

Intoxicación aguda en Barcelona. Epidemiología y consideraciones sobre su terapéutica

J. Carní *, M. Frati * y M.L. Martín **

*Departamento de Farmacología y Terapéutica y
Departamento de Bioestadística. Facultad de
Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
Bellaterra, Barcelona*

Publicado en la Revista MEDICINA CLINICA
Vol. 75 - Núm. 7 - 25 Octubre 1980 - Págs. 287 al 291

Intoxicación aguda en Barcelona. Epidemiología y consideraciones sobre su terapéutica

J. Camí *, M. Frati * y M.L. Martín **

*Departamento de Farmacología y Terapéutica y
Departamento de Bioestadística. Facultad de
Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
Bellaterra, Barcelona*

Acute intoxications in Barcelona. Epidemiology and therapeutic considerations

During the first semester of 1977, 330 patients were admitted with acute intoxication to a general hospital in Barcelona, representing 1.8 % of the total admissions through the Emergency Room during that time. The patients with acute intoxication were distributed as follows: 48.2 %, voluntary intoxication; 39.1 %, household accidents; and 11.8 %, acute alcoholic intoxication. While most household accidents occurred in children less than 5 years of age (87.5 %), suicidal attempts were seen mostly between ages 13 and 30. Regarding sex distribution, 68.6 % of suicidal attempts occurred in females, while males accounted for 82.1 % of admissions for acute alcoholism. No seasonal distribution of the different types of intoxication could be detected. Concerning the type of toxic compound implicated, household accidents were due principally to drug ingestion (47.7 %) followed by ingestion of caustics, detergents, and other cleansing products (37.1 %), while most (88.8 %) suicidal attempts were due to drug ingestion. In both cases the drugs more frequently utilized were, in this order, barbiturates, benzodiazepines, alcohol, analgesics, and antidepressants. As far as it regards gravity of intoxication, benzodiazepines offered the greatest margins of security. It was observed that gastric cleansing was carried out independently of the age and level of consciousness of the patient and without regards to the time elapsed between ingestion of the offending agent and first evaluation. It was also noted that diuresis was enhanced in 40 % of cases without pharmacological justification. Finally, therapeutic plans are discussed and measures to rationalize them are proposed.

Med Clín (Barcelona) 75: 287-291, 1980

Introducción

Las intoxicaciones agudas constituyen uno de los fenómenos médico-sociales de mayor actualidad y de creciente importancia en nuestro medio. A pesar del interés con que este tema ha sido abordado en la mayoría de países desarrollados del mundo, contrasta en nuestro país tanto la dificultad para caracterizar epidemiológicamente este problema, en base a los escasos datos existentes, como la inexistencia de ningún centro coordinado para este tipo de problemas.

Actualmente, los patrones de intoxicaciones agudas a nivel mundial, nos definen que el problema consiste básicamente en dos grandes apartados: los accidentes domésticos, de gran predominio entre los niños menores de 5 años y las intoxicaciones voluntarias, aparecidas sobre todo entre los 15-30 años de edad. Además, se asiste a un cambio radical en el tipo de tóxico causante, emergiendo decididamente las intoxicaciones agudas debidas a fármacos. Paralelamente se observa una disminución progresiva de la mortalidad por estas causas, sin lugar a dudas por la creciente centralización global del problema, la paulatina formación de especialistas y el progreso en las técnicas de asistencia en los estados de emergencia, entre otras razones¹. En España, parece que las intoxicaciones accidentales suponen un 11 % de todos los accidentes anuales de la infancia². Estos accidentes se producen en un 40-60 % de los casos por ingestión indebida de medicamentos, se-

* Departamento de Farmacología y Terapéutica.
** Departamento de Bioestadística.

