



**Viernes 25 de marzo de 2022**

**Taller:  
Manejo inicial  
del paciente intoxicado**

**Moderador:**

**Ignacio Domingo Triadó**

*Pediatra. CS Torrent 2. Torrent. Valencia.*

**Ponente/monitor:**

■ **Juan Carlos Molina Cabañero**

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.  
Madrid.*

Textos disponibles en  
**[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Molina Cabañero JC. Taller de intoxicaciones.  
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en  
Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022.  
p. 255-263.

## Taller de intoxicaciones

**Juan Carlos Molina Cabañero**

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*  
[juancarlos.molina@salud.madrid.org](mailto:juancarlos.molina@salud.madrid.org)

### RESUMEN

Las intoxicaciones constituyen el 0,3% de las consultas en Pediatría. Se definen como la exposición de un niño a una o a varias sustancias que son tóxicas o que pueden serlo en determinadas condiciones. En general, suelen tratarse de procesos poco importantes, aunque en ocasiones (5-10%) pueden causar un cuadro grave con riesgo vital. Por esta razón, abordar estos cuadros de forma correcta es fundamental, tanto para evitar acciones terapéuticas inadecuadas, como para no subestimar situaciones graves. La vía más frecuente de intoxicación es la vía oral, pero también puede ser por contacto, o inhalación. Desde el punto de vista conceptual y del abordaje terapéutico, las intoxicaciones se clasifican en: "intoxicaciones accidentales" que ocurren en los niños pequeños (1 a 5 años) e "intoxicaciones voluntarias" con fines autolíticos o bien recreacionales en los adolescentes. Los productos más frecuentemente implicados son los fármacos (paracetamol en el caso de las accidentales y psicofármacos en las intoxicaciones voluntarias), el segundo lugar lo ocupan los productos del hogar. Los síntomas más frecuentes que presentan los niños intoxicados son relacionados con el sistema nervioso central. En la mayoría de los casos no es necesario hacer ningún tratamiento específico y la observación es suficiente. Cuando se precisa la descontaminación gastrointestinal y han transcurrido menos de 2 horas de la ingestión, la medida más importante es la administración de carbón activado. El lavado gástrico, que tradicionalmente ha sido un método muy utilizado, casi nunca está indicado en la práctica habitual en Pediatría.

## INTRODUCCIÓN

La sospecha de intoxicación o contacto con un tóxico constituye el 0,3% de las consultas en un servicio de urgencias. Aunque suelen ser procesos poco importantes, en los que frecuentemente no es necesario realizar ninguna medida de tratamiento, en otras ocasiones (5-10%) puede tratarse de un cuadro grave con riesgo vital<sup>1</sup>. El aspecto más importante de la atención a los niños que han contactado con sustancias potencialmente tóxicas es saber valorar adecuadamente cada caso concreto, tanto para evitar acciones terapéuticas inadecuadas como para no subestimar situaciones graves<sup>2</sup>.

## CONCEPTO

Consiste en la exposición de un niño a una o a varias sustancias que son tóxicas o que pueden serlo en determinadas condiciones. La forma más frecuente de intoxicación es la vía oral, pero también pueden producirse por inhalación (gases), contacto dérmico (pesticidas), ocular o por la vía parenteral (errores en la dosificación de medicamentos)<sup>3</sup>.

## CLASIFICACIÓN<sup>2,3</sup>

### Intoxicaciones accidentales

Suponen entre el 70 y el 80% de las intoxicaciones pediátricas. Sus características principales son: ocurren en niños entre 1 y 6 años; no suelen ser graves; frecuentemente están causadas por un solo producto, que pertenece al entorno doméstico; y en la mayoría de los casos los padres o cuidadores consultan con relativa rapidez después de la ingestión. Se producen habitualmente en la cocina o en el comedor de la casa.

