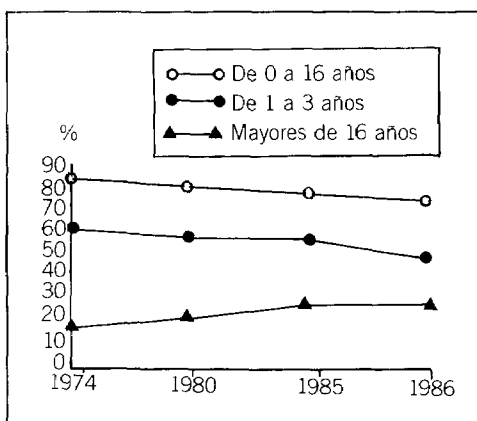


Fig. 1. Evolucion anual en porcentaje de las consultas al SIT según la edad.

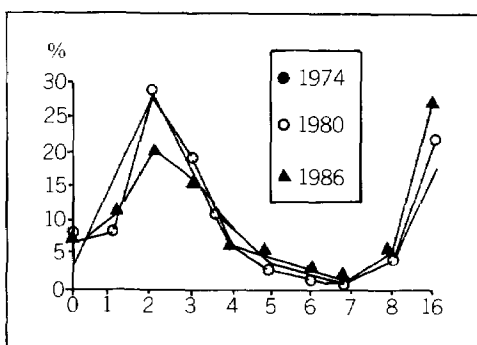


Fig. 2. Porcentaje de consulta al SIT según la edad.

términos absolutos y relativos de los ingresos por intoxicación en CIP.

Según datos del SIT los productos de limpieza del hogar (detergentes, lavajillas y blanqueantes) son la causa de accidente tóxico más frecuente en la edad pediátrica (35,8 %), seguido de la ingestión de medicamentos (33 %) (fig. 4), si bien para el conjunto de todas las edades resulta justamente a la inversa, ocupando los medicamentos el primer lugar. En la figura 5 se observa cómo existe una tendencia al descenso del número de intoxicaciones medicamentosas, mientras aumentan las debidas a productos de limpieza y químicos (derivados del petróleo, pinturas y pesticidas). El pico de máxima incidencia coincide en ambos grupos para el intervalo de 19 meses a los 3 años, con 522 casos para los productos de limpieza y 365 casos para medicamentos (SIT). Los analgésicos ocuparon el primer lugar en 1986 para pacientes menores de 16 años (SIT), con un 15,7 % de las consultas, seguidos de los psicofármacos (11,8 %). Esto contrasta con los motivos de ingreso en CIP (fig. 6), en el que los medicamentos constituyen la causa más frecuente (73,3 %), siendo los psicofármacos el grupo más importante (33,8 %) y excepcionalmente los productos de limpieza (1/71 casos en cuatro años) (fig. 6).

Para las consultas al SIT, los productos químicos y pesticidas son el siguiente grupo en cuanto a frecuencia (22,7 % para menores de 16 años), siendo la segunda causa de ingreso en CIP (fig. 6). Al contrario de lo que ocurre con los medicamentos, su incidencia anual tiende a incrementarse (fig. 5).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN ANUAL SEGÚN EDAD DE LOS ACCIDENTES TÓXICOS CONSULTADOS
AL SERVICIO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA (SIT)

Edad/año	1975	1980	1985	1986	1986*
0-6 meses	1,2	0,9	1	0,9	1,3
6-12 meses	1,9	5,8	2	5,5	7,6
1 año	15,0	8,7	14,8	10,0	13,8
2 años	27,7	28,4	22,5	20,3	27,9
3 años	17,5	19,2	17,6	16,3	22,4
4 años	7,9	6,3	6,2	6,1	8,4
5 años	3,5	2,7	3,6	3,9	5,4
6 años	2,3	1,2	1,6	2,5	3,4
7 años	0,9	0,9	1,1	1,6	2,2
8-16 años	4,5	4,3	4,6	5,6	7,6
Más de 16 años	17,6	21,6	25,0	27,3	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Nº casos	1.906	4.390	5.313	5.663	4.117

*Considerados sólo menores de 16 años.

Para todos los años, existe predominio de varones en las consultas al SIT (55,8 % en 1974, 59,9 % en 1980 y 61,8 % en 1985) con tendencia a incrementarse su participación. En cuanto al predominio estacional se da mayor incidencia en los meses de mayo y junio para el SIT, mientras que para las consultas en urgencias del HILP se alcanza el máximo en el mes de abril (fig. 7).

