

# MANEJO CONJUNTO DE INTOXICACIONES EN EDAD PEDIÁTRICA UCI-PEDIATRÍA HGUA



Laura Ureña Horno y María González Sanz

Tutores: Pedro J. Alcalá, Olga Gómez

Colaboración: Trabajo social HGUA (María José Garu)

# Caso clínico. Anamnesis

- Niño de **15 meses** de edad que acude a UPED por **excesiva somnolencia de una hora de evolución**
- Previamente asintomático
- Respuesta parcial a estímulos en domicilio
- No antecedentes de traumatismo
- Afebril

# Caso clínico. Exploración física

- EF: **Taquicardia** con resto de constantes (TA, sat, temp) normales. Glasgow 10/15 (M 4 V3 O 3)
- Hipotonía con respuesta motora de retirada al dolor. Rigidez de miembros con flexión MMSS
- Mirada fija con **midriasis bilateral**
- Resto de sistemas sin hallazgos patológicos

# Diagnóstico diferencial

Hipoglucemia

Glucemia capilar normal  
No signos de deshidratación

Crisis convulsiva

Diazepam rectal sin mejoría

Infección SNC

**AS:** Fórmula normal (hipertransaminasemia leve) + Afebril

Lactoacidosis/tno. metabólico

**Gasometría** con acidosis respiratoria leve

Hemorragia/isquemia cerebral

**TAC:** No signos de isquemia/sangrados. No malformaciones ni lesiones ocupantes de espacio

Intoxicación aguda

**¿TÓXICOS EN ORINA?**

# Pruebas analíticas

## Determinación en orina

### + Cannabiodes/benzodicepinas

- Detección cualitativa/no cuantitativa
- Tras un consumo puntual determinación positiva 3-7 días
- Falsos (+): Inhibidores bomba de protones/ibuprofeno

# Ingreso en UCI

- Monitorización y vigilancia neurológica
  - ▣ GSC 10 puntos (O2, V3, M5)
- Confirmación de tóxicos en orina
- Pendiente decisión Juzgado de Guardia

# Evolución en UCI

- A las 12 horas de ingreso:
  - ▣ Estable hemodinámicamente
  - ▣ GSC 15 puntos. Sin crisis comiciales
  - ▣ Normalización gasométrica
  - ▣ Tolerando vía oral
- Se decide vigilancia 24 horas y es dado de alta a planta

# Cannabis: generalidades

Droga ilegal más consumida en España

9-THC principal componente psicoactivo (Hachís > marihuana)