### Intoxicaciones voluntarias

Son menos frecuentes, pero más graves que las accidentales. Sus características más importantes son: se producen en los adolescentes, sobre todo del sexo femenino con problemas psicológicos; suelen estar causadas por más de un medicamento, frecuentemente con acción sobre el sistema nervioso central; tardan más

tiempo en consultar que en el caso de las intoxicaciones accidentales, y el tratamiento suele ser más complejo<sup>4</sup>.

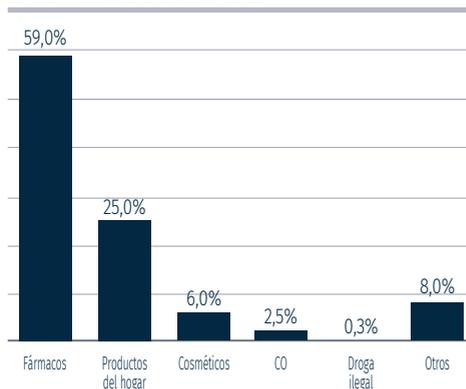
Dentro de este apartado deben incluirse las intoxicaciones con fines recreacionales de los adolescentes que consumen alcohol, drogas de "diseño" y otros tóxicos.

## ETIOLOGÍA

Los fármacos son el grupo de tóxicos más frecuente implicados en las intoxicaciones accidentales, seguidos por los productos del hogar. Dentro de los medicamentos el paracetamol es el más frecuente (15% del total de las intoxicaciones)<sup>3</sup>, aunque en algunas series recientes es superado por los psicofármacos (benzodiazepinas) y los anticatarrales<sup>5</sup>. En la **Figura 1** se muestra una relación de los productos más comúnmente implicados en las intoxicaciones pediátricas en los niños menores de 7 años<sup>6</sup>.

Las intoxicaciones voluntarias están producidas más frecuentemente por psicofármacos<sup>4</sup>. Se trata de adolescentes con enfermedades psiquiátricas (trastornos del comportamiento alimentario, depresión) que con ideas autolíticas ingieren de forma masiva la medicación que toman habitualmente. Dentro de las intoxicaciones con fines recreacionales, el etanol es el tóxico más común en nuestro medio.

**Figura 1.** Tóxicos más frecuentes en las intoxicaciones de los niños menores de 7 años<sup>6</sup>



## ACTITUD ANTE UN NIÑO QUE HA CONTACTADO CON UN TÓXICO<sup>1,7</sup>

La mayoría de los niños consultan en una situación estable, pero en ocasiones pueden presentarse como una urgencia vital. Cuando esto ocurre, deberá seguirse la secuencia de actuación ABCD para la atención de los niños en situación crítica.

### Anamnesis

#### Contacto con un tóxico conocido

Deberá realizarse una anamnesis completa para valorar la importancia de la intoxicación. Las preguntas clave son ¿qué tóxico ha tomado?, ¿qué cantidad ha ingerido? y ¿cuánto tiempo ha transcurrido desde la ingestión? Es importante calcular la cantidad máxima del tóxico que ha podido tomar el niño en función de su peso (mg de sustancia/kg del peso del niño) y comprobar si se trata de una dosis tóxica consultando los manuales de toxicología o los recursos de internet. Para calcular la cantidad que ha podido ingerir se debe preguntar por el número de pastillas que había en la caja y las que quedan, o la cantidad de líquido que tenía el bote y lo que resta en el recipiente o está por el suelo; si la estimación no puede ser hecha de forma precisa, se considerará la máxima dosis posible, y en el caso de que se trate de dos niños que han ingerido juntos el producto, se asumirá que cualquiera de los dos ha podido ingerir toda la cantidad posible. Se estima que la cantidad ingerida en un sorbo en un niño de 3 años es aproximadamente 5 ml, en un niño de 10 años son 10 ml y en un adolescente son 15 ml.