Comentario

Por los datos expuestos, el accidente tóxico en la edad pediátrica constituye una causa muy frecuente de consulta: 4.124 casos en el SIT en 1986 y 521 casos en el Servicio de Urgencia para el mismo período. Si extrapolásemos estos datos al total de urgencias atendidas en Madrid en 1985¹, supondrían alrededor de 2.500 consultas/año (unas 6-7 consultas/día); esto coincide con otras publicaciones^{2,3} y proporciona una idea aproximada de la magnitud del problema. Sorprende, sin embargo, la tendencia anual al descenso de consultas (figs. 1 y 2) que se observa desde 1974 para el grupo pediátrico; este hecho resulta coincidente con lo referido en las otras publicaciones²⁻⁷ y para los pacientes que ingresaron en CIP (fig. 3), fenómeno que en nuestro medio no puede interpretarse como resultado de medidas preventivas o campañas de información y podría estar más en relación con el descenso de natalidad observado en esta última década.

El grupo de edad más afectado es el comprendido entre el año y los tres años de edad, el cual supuso un 46,6 % de las consultas al SIT en 1986. Esto constituye un hecho constantemente referido^{8,12} y definen un grupo de riesgo que debe ser el blanco de cualquier medida profiláctica.

Como resulta clásico^{4,8-10}, el sexo masculino constituye el segundo factor de riesgo evidenciado, con tendencia a incrementarse anualmente.

Aunque la incidencia es alta, las intoxicaciones constituyen, afortunadamente, una causa poco frecuente de mortalidad (un solo fallecido en CIP en cuatro años, 71 casos), siendo la morbilidad y mortalidad muy inferiores a las de los adultos^{2,13,14}, en gran parte debido al elevado número de intoxicaciones con productos de escaso poder letal y al menor número de intentos suicidas, más frecuentes para el grupo de adolescentes¹⁵, poco importantes numéricamente, pero que parecen tener importancia por lo que a mortalidad se refiere¹⁶.

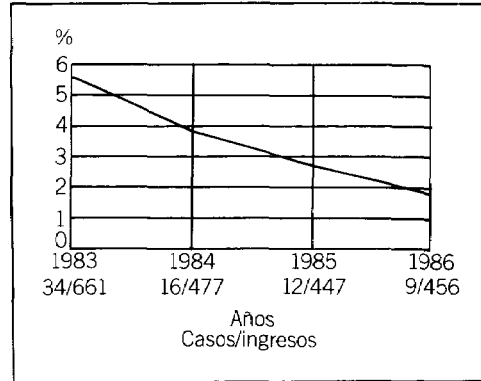


Fig. 3. Porcentaje anual de intoxicados sobre el total de ingresados en CIP.

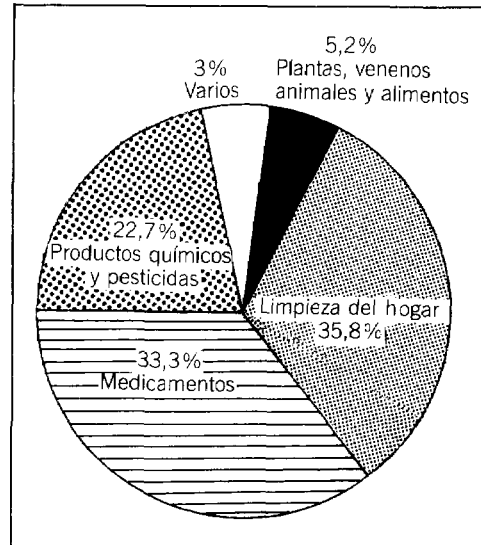


Fig. 4. Tipos de accidente tóxico para el grupo pediátrico (0-16 años), año 1986 (SIT).