Manuscrito aceptado el 14-2-1980.

guidos de un 18-45 % de los casos debidos a la ingesta accidental de productos de indole doméstica³⁻⁵. En cuanto a las tentativas de suicidio, se calcula que en la provincia de Barcelona se producen anualmente unas 2.500 tentativas, con una proporción de 100 intentos por cada suicidio consumado⁶. Aproximadamente, un 80 % de los casos de tentativa de suicidio se realiza mediante la ingestión de fármacos. En ambas circunstancias, los fármacos de incidencia más notable son los psicofármacos y los analgésicos^{6,7}. En general, las intoxicaciones agudas son atendidas en el centro de urgencias hospitalario más cercano, en ningún caso no suponen más del 3 % del total de ingresos por todas las causas. El objetivo de este trabajo ha sido doble, por un lado, estudiar globalmente las características epidemiológicas de los ingresos por intoxicaciones en un hospital general de nuestra área sanitaria; por otro lado, conocer el estado actual de la asistencia a estos enfermos en base a la no existencia de ningún tipo de coordinación ni especialización en este sentido.

Material y método

Se ha estudiado el total de los ingresos por intoxicaciones agudas habidas en un hospital general de Barcelona*, durante seis meses (período de enero a julio de 1977). Se recogieron un total de 330 ingresos, que supusieron un 1,8 % del total de los ingresos en el servicio de urgencias en este período. Los datos fueron recogidos retrospectivamente de cada una de las historias clínicas archivadas en el archivo general. A pesar de la precariedad de esta información, en general poco amplia, los datos obtenidos fueron suficientes para determinar las características clínicas de la intoxicación, el tratamiento establecido, así como el diagnóstico presumible del tóxico causante. Debido a que no existe un laboratorio de toxicología analítica en el hospital, sólo en 10 casos se obtuvo una confirmación analítica del tóxico causante, aunque con relativo valor, bien por estar por debajo de los niveles considerados tóxicos, bien por conocerse el resultado cuando el enfermo estaba ya de alta, motivo por el cual este registro no se incluyó dentro de todos los datos analizados. Todos los datos fueron procesados en el Centro de Cálculo de la Universidad Autónoma de Barcelona a través de un programa en Fortran IV de elaboración propia.

Resultados

Distribución general. Del total de las intoxicaciones registradas en este período (330), 159 (48,2 %) correspondieron a tentativas de suicidio, 129 (39,1 %) a accidentes domésticos, 39

TABLA 1
Distribución de las intoxicaciones según la edad

Edad	Intoxicaciones accidentales		Intoxicación voluntaria		Intoxicación etilica aguda	
	%	% acumulativo	%	% acumulativo	%	% acumulativo
0-1	19,4	19,4	—	—	—	—
2-5	67,4	86,8	—	—	—	—
6-12	1,5	88,4	0,6	0,6	2,8	2,6
13-30	4,7	93,0	65,4	66,0	43,6	46,1
31-45	2,3	95,3	18,9	84,9	35,9	82,0
> 45	4,7	100,0	15,1	100,0	18,0	100,0

TABLA 2
Tóxicos implicados

<i>Intoxicación accidental</i>	
12	Butalbitol asociado
11	Benzodiacepinas
11	Analgésicos (8 aspirina)
5	Antibióticos
5	Antihistamínicos
19	Otros
63	en total
<i>Intoxicación voluntaria</i>	
63	Barbitúricos (73 % butalbitol asociado)
61	Benzodiacepinas
13	Antidepresivos
10	Analgésicos
8	Alcohol
8	Fenotiacinas
4	Otros
167	en total

(11,8 %) a intoxicaciones etilicas agudas y 3 (1,0 %) a ingresos motivados por intoxicaciones profesionales. Frente al total de ingresos observados en este servicio de urgencias, las intoxicaciones agudas supusieron un 1,8 % de los casos observados. *Características personales.* Se estudiaron estos casos según la edad, el sexo y el día de ingreso en el servicio de urgencias. Así, tal como puede observarse en la tabla 1, el 86,8 % de las intoxicaciones accidentales aparecieron en niños menores de 5 años, el 65,4 % de las tentativas de suicidio entre los 13-30 años de edad y las intoxicaciones etilicas agudas tanto en jóvenes como en adultos. Un 20,3 % de las tentativas de suicidio se presentaron en pacientes con antecedentes de uno o más intentos en este sentido. En cuanto al sexo, las intoxicaciones accidentales se reparten entre ambos sexos (59,8 % varones y 40,2 % mujeres). En este sentido, el total de los ingresos por todos los motivos en este servicio de urgencias y durante este mismo período se repartió casi de la misma forma (54,7 % varones y 45,3 % mujeres), difiriendo sensiblemente de la distribución general de la

