

Reflexiones sobre intoxicaciones infantiles

Sr. Director:

Recientemente se ha publicado un estudio sobre intoxicaciones infantiles realizado en el Hospital Infantil La Fe de Valencia con resultados similares a los referidos en la bibliografía¹. Así, se detecta un predominio de varones, de 0-4 años y de intoxicaciones no medicamentosas. Algunos autores refieren un mayor número de intoxicaciones medicamentosas en los niños atendidos en el servicio de urgencias y de no medicamentosas entre los hospitalizados² concordante con el descenso de las hospitalizaciones por intoxicaciones por fármacos y el incremento de las causadas por productos del hogar en los últimos años atribuido a la comercialización de los medicamentos en frascos y tapones de seguridad³. Dentro de las intoxicaciones medicamentosas, el grupo terapéutico principal está representado por los analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos, fundamentalmente el paracetamol² y, en las sustancias no medicamentosas, revisten especial importancia las ingestiones de cáusticos porque el tratamiento de estos pacientes provoca ingresos hospitalarios prolongados que suponen,

además de un desequilibrio en la vida de las familias afectadas, un alto coste económico para el sistema sanitario⁴.

Según la medicina basada en la evidencia los recipientes "a prueba de niño" han sido muy efectivos en reducir las muertes infantiles por intoxicación. Después de la introducción de estos envases en Gran Bretaña y en los EE.UU., las intoxicaciones mortales en niños cayeron un 85%⁵. Sin embargo, tras la comercialización de un jarabe pediátrico de paracetamol en un envase con tapón de seguridad se observaron, en los siguientes meses, ingestiones accidentales por dicho producto porque o bien el envase disponía de tapón de seguridad pero el niño lo encontró abierto sobre la mesa o se trataba de envases antiguos con tapón simple, presentes en el domicilio o en las farmacias. Este estudio demuestra que la modificación del tapón de los jarabes es solo plenamente efectiva con medidas adicionales como devolver los envases antiguos y mantener cualquier producto tóxico fuera del alcance de los niños⁶.

El sabor de la medicación, particularmente de las suspensiones orales, es esencial para la aceptación por el paciente pediátrico, cumplimentación de la

terapéutica y resultados. En un estudio aleatorio y ciego simple, niños de cuatro a ocho años de edad probaron y olieron varias medicaciones y las calificaron usando una escala visual de expresión facial, la cual se transcribió a una escala numérica de uno ("realmente malo") a cinco ("realmente bueno")⁷. Sin necesidad de un diseño sofisticado, madres y niños comentan en la consulta el sabor de las diferentes formulaciones. Un sabor agradable facilita la cumplimentación del tratamiento pero también puede incrementar las intoxicaciones accidentales si no se utilizan medidas preventivas adecuadas.

El Área para el Uso Racional del Medicamento de la Conselleria de Sanitat de Valencia ha remitido, con periodicidad mensual durante años, a cada médico de familia y pediatra de Atención Primaria, su Perfil Terapéutico. El nombre genérico, el número de envases, el importe económico, las especialidades farmacéuticas y los principios activos más prescritos, los resultados económicos por colegiado comparados con el año anterior y con el global del área y, lo más importante, por cada especialidad la propuesta de una especialidad farmacéutica equivalente definida como aquella que teniendo el/los mismos principios activos a las mismas dosis y

cantidad y con la misma forma farmacéutica tiene el menor precio. "El ahorro potencial total del mes prescribiendo especialidades equivalentes habría sido de...". No creo que el cálculo sea tan sencillo si nos atenemos a las medidas de seguridad y palatabilidad descritas anteriormente.

Si, además, los esfuerzos preventivos deben concentrarse más que en las sustancias con alta frecuencia de exposición en las intoxicaciones que poseen un riesgo mortal o casi-mortal siguiendo a la exposición⁸ y estas sustancias pueden variar según el medio, podría pensarse que la capacidad de actuación desde Atención Primaria se minimiza.

No, el pediatra de Atención Primaria puede recomendar unas normas básicas de prevención de las intoxicaciones infantiles: 1) Recipientes y cierres de seguridad obligatorios tanto en medicamentos como en productos de uso doméstico altamente tóxicos. 2) Guardar los medicamentos y productos tóxicos (detergentes, insecticidas, pegamentos, pilas alcalinas...) en su envase original, en lugar distinto a los alimentos y fuera del alcance de los niños (preferiblemente en un armario cerrado con llave). 3) Evitar tomar medicamentos en presencia del niño. 4) Disponer del número telefónico del centro de

atención primaria y del servicio de información toxicológica^{4,9-12}.

Bibliografía

1. Casaní Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Intoxicaciones en la infancia. Resultados del Hospital La Fe. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 502-511.
2. Durá Travé T, Juste Ruiz M, González Montero R, et al. Intoxicaciones en la edad pediátrica (0-15 años). Edad preescolar y adolescencia como factores de riesgo. *Act Ped Esp* 1997; 55: 115-120.
3. Marchi AG, Messi G, Renier S, et al. The risk associated with poisonings in children. *Vet Hum Toxicol* 1994; 36: 112-116.
4. Arroyo Mansera C, Fernández Ferrandis S, Cano Novillo I. Ingesta de cáusticos: Repercusiones sanitarias de una patología de origen social. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 433-438.
5. Lyons R. Childhood injuries-Injury Prevention. *Health Evidence Bulletins Wales*, 2 abr. 1998. [Consulta: 8 mayo 2002].
6. de Haro L, Tichadou L, Prost N, Sourdet B, Perringue C, Drouet G, Rodor F, Valli M, Arditti J. Accidental ingestion of paracetamol in the form of the pediatric syrup Efferalgan: case studies during the six months following the institution of the child-proof top. *Therapie* 2000; 55: 709-711.
7. Powers JL, Gooch WM 3rd, Oddo LP. Comparison of the palatability of the oral suspension of cefdinir vs. amoxicillin/clavulanate potassium, cefprozil and azithromycin in pediatric patients. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S174-180.
8. Litovitz T, Manoguerra A. Comparison of pediatric poisoning hazards: an analysis of 3.8 million exposure incidents. A report from the American Association of Poison Control Centers. *Pediatrics* 1992; 89 (6 Pt 1): 999-1006.
9. Colli R, Corvo M, Bianchi GA. Le intossicazioni acute accidentali. Considerazioni e casistica in Brianza. *Minerva Pediatr* 1994; 46: 99-107.
10. Bedoya Pérez R, Andres Martin A, Fijo López-Viota J, et al. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones accidentales atendidas en un hospital pediátrico. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 38-42.
11. Petridou E, Polychronopoulou A, Kouri N, et al. Unintentional childhood poisoning in Athens: a mirror of consumerism? *J Toxicol Clin Toxicol* 1997; 35: 669-675.
12. Brayden RM, MacLean WE, Bonfiglio JF, et al. Behavioral antecedents of pediatric poisonings. *Clin Pediatr Phila* 1993; 32: 30-35.

C. Casaní Martínez

Especialista en Pediatría.

CS de Segorbe y Soneja.

Castellón.

Hospital Infantil La Fe. Valencia.