En algunas publicaciones se hace énfasis sobre la variación estacional de las intoxicaciones, tanto respecto al tipo de tóxico^{17,18} (más plantas en verano y más analgésicos en invierno), como al número de accidentes tóxicos⁹, refiriendo una mayor incidencia durante los meses estivales. Nuestros datos apuntan más bien a un incremento de los accidentes durante la primavera, con un pico de incidencia para las consultas de urgencias en el mes de abril (12,5 %) y un mínimo para el mes de agosto (4,3 %) (fig. 7), mientras que en el SIT, para el mismo año,

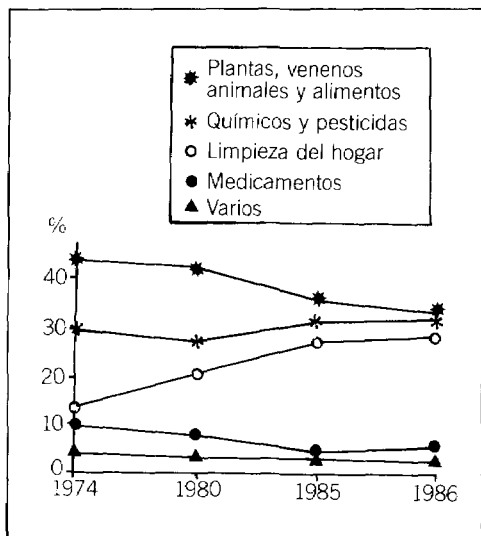


Fig. 5. Evolución anual (1974-1986) por tipos de accidentes (SIT).

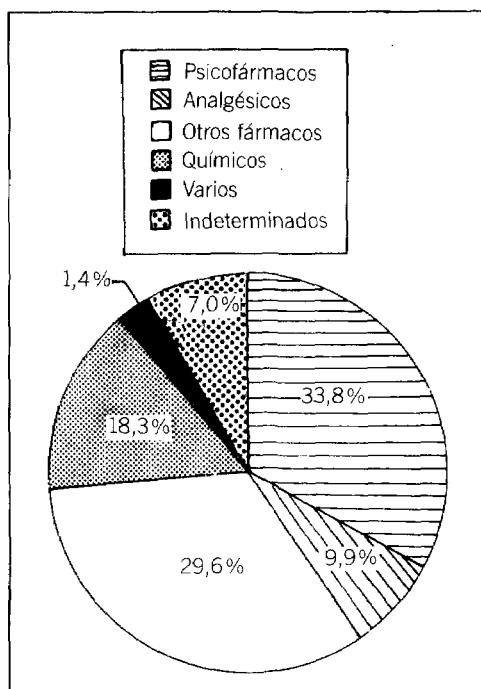


Fig. 6. Etiología de las intoxicaciones ingresadas en CIP entre 1983 y 1986 (pacientes entre 0 y 14 años, n = 71).

alcanza el pico máximo en los meses de mayo junio (11 %). Estas cifras parecen tener más que ver con la despoblación habitual de nuestra zona de asistencia durante el verano¹⁹, mientras que el SIT, que recibe llamadas de todo el país, registra más actividad en los meses de mayor exposición y menor vigilancia sobre la población pediátrica, disminuyendo luego durante los meses invernales (fig. 7).

Los datos relativos al tipo de accidente reflejan predominio de los productos de limpieza en el hogar, con tendencia anual al incremento (fig. 5), e igualmente para los productos químicos, siendo inversa para los medicamentos. Todo parece indicar que se está produciendo un cambio en el patrón de incidencia de las intoxicaciones pediátricas^{4,5}, de forma que mientras disminuyen los accidentes por medicamentos, aumenta el número de accidentes por productos químicos y de limpieza (detergentes, etc.), menos peligrosos^{20,21}, originando menos ingresos y menos consultas (figs. 1 y 3).

A pesar de la tendencia decreciente en términos de porcentaje, los medicamentos continúan ocupando el primer lugar si se incluyen adultos y niños (31,5 %). En nuestro medio esta disminución no es imputable a medidas de seguridad sobre el envase como las adoptadas en otros países^{5,22,23}, que han supuesto según algunos autores un descenso de hasta el 65 % de las intoxicaciones, evitándose 200.000 casos en 9 años²³ y reduciéndose la tasa de mortalidad en un 75 %. Cabe especular como causa de esta disminución la presentación casi generalizada de los comprimidos en envase de lámina plástica, lo cual dificulta en los niños la manipulación y limita el número de comprimidos disponibles. Otros factores de difícil cuantificación parecen haber influido también, como el descenso de natalidad y una mayor atención del público en general a este tipo de problemas, a pesar del escaso apoyo institucional.