población de Barcelona, según datos del Instituto Municipal de Estadística relativos al censo general de 1977 (47,3 % varones y 52,7 % mujeres) (p < 0,01). Ahora bien, mientras las tentativas de suicidio se manifiestan preferentemente entre las mujeres (68,6 % mujeres frente a 31,4 % varones) (p < 0,001), el fenómeno de la intoxicación etilica aguda aparece sobre todo en varones (82,1 % varones frente a 17,9 % mujeres) (p < 0,001). Estudiados los ingresos según el día de la semana o según la semana o mes de entrada, no se pudo observar diferencia alguna con un riesgo del 5 % en la distribución de frecuencias, ni en general, ni según el tipo específico de intoxicación. Este dato contrasta, por ejemplo, con la distribución estacional observada con los ingresos debidos a reacciones alérgicas en el mismo período. *Tóxico implicado.* Los tóxicos implicados en las intoxicaciones accidentales, difieren de los involucrados en las tentativas de suicidio. En ambos casos los fármacos ocupan un papel preponderante. Así, las intoxicaciones accidentales fueron debidas en un 47,7 % de los casos a fármacos, en un 37,1 % a detergentes, cáusticos u otros productos de limpieza y en un 14,4 % a otras causas. En cambio, en un 88,8 % de las tentativas de suicidio se utilizaron fármacos mientras que sólo en un 4,8 % se utilizaron detergentes, cáusticos o gas, desconociéndose el tóxico implicado en un 6,4 % de los casos. En cuanto al tipo de fármacos, cuando éstos son el tóxico implicado, también se observan diferencias según el tipo de intoxicación que se trate. Así, tal como puede observarse en la tabla 2, mientras las intoxicaciones accidentales por fármacos son debidas a una diversidad de ellos (36,5 % psicofármacos y 17,5 % analgésicos), el 91,6 % de los fármacos implicados en las tentativas de suicidio fueron psicofármacos.

* Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo.

Si se analizan los principales tóxicos implicados (psicofármacos y analgésicos) en la mayoría de las intoxicaciones agudas e independientemente del tipo de intoxicación, se observa como un 34 % fueron barbitúricos, un 32 % benzodicepinas, un 19 % alcohol, un 9,5 % analgésicos y el 5,5 % restante, antidepressivos. Sólo en un 20,7 % de los casos el paciente ingirió dos o más fármacos.

Características del estado clínico del paciente. A pesar de que sólo en un 80 % de los casos se pudo obtener información suficiente sobre el estado clínico y la evolución del paciente, puede generalizarse que el grado de morbilidad se observó diferente según el tóxico implicado y no según la característica de la intoxicación.

En general sólo se observó un estado clínico de coma grado II o más en intoxicaciones por psicofármacos, mientras que las intoxicaciones por analgésicos registradas en este período no supusieron una grave alteración del nivel de consciencia. En cuanto a los psicofármacos, la gravedad del coma (grado II o más) se observó en cuatro fármacos distintos y por este orden: en un 27,7 % de las intoxicaciones por antidepressivos, en un 21,1 % por barbitúricos, en un 11,8 % etilismo agudo y sólo en un 3,1 % fueron debidas a benzodicepinas.

En cuanto a la evolución, mientras sólo un 10 % de las intoxicaciones accidentales y un 5 % de las intoxicaciones éticas agudas tuvieron que permanecer más de 24 horas en el hospital, en el caso de las tentativas de suicidio, un 31,8 % de los pacientes tuvieron que permanecer más de 24 horas en el hospital, registrándose además las únicas muertes (cuatro) en este apartado.