#### Contacto con una sustancia desconocida

Frecuentemente acuden los padres a la consulta refiriendo el contacto o la ingestión por parte del niño de una sustancia desconocida (pastillas que había en casa, productos domésticos no etiquetados, etc.). En estos casos se deberá intentar obtener la mayor información posible sobre el posible tóxico. Se preguntará a los padres qué tipo de medicación había en el domi-

cilio, para qué era el producto que ha ingerido el niño, dónde lo compraron y si es posible que aporten el envase y la etiqueta dónde estaba contenido. Con estos datos obtenidos puede consultarse al Instituto Nacional de Toxicología (teléfono 91 411 26 76).

#### Historia clínica sin antecedentes de haber contactado con un tóxico

En ocasiones los niños acuden a la consulta con signos sugestivos de intoxicación, pero los padres o cuidadores no refieren que el paciente haya podido contactar con alguna sustancia tóxica. En algunos casos estas situaciones pueden tratarse de intoxicaciones intencionadas o por negligencia, en las que los niños ingieren drogas de abuso que consumen los padres por un descuido de estos. En este grupo deben también encuadrarse los adolescentes que presentan síntomas por consumo de drogas con motivo recreacional, y no lo refieren en la consulta médica. En la **Tabla 1** figuran los datos sugestivos de intoxicación y en la **Tabla 2** el diagnóstico diferencial con otras en-

**Tabla 1.** Datos de la historia clínica sugestivos de intoxicación aguda

Edad de 1 a 5 años (hábito pica)
Introducción de medicación nueva en la casa (enfermedad en un familiar)
Visita o vacaciones en una casa ajena
Historia previa de intoxicaciones accidentales
Alteración aguda de la conciencia
Cambio agudo e inexplicable de la conducta
Convulsiones
Olores inusuales
Acidosis o alcalosis metabólicas
Arritmias
Vómitos incoercibles
Cianosis
Afectación de varios órganos o sistemas

**Tabla 2.** Diagnóstico diferencial de las intoxicaciones con otras enfermedades

Infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis, absceso cerebral)
Traumatismo craneoencefálico
Enfermedades metabólicas congénitas o adquiridas
Procesos obstructivos gastrointestinales (invaginación intestinal, vólvulo intestinal)
Cardiopatías descompensadas
Cuadros psicóticos

fermedades. En general, se debe sospechar una intoxicación ante cualquier cuadro de comienzo agudo, de etiología incierta y cuya expresión clínica o analítica no corresponda con las enfermedades habituales (puzzle sintomático).

### Exploración física

Deberá ser precisa y sistematizada. Se tomarán las constantes: peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Se prestará especial atención a los signos relacionados con el sistema nervioso central (nivel de conciencia y tamaño de las pupilas), aparato circulatorio (frecuencia cardíaca, alteración de la tensión arterial, arritmias), sistema respiratorio (hiper o hipoventilación) y aparato digestivo (vómitos). En el examen físico pueden encontrarse “síntomas guías” que orienten sobre el producto ingerido<sup>12</sup> (Tabla 3).

### Pruebas complementarias

La mayoría de los niños que han contactado con un tóxico no necesitan pruebas complementarias, incluso en ocasiones estas pueden retrasar las medidas de descontaminación. En la consulta de Atención Primaria debería

**Tabla 3.** Síntomas guías en las intoxicaciones

Constantes vitales	
<b>Frecuencia cardíaca</b>	
Bradycardia	Betabloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, cianidas, clonidina, colinérgicos, digoxina, hipnótico-sedantes, nicotina, opiáceos, organofosforados, parasimpaticomiméticos.
Taquicardia	Anticolinérgicos, antihistamínicos, atropina, alcohol, anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, cafeína, cianuro, CO, cocaína, fenotiazinas, fenciclidina, hierro, hipnótico-sedantes, nitroglicerina, salicilatos, simpaticomiméticos, teofilina.
<b>Frecuencia respiratoria</b>	
Lenta	Alcohol, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, benzodiacepinas, etanol, hipnótico-sedantes, opioides.
Rápida	Anfetaminas, barbitúricos, CO, metanol, salicilatos, sustancias que producen acidosis metabólica o metaheмоglobinemia.
<b>Tensión arterial</b>	
Hipotensión	Antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, betabloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, CO, cianidas, clonidina, diuréticos, fenotiazinas, hierro, hipnótico-sedantes, sustancias que causan metaheмоglobinemia (anilinas, benzocaína, fenacetina, fenazopiridina, nitritos, nitrobenzeno), opioides, teofilina.
Hipertensión	Anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, anfetaminas, atropina, cocaína, fenciclidina, fenotiazinas, hierro, IMAO, nicotina, organofosforados, teofilina, simpaticomiméticos.