Pero mientras la intoxicación medicamentosa ocupa el segundo lugar en consultas del SIT (fig. 4) para menores de 16 años (33,3 %), con un primer lugar para los analgésicos (16,8 %) y un segundo para psicofármacos (11,3 %) (SIT, 1985), los ingresos por medicamentos en la unidad de CIP constituyeron el 73 % del total, ocupando los psicofármacos el primer lugar (fig. 6) y los analgésicos el segundo (9,9 %). Se deduce, pues, que los patrones de consultas en una y otra fuente son diferentes, fenómeno que está en relación con la capacidad potencialmente letal de este grupo de fármacos^{2,8,24} y que por tanto requieren asistencia.

Las intoxicaciones parecen ocurrir con productos que están al alcance del niño¹¹ y en este sentido es interesante resaltar que el medicamento causante del accidente es en la mayoría de los casos el consumido por los familiares que conviven con el niño, recetado el mes precedente e ingerido en el hogar^{12,24}, especialmente en la cocina o en la sala de estar⁸. La disponibilidad es el mayor determinante etiológico, tanto para las intoxicaciones voluntarias como involuntarias. Otros factores a tener en cuenta serían los errores en la dosis o en su interpretación, especialmente para menores de un año, y aquellos casos susceptibles de ser clasificados como una forma de malos tratos²⁵, afortunadamente poco frecuentes, pero de elevada mortalidad.

Possibilidades de acción profiláctica

Las consideraciones anteriores nos permiten establecer un perfil del intoxicado en edad pediátrica (tabla II) y las acciones profilácticas que se derivan.

Medidas destinadas a disminuir la disponibilidad: 1. Puesto que la edad más vulnerable se encuentra alrededor de los 2 años, los pediatras deberían incluir rutinariamente en sus consultas un tiempo destinado a informar a los padres sobre las precauciones que hay que tomar con todos los productos tóxicos^{11,21}, de manera similar a las instrucciones para vacunas, etc. El momento adecuado sería el año de edad. Las sociedades profesionales deberían presionar a las instituciones para que se realizasen campañas de sensibilización sobre el tema. 2. La utilización de medidas disuasorias (etiquetas especiales «Mr. YUK») que ejercen su efecto mediante su aspecto repulsivo, no han obtenido el éxito previsto²⁷, ya que con frecuencia, los padres no las utilizan en todos los productos potencialmente peligrosos, e incluso en ocasiones ejercen un efecto estimulante de la curiosidad del niño²⁸. 3. Las experiencias sobre envases y cierres «a prueba de niños» parecen haber sido muy positivas en los EE.UU.^{4,11,23,29}, evitándose un gran número de muertes. Aunque esta estrategia no está muy difundida en nuestro medio, sus resultados justificarían considerar su uso obligado en algunos medicamentos de consumo frecuente y potencialmente letales (analgésicos, antidepresivos, digital, etc.). También debería considerarse por los fabricantes la posibilidad de producir envases con dosis subletales de los citados medicamentos¹⁶. La tendencia al alza de los accidentes con pro-

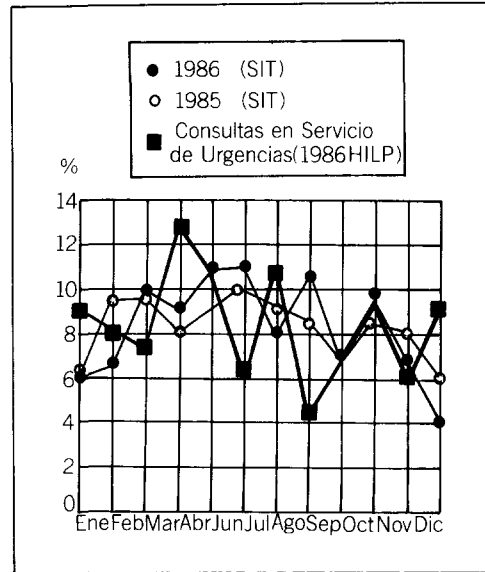


Fig. 7. Variación estacional de las intoxicaciones. SIT: Servicio de Información Toxicológica. HILP: Hospital Infantil La Paz.

ductos químicos es un hecho preocupante. En ello influye su elevada disponibilidad y frecuente uso doméstico, junto con una menor mentalización de los usuarios sobre sus peligros. Aunque no son causa importante de mortalidad, sí lo son de morbilidad, y en algunos casos (blanqueantes) pueden producir secuelas permanentes. Los fabricantes deberían ser obligados por las instituciones (Ministerio de Sanidad, Autonomías, etc.) a utilizar envases y cierres más seguros y apropiados en determinados productos²⁹, como ya ocurre en otros países.