Tratamiento establecido. Se estudiaron las medidas tomadas frente a los diversos casos de intoxicaciones agudas, se pudo evaluar que no existían los mismos criterios para el racional abordaje de estos pacientes. Por otro lado, se constató como algunas medidas terapéuticas, hoy día internacionalmente reconocidas, no formaban parte de la rutina de los médicos que atendieron estas intoxicaciones (nos referimos, por ejemplo, a la no existencia de la práctica de la inducción del vómito con eméticos y a la falta de utilización de adsorbentes del tipo del carbón activado). Así, aparece una práctica sistemática del lavado gástrico acompañado

o no de la inducción de diuresis forzada, también ésta sistemáticamente acompañada de la alcalinización de la orina.

Se estudian en este apartado las características del tóxico, de la intoxicación y del estado del paciente, en función de la medida terapéutica utilizada. Se procedió al análisis de 170 casos tratados, 105 de ellos con un lavado gástrico, 34 de ellos con diuresis forzada y 41 de ellos de una forma mixta con las dos medidas antes citadas.

Lavado gástrico. Del total de los 146 casos en los cuales se aplicó el lavado gástrico, en un 84 % de los casos se tuvo conocimiento previo presumible de la cantidad de tabletas ingeridas, mientras que sólo se desconocía en un 14 % y en el 2 % restante no se pudo obtener esta información. Uno de los requerimientos básicos en la inducción del lavado gástrico es el conocimiento del tiempo transcurrido entre la ingesta del tóxico y la primera atención médica. En nuestro caso, en un 46,6 % de los casos en los que se realizó el lavado gástrico, el tóxico había sido ingerido en un período igual o inferior a cuatro horas; mientras que en el 45,2 % de los casos se desconocía o no constataba tal eventualidad, en 12 casos (8,2 %) se realizó el lavado gástrico en pacientes de los que se conocía que habían transcurrido hasta 16 y 24 horas entre la ingesta del fármaco y la aplicación del lavado gástrico. Por último, es conocido el riesgo y la dificultad de la realización del lavado gástrico en pacientes conscientes. En nuestro estudio se observó que sólo en un 21 % de los casos se realizó el lavado gástrico, con el enfermo intubado, y con un nivel de conciencia en coma grado 2, 3 ó 4. En un 16 % de los casos no se pudo

obtener este tipo de información, pero en un 63 % de los casos que se realizó lavado gástrico, éste se procedió en enfermos conscientes.

Diuresis forzada. Generalmente, se realizó diuresis forzada con alcalinización de la orina, de una forma sistemática e independientemente del tipo de tóxico y del tiempo transcurrido entre la ingesta y la primera atención. En la tabla 3 se puede observar como sólo en un 60 % de los casos (barbitúricos y salicilatos) se realizó esta medida con fundamento farmacológico; dejando aparte cinco casos en los que se desconocía el tóxico implicado, el resto de diuresis forzadas se estableció ante una gama muy variada de tóxicos, ninguno de los cuales es candidato a este tipo de medida.

Discusión

Las intoxicaciones agudas son motivo de especial atención en muchos países, considerándose actualmente como un problema que progresivamente adquiere proporciones epidémicas⁸.

La inexistencia en nuestro medio tanto de profesionales como de centros especializados en la información y asistencia toxicológica ha sido el móvil fundamental de este trabajo. Por un lado, la necesidad imperiosa de obtener un conocimiento detallado de las características epidemiológicas de las intoxicaciones agudas en nuestro medio, base necesaria para una futura y correcta planificación de los mencionados centros. Por otro lado, y como consecuencia de esta falta de atención específica al tema, la sospecha, desgraciadamente fundamentada en este trabajo, de que el abordaje del paciente intoxicado no se realiza de una forma correcta y racional en todos los sentidos.

En efecto, según los datos obtenidos, el volumen total de intoxicaciones detectado en este hospital (1,8 % del total de ingresos por urgencias) es aparentemente inferior al esperado, aunque comprensible si se tiene en cuenta que no existen centros específicos y que por lo tanto, los pacientes intoxicados son atendidos en el centro de urgencias más cercano, con la consiguiente máxima dispersión de los datos.