continúa en pág. siguiente »

» continúa de pág. anterior

Temperatura	
Hipotermia	Antidepresivos, barbitúricos, betabloqueantes, carbamazepina, clonidina, CO, etanol, fenotiazinas, hipnótico-sedantes, hipoglucemiantes.
Hipertermia	Anfetaminas, anticolinérgicos, antidepresivos cíclicos, atropina, cocaína, fenotiazinas, IMAO, metales, quinina, salicilatos, teofilina, simpaticomiméticos.
Sistema nervioso central	
Coma	Alcohol, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, arsénico, barbitúricos, betabloqueantes, colinérgicos, CO, clonidina, etanol, fenotiazinas, hipnótico-sedantes, hipoglucemiantes, neurolépticos, opiáceos, gammahidroxi butirato, organofosforados, salicilatos.
Delirio	Alcohol, alucinógenos, anticolinérgicos, drogas ilegales, esteroides, fenotiazinas, fenciclidina, metales pesados, simpaticomiméticos (cocaína).
Convulsiones	Anfetaminas, alcanfor, alcohol, antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, bloqueantes de los canales del calcio, carbamazepina, cafeína, cocaína, privación de alcohol o hipnótico-sedantes, hipoglucemiantes orales, isoniacida, fenciclidina, lidocaína, organofosforados, plomo, propoxifeno, salicilatos, teofilina.
Ataxia	Alcohol, anticonvulsivantes, barbitúricos, CO, hidrocarburos, metales pesados, hipnótico-sedantes, disolventes orgánicos.
Parálisis	Botulismo, metales pesados.
Ojos	
Miosis	Barbitúricos, clonidina, colinérgicos, etanol, fenciclidina, fenotiazinas, nicotina, hipnótico-sedantes, opioides, organofosforados, setas muscarínicas.
Midriasis	Anfetaminas, anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresivos, atropina, barbitúricos, botulismo, cocaína, fenciclidina, glutetimida, LSD, marihuana, meperidina, metanol, simpaticomiméticos.
Nistagmo	Barbitúricos, carbamazepina, etanol, fenciclidina, fenitoína, glutetimida, IMAO, hipnótico-sedantes.
Piel	
Ictericia	Acetaminofeno, fenotiazinas, habas, metales pesados, setas, tetracloruro de carbono.
Cianosis	Sustancias que causan metahemoglobinemia (anilinas, benzocaína, fenacetina, fenazopiridina, nitritos, nitrobenzoceno).
Rosa/rojo	Ácido bórico, antihistamínicos, atropina, cianidas, CO, alcohol.
Olores	
Acetona	Acetona, alcohol isopropílico, fenol, salicilatos.
Alcohol	Etanol.
Almendras amargas	Cianuro.
Ajo	Metales pesados, organofosforados.
Gasolina	Hidrocarburos.

CO: monóxido de carbono; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; LSD: dietilamida de ácido lisérgico.

realizarse una determinación de la glucemia capilar en los niños que tengan decaimiento o disminución del nivel de conciencia. Si se dispone de un ECG, y puede realizarse sin pérdida de tiempo, estaría indicado en los pacientes que han ingerido medicamentos que producen alteraciones cardíacas como los antidepressivos cíclicos.