Medidas destinadas a minimizar los efectos de la ingestión: 1. Una vez producido el accidente tóxico, es fundamental la disponibilidad y el acceso rápido a un centro que proporcione valoración y/o asistencia adecuada (SIT, hospital). Ambos aspectos parecen funcionar adecuadamente en nuestro medio, aunque si bien el segundo es muy conocido, sería deseable una mayor difusión entre el público de las posibilidades de atención por parte del SIT, sobre todo dada la rapidez de acceso al mismo. 2. Las medidas destinadas a evacuar el tóxico lo antes posible, incluso en el propio domicilio³⁰, merecen comentario aparte. La utilización del jarabe de ipecacuana se ha mostrado inocua incluso en los menores de un año^{31,32}. Emético muy eficaz y de fácil administración, continúa siendo una de las bases del tratamiento inicial de muchas

TABLA II
PERFIL DEL INTOXICADO EN EDAD
PEDIÁTRICA

Varón
Entre 1 y 3 años
Consulta en SIT o en Urgencias
Por ingestión de un medicamento o producto de limpieza
Por ingestión de un producto que estaba siendo consumido por los padres
Por ingestión de un producto almacenado en la cocina o sala de estar
Tiene un 25 % de posibilidades de ser ingresado
Evolucionará generalmente bien

intoxicaciones. Sin embargo, no parece que su utilización domiciliar pueda ser siempre correcta³⁴, quedando reservada para su uso en centros adecuados.

En conclusión, aunque la tendencia de las intoxicaciones graves parece ser a la baja, los accidentes tóxicos constituyen un problema lo bastante frecuente e importante en nuestro medio como para justificar una intervención mayor por parte de los profesionales de la sanidad e instituciones. Queda todavía mucho camino por recorrer a fin de evitar una carga de riesgo y sufrimiento totalmente innecesaria para nuestra población infantil y para la sociedad.

Agradecimiento

El autor de este artículo desea expresar su agradecimiento al Servicio de Información Toxicológica de Madrid (SIT) y especialmente a los Drs. R. Cabrera, I. Atienza y a D.J.M. Ortiz por su inestimable colaboración al suministrar gran parte del material utilizado en este trabajo. Así mismo expreso mi gratitud al Dr. Celedonio López (Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Infantil La Paz de Madrid) por facilitar los datos necesarios referentes a la actividad de su Servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. LÓPEZ DE LETONA A, PRIETO G, CASADO J. Asistencia pediátrica en Madrid, 1985. *An Esp Pediatr* 1986; 25:227-239
2. FAZEN LE, LOVEJOY FH, CRONE RK. Intoxicaciones agudas en un hospital infantil. Una experiencia de 2 años. *Pediatrics* (ed. esp.) 1986; 21:80-86.
3. CORREA R, FIDALGO I, MOSQUERA MC, CABRERO A. Epidemiología general de los accidentes e intoxicaciones infantiles. *An Esp Pediatr* 1984; 21:369-370.
4. LAWSON GR, CRAFT AW, JACKSON RH. Changing pattern of poisoning in children in Newcastle, 1974-1981. *Br Med J* 1983; 287:15-17.
5. GILL DG. Changing pattern of poisoning in children. *Br Med J* 1983; 287: 1.468-1.469.
6. GRIEG AD. Changing pattern of poisoning in children. *Br Med J* 1983; 283:833-834.
7. AVERY JG. Changing pattern of poisoning in children. *Br Med J* 1983; 287: 1.069.
8. JACOBSEN D, HALVORSEN K, MARSTRANDER J, SUNDE K, BAKKEN AF. Acute poisoning of children in Oslo: a one year prospective study. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72:553-557.
9. COLOMER C, COLOMER-REVUELTA J, LAJO M, SALA J, SANCHEZ A. Epidemiología de la asistencia hospitalaria de los accidentes en la infancia. *An Esp Pediatr* 1984; 21:369.
10. COLOMER C, COLOMER-REVUELTA J, LAJO M, SALA J, SANCHEZ A, SEBASTIAN A. Estudio epidemiológico de la asistencia hospitalaria de las intoxicaciones en la infancia. *An Esp Pediatr* 1984; 21:374.
11. TEMPLE AR. Poison prevention education. *Pediatrics* 1984; 74:964-969.
12. POLAKOFF JM, LACOUTURE PG, LOVEJOY FH. The environmental away from home as a source of potential poisoning. *Am J Dis Child* 1984; 138: 1.014-1.017.
13. LAWSON AH, MITCHELL I. Patients with acute poisoning seen in a general medical unit (1960-71). *Br Med J* 1972; 4:153-156.
14. CORTES JL, DOMINGUEZ E, RUBIO JJ, ALGORA A, CHAMORRO C, MOSQUERA JM. Intoxicaciones agudas 1977-1984: incidencia hospitalaria y evolución en la UCI. *An C Intensivos* 1985; 2:67-71.
15. TAYLOR AE, STANFELD SA. Children who poison themselves. Prediction attendance for treatment. *Br J Psychiatr* 1984; 145:132-135.
16. TRINKOFF AM, BAKER SP. Poisoning hospitalizations and deaths from solids and liquids among children and teenagers. *Am J Public Health* 1986; 76:657-660.
17. PAULLOZZI LJ. Seasonality of reported poison exposures. *Pediatrics* 1983; 71:891-893.
18. GREENBERG RJ, OSTERHOUT SK. Seasonal trends in reported poisonings. *Amb J Public Health* 1982; 72:394-397.
19. PAYNO A, BARRIO ML, GARCIA, BAÑO A, MUÑOZ R, CANOVAS M. Intoxicaciones en la infancia. *An Esp Pediatr* 1984; 21:370.
20. HENRY J, VOLANS G. ABC of poisonings. Problems in children. *Br Med J* 1984; 289:486-489.
21. ARENA JM. The pediatrician's role in the poison control movement and poison prevention. *Am J Dis Child* 1983; 137:870-873.
22. LEADS FROM THE MMWR. Unintentional poisonings among young children-United States. *JAMA* 1983; 249:1.700
23. WALTON WW. An evaluation of the poison prevention «Packaging act». *Pediatrics* 1982; 69: 363-370.
24. CRAFT AW. Circumstances surrounding deaths from poisoning 1974-80. *Arch Dis Child* 1983; 58: 544-546.