La distribución general del tipo de intoxicaciones en dos grandes apartados

TABLA 3
Diuresis forzada y tóxico implicado

Tóxico	N.º de casos
Barbitúricos	42
Salicilatos	3
Benzodicepinas (BZD)	9
BZD y antidepressivos	3
BZD y alcohol	2
Antidepressivos	2
Antidepressivos y fenotiacinas	2
Barbitúrico de acción corta	1
Alcohol	1
Fenilbutazona	1
Aguarrás	1
Fenotiacina	1
Desconocido	5
Total	73

(intoxicaciones accidentales y tentativas de suicidio) se corresponde con los patrones generales observados en la mayoría de países. Quizá debe hacerse especial mención al elevado número de casos debidos a intoxicaciones etílicas agudas (11,8%), cifras que deberán estudiarse más detenidamente en posteriores estudios que abarquen la totalidad de centros sanitarios que reciben más específicamente este tipo de enfermos (urgencias psiquiátricas, por ejemplo).

Las intoxicaciones accidentales aparecen en su mayoría en niños menores de cinco años de edad, mientras que las tentativas de suicidio aparecen mayoritariamente en edades jóvenes. A su vez, mientras las tentativas de suicidio acontecen especialmente en mujeres, las intoxicaciones etílicas agudas son características para los hombres. Datos todos ellos que se presentan similares a los descritos en otros medios para este tipo de fenómenos. Contrariamente a lo reseñado por otros autores⁷ no se encontró ningún tipo de distribución estacional mientras así sucedía en este mismo período con los ingresos por urticaria aguda.

En cuanto al tóxico implicado, debe resaltarse que actualmente la mayoría de las tentativas de suicidio se realizan mediante fármacos, en contraste con el papel aún importante que tienen los cáusticos y productos de limpieza domésticos en el apartado de las intoxicaciones accidentales.

De acuerdo con los datos observados en otros países, los psicofármacos y los analgésicos también son aquí los principales fármacos implicados. Debe resaltarse el incremento de las entradas por benzodiazepinas, a expensas de los barbitúricos, aunque este intercambio aún no se presenta tan contrastado como en otros medios⁹. También se observa aquí la progresiva aparición de intoxicaciones agudas por antidepresivos y la inexistencia, por ahora, de casos debidos a paracetamol, sin lugar a dudas en correlación con los hábitos de prescripción de nuestro medio.

Caso especial lo constituyen los casos detectados de intoxicación por barbitúricos puesto que la mayoría se deben a la ingesta del preparado Optalidón[®] de Sandoz. Se trata de una especialidad farmacéutica que contiene por gragea 50 mg de butalbital, 125 mg de aminofenazona y 25 mg de cafeína. Se trata de un preparado expendido como analgésico no hipnótico (sic) y realmente utilizado profusamente para dolores y malestares de todo tipo. Se obtiene sin receta médica y constituye (en base a las cifras de ventas y a su real popularidad) uno de los principales protagonistas de la automedicación en nuestro medio. A pesar de que el fabricante siempre ha indicado el que se «deje fuera del alcance de los niños» y de que recientemente ha procedido al cambio del envase, haciéndole menos asequible a las manos del niño, a nuestro entender el color y el sabor de sus grageas sigue siendo un factor de atracción para el niño. Esperemos que el cambio de envase juegue algún papel en el cambio positivo de estas cifras aunque lo dudamos mientras exista el grado de automedicación actual.

Otro aspecto interesante de resaltar hace referencia al grado de alteración del nivel de conciencia en función del tóxico implicado. Aunque este cálculo sea esquemático y parcial (puesto que también está en función de la cantidad de tóxico ingerido), se calculó el porcentaje de pacientes que presentaron a la entrada un estado de coma grado II o más en relación al psicofármaco ingerido (véase resultados). Así, se concluyó que las intoxicaciones más graves se presentaron en los casos de ingesta de antidepresivos y barbitúricos en confrontación con los de benzodiazepinas y en concordancia con las características farmacológicas descritas para la sobredosificación por estos fármacos. Caso aparte merece el elevado índice de gravedad (11,8%) registrado en las intoxicaciones agudas etílicas y que deberá estudiarse detenidamente en otros estudios que nos faci-

ten la exacta determinación de la alcoholemia de estos pacientes.