### Tratamiento<sup>7,8</sup>

Un elevado tanto por ciento de los niños que han contactado con una sustancia tóxica no necesitarán ningún tratamiento. Es importante conocer las sustancias que no son tóxicas, excepto si se ingieren en grandes cantidades<sup>1</sup> (Tabla 4).

### Prevenir la absorción mediante el lavado con agua

Esta medida está indicada cuando la vía de absorción del tóxico es la piel o las mucosas. Los niños, respecto a los adultos, son especialmente vulnerables a intoxicarse

a través de esta vía, debido a que tienen más superficie corporal en relación con el peso, menor grosor y mayor vascularización de la piel. Las sustancias que se absorben fácilmente por la piel y mucosas son los insecticidas, alcoholes, alcanfor e hidrocarburos.

En estos casos debe retirarse la ropa y lavar las superficies con abundante agua corriente, preferiblemente en chorro, durante un tiempo prolongado (en el caso de los ojos, 15 minutos). El personal sanitario debe adoptar medidas de protección (guantes, gafas de protección ocular, batas especiales) para no resultar contaminado mientras retira el tóxico de la piel. Las medidas para neutralizar el tóxico lavando la piel con una sustancia antagonista están contraindicadas por el riesgo de que se produzcan reacciones exotérmicas que agraven la lesión.

Los niños expuestos a inhalaciones tóxicas (CO) deben ser retirados de la zona y se les debe administrar oxígeno a la máxima concentración posible.

**Tabla 4.** Sustancias no tóxicas

Aceites en general	Incienso
Acuarelas	Jabones, geles de baño
Adhesivos	Lanolina
Aditivos de peceras	Lápices, rotuladores
Agua de retrete	Lejía (< 5% de hipoclorito sódico)
Agua oxigenada	Loción de calamina
Algodón	Lociones y cremas de manos
Ambientadores	Lubricantes
Arcilla	Maquillaje
Barras de labios (sin alcanfor)	Papel de periódico
Betún (si no contiene anilina)	Pasta de dientes (ingesta <5 mg/kg de FNa)
Bolsitas para aromatizar la ropa Brillantinas	Perfumes
Bronceadores	Pinturas sin plomo
Cerillas	Pinturas de ojos
Colas y engrudos	Plastilina
Colonias	Productos capilares
Cremas, lociones y espuma de afeitar	Talco
Champús líquidos	Termómetros
Deshumidificantes (silica gel)	Tinta (no permanente)
Desodorantes	Tiza
Detergentes (tipo fosfato, aniónicos)	Vaselina
Edulcorantes (sacarina, ciclamato)	Velas (cera de abeja o parafina)
Goma de borrar	Yeso

FNa: fluoruro sódico.

**Descontaminación gastrointestinal: carbón activado<sup>9</sup>**

El carbón activado es el tratamiento de elección cuando es necesaria la descontaminación gastrointestinal y la sustancia es susceptible de ser adsorbida por el mismo. Otras técnicas de descontaminación como el lavado gástrico, la producción del vómito, o la administración de catárticos, no han demostrado superioridad en niños frente al carbón activado y su realización puede entorpecer el envío de estos pacientes a un centro hospitalario.

**Mecanismo de acción:** el carbón activado es un polvo insoluble creado a partir de la pirolisis de una variedad de materiales orgánicos. Actúa adhiriéndose de forma directa al tóxico a lo largo de todo el trayecto intestinal; favorece el paso del tóxico desde la circulación sanguínea a la luz intestinal (efecto “diálisis intestinal”); e interrumpe la reabsorción que se produce a través de la circulación enterohepática.

El carbón activado no se absorbe ni se metaboliza, atraviesa todo el tracto intestinal hasta que es expulsado por las heces, a las que tiñe de negro.

La mayoría de las sustancias tóxicas son adsorbidas por el carbón activado; en la **Tabla 5** figura una relación de sustancias no adsorbibles por el carbón activado.