25. DINE MS, MCGOVERN ME. Intoxicación intencionada en niños: una forma poco conocida de malos tratos. Comunicación de 7 casos y revisión de la literatura. *Pediatrics* (ed. esp.) 1982; 14: 33-37.
26. LEADS FROM MMWR. Poisoning among young children. *JAMA* 1984; 251:1.660-1.661.
27. FERGUSON DM, HORWOOD LJ, BEAUTRAIS AL, SHANNON FT. Ensayo experimental controlado de un método de prevención de las intoxicaciones. *Pediatrics* (ed. esp.) 1982; 13:405.
28. VERNBERG K, CULVER-DICKINSON P, SPYKER DA. The deterrent effect of poison-warning strickers. *Am J Dis Child* 1984; 138:1.018-1.020.
29. UPDATE: Childhood poisonings-United States. *JAMA* 1985; 253:1.857.
30. RUMACK BH. Ipecac use at home (editorial). *Pediatrics* 1985; 75:1.148.
31. LITOVITZ TL, SCHWARTZ WK, ODERDA GM, MATYUNAS J, WILEY S, GORMAN RL. Administración de ipacacuana en niños menores de un año de edad. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985; 20:321-324.
32. CZAJKA PA, RUSSELL SL. Efectos no emetizantes de jarabe de ipecacuana. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985; 19:391-394.
33. RODGERS GC, MATYUNAS J. Descontaminación intestinal por envenenamiento agudo. *Pediatr Clin North Am* (ed. esp.) 1986; 2:273-298.
34. CHAFEE-BAHAMON C, LACOUTURE PG, LOVEJIY FH. Valoración del riesgo asociado a la administración de jarabe de ipecacuana. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985; 19:396-400.

DISCUSIÓN

J. NADAL: Quisiera comentar dos aspectos. Uno de ellos se refiere a la recogida de datos, puesto que a veces se observan ciertas diferencias en distintas estadísticas, incluso en los mismos años. Por ejemplo en nuestro Servicio de Urgencias, cada vez que llega un niño intoxicado, un médico se encarga de seleccionar a los pacientes en función de la indicación de ingreso, es decir, hay un filtro que limita el acceso al Servicio. Lo que pretendo decir es que el porcentaje de ingresos por intoxicación puede variar considerablemente de un centro a otro. Una vez más creo que es conveniente hacer hincapié en lo que ha comentado al principio el Dr. Munné acerca de la importancia de que exista uniformidad en la obtención de datos.