El segundo gran aspecto que se abordó en este trabajo fue el estudio del tratamiento establecido. En líneas generales, sabemos como la evolución de las medidas generales del tratamiento de las intoxicaciones tiende esencialmente hacia el soporte de las constantes vitales^{10,11}. Además, desde hace unos años se han ido desarrollando técnicas muy específicas así como paralelamente ha ido disminuyendo el grado de agresividad inducida al paciente con las técnicas al uso.

Desgraciadamente esto contrasta con nuestros hallazgos. En primer lugar, no se practican ni la inducción del vómito con eméticos, como alternativa al lavado gástrico en según qué condiciones y tampoco se utiliza el carbón activado como uno de los adsorbentes más eficaces que se tienen en la actualidad, entre otros ejemplos.

De esta forma, se observa como existe una práctica no fundamentada basada en la utilización sistemática del lavado gástrico y de la diuresis forzada. Así, una vez analizados los casos en que se utiliza el lavado gástrico, pudo observarse que sólo en un 45,2% de los casos había conocimiento presumible del tiempo transcurrido entre la ingesta y la primera atención que fundamentase esta medida. Mientras, en un 8,2% de los casos esta medida fue totalmente injustificada bajo este punto de vista (pasaron hasta más de 16 y 24 horas) y en el 45,2% restante de casos, la información obtenida, o no se obtuvo, o no se registró en la historia clínica. Además, al no existir la práctica de la inducción del vómito, se observó como el lavado gástrico se realizó en un 63% de los casos con el paciente consciente. La polémica existente entre la utilización del lavado gástrico o de la inducción del vómito con eméticos en función de los distintos parámetros que puede presentar la intoxicación, ha sido otra vez motivo de reciente discusión^{12,13}.

En nuestro caso creemos que existen suficientes argumentos como para pensar en que el uso del lavado gástrico es excesivo en nuestro medio. En cuanto a la diuresis alcalina forzada, realizada sistemáticamente quizás a partir de los éxitos del tratamiento de las intoxicaciones agudas por barbitúricos, se puede afirmar que en nuestro caso se realizó de una

TABLA 4
Tiempo de permanencia en el Hospital en relación con la realización de lavado gástrico y diuresis forzada

	Hasta 12 horas	Hasta 24 horas	Más de 24 horas
Lavado gástrico	76	41	29
Diuresis forzada	7	23	45

forma abusiva y sin fundamento alguno, por lo menos en un 40 % de los casos si se mira en función del fármaco implicado (véase tabla 3). Más aún, tal y como se observa en la tabla 4, 30 de los pacientes a los que se realizó diuresis alcalina forzada, fueron dados de alta máximo al cabo de 24 horas de su ingreso (7 de ellos máximo al cabo de 12 horas de su ingreso) cifra que constituye casi la mitad de los pacientes en los que se realizó esta medida.

En ningún caso debe pensarse que se trata de una práctica terapéutica exclusiva del centro aquí estudiado, sino que hemos observado, aunque no cuantificado, que se trata de una práctica generalizada en la mayoría de centros de urgencias de nuestro medio. Con lo que concluimos, en primer lugar, que en nuestra situación, está fundamentada una decidida intervención de tipo educacional, dirigida especialmente a los médicos que atienden los servicios de urgencias, en vistas a la racionalización y coherencia de las medidas generales del tratamiento de las intoxicaciones agudas y, sobre todo, en vistas a la disminución de la agresividad inducida a estos pacientes.

En segundo lugar, insistir una vez más en la necesidad urgente de que se creen centros especializados de infor-

mación y asistencia toxicológica, adecuados a nuestras exigencias propias y tal y como poseen los servicios públicos de salud de la mayoría de países industrializados.