**Indicaciones:**

- Ingestión de sustancias adsorbibles por el carbón activado.
- Tiempo transcurrido desde la ingestión menor de 2 horas. No obstante, este tiempo puede ser más

prolongado (sustancias que forman conglomerados, las que entretienen el movimiento intestinal como los anticolinérgicos o las que tienen circulación enterohepática).

**Contraindicaciones:**

- Disminución del nivel de conciencia sin protección de la vía aérea.
- Ingestión de ácidos o corrosivos.
- Obstrucción o disfunción gastrointestinal.
- Riesgo de hemorragia o perforación gástrica.

**Descripción de la técnica:**

- Dosis: 1 g/kg de peso, por vía oral o sonda nasogástrica o 15 g en menores de 2 años, 30 g entre 2 y 12 años y 50-100 g en adolescentes.
- Cuando se administra de forma repetida las dosis son: 0,5 g/kg cada 4 horas, máximo 25 g por dosis.
- Preparación: el carbón activado se presenta en tabletas, polvo y como soluciones premezcladas para reconstituir con un volumen determinado de agua. Aunque carece de sabor, puede ser rechazado por el niño debido al color negro y a la textura arenosa. La forma de evitarlo es administrándolo en un vaso opaco o mezclándolo con zumo de frutas; esto no reduce su eficacia; en cambio sí que lo hace la combinación con leche, yogur, sorbetes o mermelada. Inicialmente es preferible la

**Tabla 5.** Sustancias no absorbibles por el carbón activado

Ácido bórico	Isopropanol
Ácidos minerales	Litio
Álcalis	Metanol
Bario	N-metilcarbamato
Cianuro	Pesticidas
Etolol	Petróleo y derivados
Hidróxido sódico	Plomo
Hidróxido potásico	Sulfato ferroso

vía oral, pero si no es posible se administrará a través de una sonda nasogástrica.

- Efectos secundarios: los vómitos son el más frecuente; si ocurren antes de 30 minutos de la administración del carbón, se recomienda repetir otra dosis de 0,5 g/kg. También puede producirse estreñimiento. La aspiración y la obstrucción intestinal son complicaciones graves poco habituales.

**Antídotos:** los antídotos son antagonistas que revierten o impiden la acción de un tóxico. Excepcionalmente estarán indicados a nivel extrahospitalario, salvo en situaciones de verdadera urgencia vital. En la consulta de Atención Primaria debería disponerse de naloxona (antagonistas de opiáceos), flumazenilo (antagonista de benzodiazepinas), biperideno (tratamiento de los síntomas extrapiramidales agudos causados por neurolepticos) y oxígeno para el tratamiento de las intoxicaciones por CO (Tabla 6).