El segundo aspecto se refiere a las medidas profilácticas. Aunque ya ha sido comentado por el Dr. Santos García, creo que es importante insistir una vez más en la responsabilidad de un centro de intoxicaciones. Una de las numerosas funciones que debería tener un centro de este tipo sería la de obtener todos los datos epidemiológicos relativos a las causas de intoxicación y elaborar una serie de recomendaciones, y lo que es más importante, diseñar un sistema adecuado para que estas recomendaciones sean eficaces. Más de una tercera parte de las intoxicaciones no medicamentosas se deben a un sinnúmero de productos, de los cuales en muchos casos ignoramos incluso su composición. Ello refuerza la necesidad de un centro de información toxicológica de consulta, puesto que como muy bien ha indicado el Dr. Santos García, el niño no

es selectivo; normalmente el adulto emplea un producto no medicamentoso entre un reducido número de productos, pero el niño coge lo que encuentra a mano.

S. GARCÍA: Contestando a la primera parte de su intervención, al revisar la bibliografía en España, he encontrado datos muy dispares. Hay un artículo del grupo de Valencia en el que se describe un índice de ingresos de 1,58, mientras que en Alicante es de 1,70 y en nuestro hospital es de 0,83, o sea, que prácticamente puede llegar a ser el doble de un lugar a otro. Estas diferencias serían atribuibles quizás a las distintas políticas de atención de las urgencias, no tan sólo en lo que concierne a las intoxicaciones agudas sino a muchos otros procesos.

Sería deseable disponer de un formato estándar de declaración de accidente tóxico, del mismo modo que existe para las enfermedades transmisibles. Esto representaría una gran ayuda, puesto que la información de que disponemos en el momento actual es totalmente fragmentaria.

A. MORENO: En alguna de las diapositivas que ha presentado se apreciaba una disminución en el número de intoxicaciones debidas a medicamentos a lo largo de los años, una disminución además importante. Quisiera preguntarle concretamente en qué medida esta disminución estaría influida por el cambio en el patrón de utilización de analgésicos, fundamentalmente el mayor consumo de analgésicos del tipo del paracetamol frente al ácido acetilsalicílico y derivados en pediatría.

S. GARCÍA: En primer lugar los datos que he pre-

sentado proceden del Centro de Información Toxicológica y se refieren a consultas por accidente tóxico, y no necesariamente a casos de intoxicación aguda. A buen seguro que el Dr. Segura podrá aclarar este aspecto mucho mejor que yo, porque conoce mejor los datos. Respecto a los analgésicos, desde que el popular Optalidón® dejó de ser un problema acuciante al cambiar la forma de presentación y pasar del tubo al *blister*, y especialmente al retirar el barbitúrico de su composición, las intoxicaciones por analgésicos disminuyeron marcadamente. Sin embargo, estamos quizá asistiendo al aumento de una nueva forma de intoxicación desde que el hábito de prescripción a nivel pediátrico, debido fundamentalmente al temor al síndrome de Reye, está cambiando de los salicilatos al paracetamol.

L. SEGURA: Sobre el Centro de Información Toxicológica se hablará después, pero quería hacer tan sólo una observación que me parece importante. El Centro de Información Toxicológica en Madrid, que es el único que hay de ámbito estatal, se enfrenta con grandes dificultades para obtener la documentación y con la escasa colaboración de los propios hospitales, además de la mínima colaboración de la Administración Central a través del Ministerio de Sanidad. Conseguir información acerca de los productos de firmas comerciales entraña a veces enormes dificultades para poder llegar a acceder a su composición.

P. MUNNE: Respecto al anterior comentario del Dr. Santos García, es curioso observar cómo a pesar de que el consumo nacional de paracetamol se ha triplicado en los últimos tres años, el consumo de ácido acetilsalicílico se ha mantenido o incluso ha aumentado, especialmente entre los adultos. Por otra parte, la etiología del síndrome de Reye es dudosa, al menos en nuestro medio, según demostró el estudio multicéntrico en el que con seguridad algunos de ustedes participaron. No me considero un experto en este tema, pero quizá sea solamente en pacientes con varicela, a los que se administra ácido acetilsalicílico, donde es muy probable que exista esta relación causal. En los restantes casos es más dudoso.