Agradecimiento

Los autores quieren expresar su agradecimiento a los Dres. J. Nolla y J. Jover por haberles permitido el acceso a dicha documentación, así como al Centro de Cálculo de la UAB.

Resumen

Se han estudiado un total de 330 ingresos ocurridos entre los seis primeros meses de 1977 en un hospital general de Barcelona, cifra que supone el 1,8 % del total de ingresos en el servicio de urgencias en este período. El volumen de entradas se distribuye de la siguiente forma, un 48,2 % debidas a intoxicación voluntaria, un 39,1 % a accidentes domésticos y un 11,8 % a intoxicación etílica aguda. Mientras la mayoría de accidentes domésticos se presentaron en niños menores de cinco años (87,5 %), las tentativas de suicidio se presentaron fundamentalmente en edades comprendidas entre los 13 y 30 años. En cuanto a la distribución por sexos, mientras un 68,6 % de tentativas de suicidio fueron protagonizadas por mujeres, un 82,1 % de

ingresos por etilismo agudo lo fueron por varones. A su vez no pudo detectarse distribución estacional alguna, ni según el día de la semana en los tipos de intoxicaciones estudiados. En cuanto al tipo de tóxico implicado, se observó que los accidentes domésticos son debidos un 47,7 % a la ingesta de fármacos y un 37,1 % a cáusticos, detergentes y otros productos de limpieza, mientras que en un 88,8 % de las tentativas de suicidio son debidas a la ingesta de fármacos. En ambos casos, los fármacos de presentación más frecuente fueron y por este orden, barbitúricos, benzodiazepinas, alcohol, analgésicos y antidepresivos. Los datos hallados confirman que, al considerar la gravedad de efectos, existe un mayor margen de seguridad en la intoxicación por benzodiazepinas. Finalmente, se estudió el uso del lavado gástrico, observándose que esta medida se realizó independientemente de la edad y del nivel de conciencia del paciente así como del tiempo entre la ingesta del tóxico y la primera atención. Además se detectó la realización de diuresis forzada en un 40 % de casos en los que no hubo justificación farmacológica alguna. Se discuten las pautas de tratamiento y se proponen medidas para su racionalización.

BIBLIOGRAFIA

1. Matthew H, Lawson AH: Treatment of common acute poisonings, p. 4. Edinburgh y London, Ed. Churchill Livingstone, 1979.
2. Asociación Española de Pediatría: II Symposium Español de Pediatría Social. An Esp. Pediatr 7: 1, 1974.
3. Arcas R, Roca J: Intoxicaciones en Pediatría, p. 32. Barcelona, Ed. Espaxs, 1977.
4. Bueno M: Epidemiología de las intoxicaciones accidentales. Medicine (ed. esp.) 34: 19, 1977.
5. Romanos A, Blanco A, Gómez Vázquez J, García Barrón J, Jover A: Intoxicación salicilica. Medicine (ed. esp.) 34: 55, 1977.
6. Costa Molinari JM, Miró E, Gallart JM, Pujol J: El Suicidi, Monografies mèdiques n.º 15, Ed. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, Barcelona, 1977.
7. Camp J, Borràs A, Millà J, Munné P, Anguita A: Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Análisis epidemiológico de 300 casos de intento de autólisis por ingesta de medicamentos. Med clin (Barcelona) 69: 178, 1977.
8. Goulding R: Clinical toxicology, p. 2. En: Boyland E, Goulding R, ed. Toxicology 2, The Modern Trends Series. Butterworths, 1974.
9. Proudfoot AT, Park J: Changing pattern of drugs used for self-poisoning. Br Med J 1: 90, 1978.
10. Goulding R: Self-poisoning. Br J Hosp Med 5: 249, 1971.
11. Goulding R: Drug overdosage. Br J Hosp Med 8: 293, 1972.
12. Blake DR, Bramble MG, Grimley Evans J: Is there excessive use of gastric lavage in the treatment of self-poisoning? Lancet 2: 1.362, 1978.
13. Needham CD: Gastric lavage for self-poisoning. Lancet 1: 113, 1979.