**Tabla 6.** Antídotos más útiles en Pediatría extrahospitalaria

Biperideno	
Mecanismo de acción	Anticolinérgico. Su efecto terapéutico se produce por un antagonismo competitivo con la acetilcolina sobre los receptores nicotínicos
Indicaciones	Tratar la sintomatología extrapiramidal debida a fármacos neurolepticos (fenotiazinas, butirofenona) y metoclopramida
Dosis	0,04-0,1 mg/kg i.v., administración lenta, dosis máxima 5 mg, se puede repetir la dosis a los 30 minutos
Efectos secundarios	Sequedad de boca, alteración en la acomodación visual, vértigo, obnubilación, agitación, confusión, alucinaciones, delirio, cefalea e insomnio
Flumazenil	
Mecanismo de acción	Antagonista competitivo de los receptores centrales de las benzodiazepinas
Indicaciones	Corregir la sedación y depresión respiratoria inducidas por las intoxicaciones graves por benzodiazepinas, cuando las medidas iniciales de apertura de la vía aérea y el soporte respiratorio han sido ineficaces
Dosis	0,01 mg/kg i.v. en 30 segundos (dosis única máx. 0,2 mg). Si no responde, se pueden administrar dosis adicionales cada minuto, dosis total máxima de 1-2 mg en una hora o hasta que desaparezca el coma. El efecto comienza entre a los 1 o 2 minutos de su administración dura alrededor de 20 a 40 minutos
Efectos secundarios	Suelen ser leves como náuseas, vómitos, ansiedad, agitación, sensación de frío y de calor. Los efectos graves consisten en convulsiones generalizadas y arritmias cardiacas. No debe administrarse en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas, en los que están en tratamiento crónico con benzodiazepinas y los que han recibido tratamiento o están intoxicados por antidepresivos tricíclicos, difenhidramina, carbamazepina, isoniazida, cocaína, metilxantinas, isoniacida, IMAO o propoxifeno
Naloxona	
Mecanismo de acción	Antagonista sintético de los opiáceos. Actúa a nivel de los tres tipos de receptores: mu (hipoventilación), kappa (depresión del nivel de conciencia y miosis) y delta
Indicaciones	Intoxicación por opioides de cualquier tipo (morfina, codeína, heroína, hidromorfina, oxycodina, buprenorfina, meperidina, metadona, propoxifeno, fentanilo), con depresión respiratoria o coma
Dosis	0,1 mg/kg/dosis i.v., i.m. (máximo 2 mg). Si no hay respuesta, se puede repetir esta dosis cada 2-3 minutos hasta 8-10 mg. En los adolescentes con adicción a opioides: 0,2-0,4 mg/dosis, se puede repetir cada 3-5 minutos (de 0,1 en 0,1 mg/dosis), para evitar síndrome de abstinencia. La acción comienza en 1 minuto y persiste 60-90 minutos
Efectos secundarios	Precipitación del síndrome de abstinencia en adictos a opioides (agitación). Otros efectos son: edema pulmonar no cardiogénico, hipertensión, hipotensión, arritmias y convulsiones

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

### Criterios de derivación al hospital

- Niños con alteración del estado general o riesgo de deterioro.
- Pacientes que han ingerido una dosis tóxica, aunque no presenten síntomas.
- Necesidad de observación.
- Niños a los que en la consulta se les ha administrado carbón activado.
- Ingestión con ideación autolítica.
- Sospecha de malos tratos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mintegi S, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (eds). Manual de intoxicaciones en Pediatría. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2012.
2. Molina JC. Intoxicaciones agudas. En: Casado J, Serrano A (eds.). Urgencias y tratamiento del niño grave. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p.959-64.
3. Mintegi S, Fernández A, Alustiza J, Canduela V, Mongil I, Caubet I, et al. Emergency visits for childhood poisoning: A 2-year prospective multicenter survey in Spain. *Pediatr Emerg Care*. 2006;22:334-8.
4. Zubiauz O, Salazar J, Azkúnaga B, Mintegi S, Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ingesta de psicofármacos: causa más frecuente de intoxicaciones pediátricas no intencionadas en España. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:244-7.
5. Azkúnaga B, Mintegi S, Del Arco I, Bizkarra I, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Cambios epidemiológicos en las intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricos españoles entre 2001 y 2010: incremento de las intoxicaciones étlicas. *Emergencias*. 2012;24:376-9.
6. Azkúnaga B, Mintegi S, Salmón N, Acedo Y, Del Arco I, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Intoxicaciones en menores de 7 años en España. Aspectos de mejora en la prevención y tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:355-60.
7. Molina Cabañero JC. Tratamiento de las intoxicaciones. En: Casado J, Serrano A (eds.). Urgencias y tratamiento del niño grave. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p.965-70.
8. Martínez Sánchez I, López Ávila J, Barasoain Millán A, Angelats Romero CA, Azkúnaga Santibáñez B, Molina Cabañero JC, et al. Acciones que no hay que hacer ante un paciente que ha contactado con un posible tóxico. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:285-92.
9. González Díaz C, Rodríguez Ortiz A. Descontaminación gastrointestinal: carbón activado. En: Mintegi S, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de intoxicaciones en Pediatría. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2012. p. 9-14.