Quisiera además comentar que los Servicios o Centros de Información Toxicológica, que no son conceptos sinónimos, al responsabilizarse de ofrecer una información al usuario o al sanitario que la solicita, hacen disminuir la frecuencia de este tipo de consultas a los servicios de urgencias hospitalarios. Ello comporta un evidente beneficio al decrecer el gasto

y disminuir el número de consultas a las saturadas urgencias sin bajar la calidad asistencial. En relación con el jarabe de ipecacuana, de amplia distribución en EE.UU., creo que es impensable que incluso en aquel país pueda ser administrado libremente por los padres sin previa consulta a un Centro de Información, ya que el intervalo entre la ingestión de ipecacuana y la inducción de la emesis es de aproximadamente 22 minutos, y en este intervalo, en función del tipo de tóxico, pueden haber aparecido convulsiones o puede haber disminuido el nivel de conciencia, con el consiguiente riesgo de broncoaspiración. En principio no debe administrarse ipecacuana antes de consultar con un centro especializado. Por último quisiera abogar por el envasado de fármacos en frasco con apertura resistente a la manipulación de los niños. En los países donde se ha implantado este envasado se ha reducido de forma espectacular el número de intoxicaciones por analgésicos.

Como reverso de la moneda, creo que es preocupante la introducción reciente en la farmacopea nacional de algún preparado de paracetamol en forma de líquido de agradable sabor y de fácil succión por parte del niño.

F. FELICES: Justamente por eso quería preguntar sobre la experiencia de los componentes de la mesa. Particularmente no veo intoxicaciones por paracetamol, lo cual me resulta extraño. ¿Comparten ustedes la misma experiencia?

P. MUNNE: En lo que concierne al Hospital Clínic de Barcelona, tampoco vemos casos de intoxicación por paracetamol. Creo que en los últimos 3 meses hemos visto 3 casos, frecuencia absolutamente desproporcionada con el consumo actual de paracetamol. Pero hay un estudio hecho en Inglaterra, país típicamente protagonista de la intoxicación por paracetamol, donde se preguntó a los pacientes por qué habían utilizado paracetamol para intoxicarse. En la mayoría de los casos contestaron que a través de la información dada por los medios de comunicación supieron que aquél era un producto tóxico. Por supuesto los pacientes ignoraban que había un período hábil para ser tratados convenientemente, así como otros detalles técnicos, pero lo utilizaron porque la prensa diaria había informado de que el paracetamol era la primera causa de intoxicación en aquel país. En nuestro medio creo que nadie conoce todavía a nivel popular que el paracetamol puede ser un «buen» fármaco para intoxicarse. Puede que este hecho expli-

que en parte nuestra baja incidencia en esta intoxicación, por supuesto referida sólo a adultos.

S. ERILL: Hay datos recientes que demuestran que la susceptibilidad del paracetamol puede variar según los individuos. Evidentemente, ésta no puede ser la explicación de la menor frecuencia de accidentes en España, pero es realmente curioso. Precisamente con este fármaco se ha demostrado qué diferencias étnicas condicionan diferencias en la respuesta tóxica, y en mi opinión este hecho tiene un interés notable, aunque evidentemente se aparta del tema en discusión.

P. MUNNÉ: El Dr. Santos García ha afirmado que los productos de uso doméstico (limpieza de hogar) constituyen la primera causa de intoxicación en pediatría. En cambio, en la práctica totalidad de los estudios publicados aparecen los fármacos como la principal causa de

intoxicación en el niño. Esta disparidad podría obedecer a que los datos provienen de dos fuentes distintas. En las publicaciones constan los casos asistidos en un hospital, a diferencia de lo expuesto por el Dr. Santos García, que recoge casos que sólo han solicitado información telefónica. Probablemente algunos son tan banales que no inducen a la familia a ir al hospital o quizás interpretan como más grave la intoxicación por un medicamento, acudiendo en este caso a urgencias sin más dilación.

Creo que en los servicios de información toxicológica extranjeros ocurre algo similar, igualándose los productos domésticos a los fármacos pero no superándolos.

Por último cabe decir que debido a la moderada difusión del servicio de información español, quizá los datos pueden resultar sesgados.