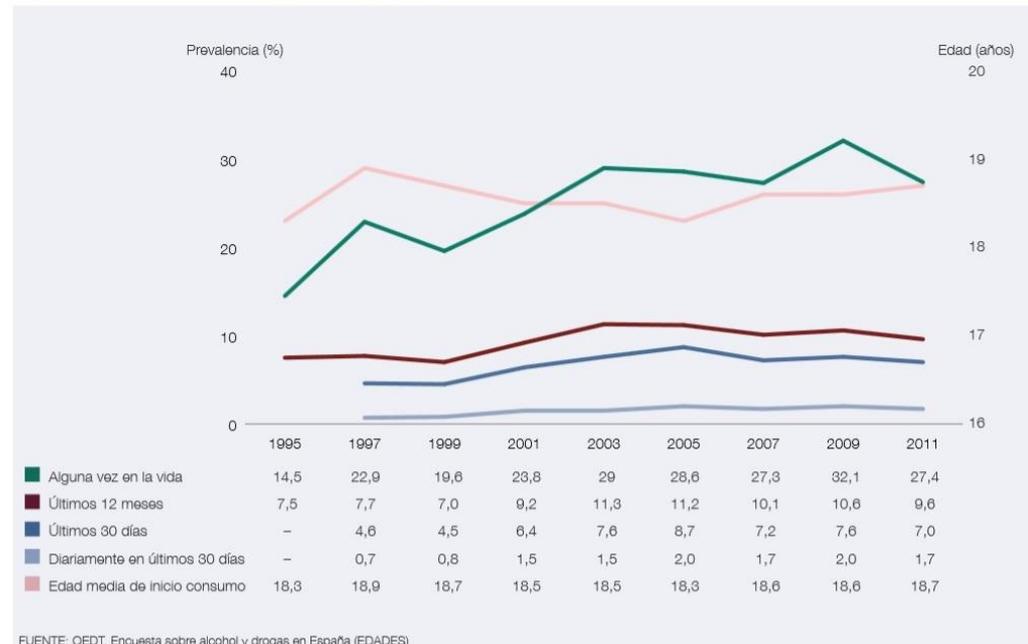
Principal vía de consumo inhalatoria

## PEDIATRÍA

-Oral (5-10%): más duradera, lenta y variable

-Consumo pasivo: lactancia materna

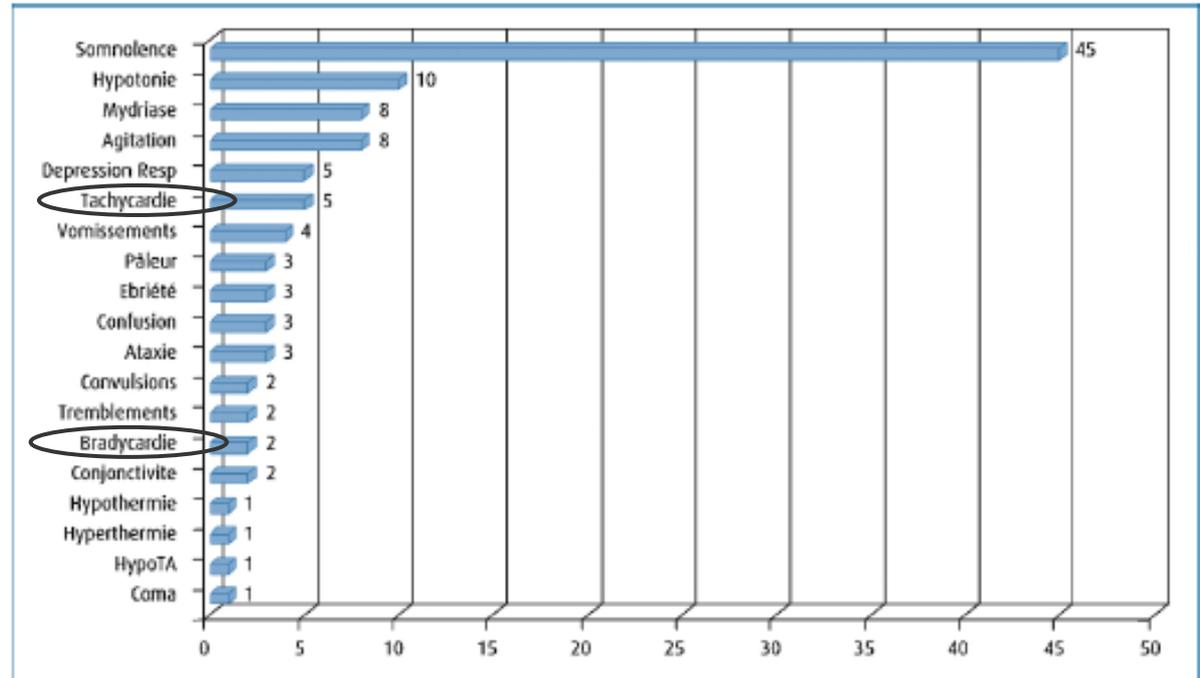
Evolución de la prevalencia de consumo de cánnabis y edad media de inicio en el consumo de cánnabis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EADAES)

# Efectos de la intoxicación por cannabis en Pediatría

Somnolencia  
Hipotonía  
Midriasis  
Taquicardia  
¿Convulsiones?



Spadari M, accidentelles par cannabis chez l'enfant: experience du centre antipoison de Marseille. Presse Med. 2009

# Tratamiento

- ❑ Medidas de soporte (ABC)
- ❑ Control temperatura
- ❑ Lavado gástrico y carbón activado(\*)
- ❑ Benzodiazepinas (clorpromazina/haloperidol)
- ❑ Cannabidiol ( fase experimental)
- ❑ Flumazenilo

## Dossier

### **Intoxications graves par médicaments et/ou substances illicites admises en réanimation : spécificités pédiatriques**

Olivier Brissaud<sup>1\*</sup>, Laurent Chevet<sup>2\*</sup>, Isabelle Claudet<sup>3\*</sup>

Mt pédiatrie, vol. 11, n° 6, novembre-décembre 2008

Crippa et al. *Harm Reduction Journal* 2012, 9:7  
<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/7>



## REVIEW

Open Access

### **Pharmacological interventions in the treatment of the acute effects of cannabis: a systematic review of literature**

José AS Crippa<sup>1</sup>, Guilherme N Derenzon<sup>1</sup>, Marcos HN Chagas<sup>1</sup>, Zerin Atakan<sup>2</sup>, Rocio Martín-Santos<sup>3</sup>,  
Antonio W Zuardi<sup>1</sup> and Jaime EC Halak<sup>1</sup>

# Protocolo pediatría. Intoxicaciones

## Lavado gástrico

Dosis tóxica o letal de droga adsorbible

Primera hora tras ingesta

Vía aérea protegida

## Carbón activado

Dosis tóxica o letal de droga adsorbible

1-6 horas tras la ingesta

Tóxicos con evacuación gástrica retardada (AAS, tricíclicos)

### Dosis(oral o SNG)

-0.5-1 g/kg

Máx 10-25 gr <1a

Máx 25-50gr 1-14a

Dilución 200ml: 25gr Carbón

[ Intoxicaciones agudas ]



[ Módulo Urgencias Pediátricas ]

Autores:

Ángela Rico Rodas y Olga Gómez Pérez

Fecha de elaboración: Enero 2015.  
Fecha de consenso e implementación: Febrero 2015.  
Fecha prevista de revisión: 2015.  
Nivel de aplicación: R1



<http://www.serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2015/03/Protocolo-INTOXICACIONES-AGUDAS>

## Contraindicaciones

- Disminución de nivel de consciencia y vía aérea no protegida
- Ácidos/álcalis
- Riesgo de hemorragia intestinal/obstrucción

# Problemática social

- ¿Cómo debemos actuar los sanitarios ante un caso como éste?
  1. Notificar trabajador social/juzgado de guardia.
  2. <http://www.inclusio.gva.es/web/menor/deteccion-y-notificacion-de-la-desproteccion-infantil37c>
- ¿Cómo documentar el caso?
- **1.- Si hay sospecha o evidencia de indicadores o factores de riesgo de desprotección o maltrato infantil.** Se solicitará la actuación de los Servicios Sociales Municipales a través de la **Hoja de Notificación** , que se hará llegar a la **Unidad de Trabajo Social** del Hospital.
- **2.- Si el CASO ES URGENTE “ Grave y con riesgo de repetición ( posible desamparo)”.** Ante lesión o sospecha de abuso sexual, se realizará **Parte de Lesiones, que se mandará al juzgado de guardia ( juez o fiscal de menores)**. Se puede llamar al GRUME ( 112).
- También se realizará la **Hoja de Notificación** que se hará llegar a la **Sección de Menores**, a través de la **Unidad de Trabajo Social** si es entre semana. Y si es fin de semana se mandará al **Centro de Recepción de Menores**.
- Actuación de trabajo social