

Intoxicación por «Niu Huang Jiedu Pian» “Niu Huang Jie du Pian” Poisoning

Sr. Editor:

Las intoxicaciones en niños suponen entre el 0,5–1% de las urgencias en pediatría. La mayoría tienen lugar en el hogar y la edad más frecuente es la comprendida entre el año y los 5 años de edad. Los fármacos son responsables de aproximadamente un 50% de ellas, siendo el más frecuente el paracetamol. El otro 50% corresponde a productos no farmacológicos¹.

Se presenta el caso de un lactante varón de raza china de 18 meses de edad que acude al servicio de urgencias por haber presentado una ingesta accidental de 5 comprimidos de «Niu Huang Jiedu Pian» (producto utilizado en la medicina tradicional china), hace 20 h en su domicilio (fig. 1). Se conoce la cantidad ingerida del producto por las afirmaciones de los acompañantes, quienes comunican que en el envase solamente quedaban 5 comprimidos. A las 8 h postingesta el paciente presenta un cuadro de vómitos incoercibles y dolor abdominal de tipo cólico, sin otros síntomas asociados.

En la exploración física destaca regular estado general, irritabilidad, buena hidratación y perfusión, auscultación cardiopulmonar normal sin presentar signos de dificultad respiratoria, abdomen blando, depresible, sin visceromegalias, no doloroso a la palpación, exploración otorrinolaringológica normal. Neurológico: normal sin rigidez de nuca y con signos meníngeos negativos. Constantes: tensión arterial 100/79 mmHg, FC 144 lpm, FR 15 rpm, saturación O₂ 97%, peso 11 kg.

Se canaliza una vía venosa periférica, se recogen muestras de sangre y orina, se administra ondansetron, ranitidina, sueroterapia intravenosa y se monitoriza al paciente.

Pruebas complementarias. Hemograma: leucocitos 20.400/μl (80% Neutrófilos, 15% Linfocitos, 3% Monocitos), Hb 13 g/dl, plaquetas 470.000/μl. Bioquímica: función hepática y renal normal. Iones normales. Proteína C reactiva 0,9 mg/dl. Procalcitonina 0,2 mcg/l. Gasometría: pH 7,31, pCO₂ 45 mmHg, bicarbonato 23 mmol/l, lactato 4,8 mmol/l. Análisis básico de orina: cuerpos cetónicos positivos, resto



Figura 1 «Niu Huang Jiedu Pian».

sin hallazgos significativos. Tóxicos en orina negativos. Coagulación normal.

El paciente es ingresado 48 h para observación con monitorización cardiorespiratoria y sueroterapia intravenosa mejorando la clínica digestiva y no presentando complicaciones.

«Niu Huang Jiedu Pian» es un producto usado en la medicina tradicional china para el tratamiento de todo tipo de patologías: cefalea, odinofagia, fiebre, otalgia, aftas orales, gingivitis, infecciones cutáneas como úlceras, forúnculos, etc. Sus componentes principales son Jing Yin Hua (Lonicera Japonica) Huang Qin (Radix scutellariae), Kiu Geng (Platycodon grandiflorum), Gan Cao (Radix glycyrrhizae uralensis), gypsum (calcium sulfate), calculus bovis y compuestos arsenicales (realgar As₄S₄) entre otros.

De sus componentes, los más importantes por su toxicidad son:

- Realgar (As₄S₄): en la medicina tradicional china el uso de arsénico es frecuente. El arsénico presente en forma de realgar (As₄S₄) que contiene el producto «Niu Huang Jiedu Pian» está en una concentración baja. (7±1%) y es prácticamente insoluble en estómago y fluidos intestinales².
- Lonicera Japonica tiene propiedades antibacterianas y antiinflamatorias y sus principales efectos secundarios son gastrointestinales y aumento de transaminasas.
- Calculus bovis tiene propiedades sedativas, antiespasmódicas, antipiréticas. Es antiinflamatorio y con efectos hipotensores³.

Se desconoce la dosis tóxica de este producto y la composición cuantitativa de cada uno de sus componentes no está clara. Según la referencia de «Niu Huang Jiedu Pian» la dosis que ingirió nuestro paciente era 5 veces la dosis terapéutica recomendada en niños.

En casos como el que se presenta sería conveniente solicitar a la familia que nos facilitasen los comprimidos en su envase correspondiente para poder realizar un análisis de los mismos y de esta forma conocer con exactitud el producto ingerido y su composición.

La toxicidad de productos de medicina tradicional china está documentada en su propia literatura pero solo una parte de esta información ha sido traducida al inglés siendo difícil el acceso a ella para el resto de los profesionales⁴.

En nuestro caso, debido a la barrera idiomática, recabamos la información mediante traductor telefónico, servicio de toxicología e Internet.

Aunque cada vez se invierte más en la investigación de medicamentos herbarios tradicionales hay cuestiones de difícil planteamiento como valores culturales, validez científica y relación riesgo beneficio⁵.

Con el aumento de población inmigrante (actualmente en la Comunidad de Madrid hay censadas más de 37.855 personas procedentes de China) es posible que nos encontremos cada vez con más casos de ingesta accidental de productos desconocidos, en nuestro caso de medicina tradicional.

Es necesario que todos aquellos productos potencialmente tóxicos estén correctamente envasados (tapones de seguridad, orificios de salida estrecho, empleo de blisters, presentaciones de colores no llamativos etc.) y etiquetados, identificando adecuadamente los componentes del producto^{6,7}, y que no

puedan comercializarse si no cumplen con las medidas oportunas y la normativa vigente⁸.

Bibliografía

1. Rodgers CG, Condurache T, Reed MD, Bestic M, Gal P. Intoxicaciones. En: Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF, editores. *Nelson Tratado de Pediatría*, 18ª ed. Elsevier; 2009. p. 339–45.
2. Koch I, Sylvester S, Lai VW-M, Owen A, Reimer KJ, Cullen WR. Bioaccessibility and excretion of arsenic in Niu Huang Jie Du pian pills. *Toxicol Appl Pharm*. 2007;222:357–64.
3. Yuan H. Pharmacological action of cultured calculus bovis. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*. 1991;16(2):105–8.
4. Leung AY. Traditional Toxicity Documentation of Chinese Materia Medica an Overview. *Toxicol Pathol*. 2006;34:319.
5. Tilburt JC, Kaptchuck TJ. Herbal medicine research and global health: an ethical analysis. *B. World Health Organ*. 2008;86: 594–9.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.03.006

6. Mora A, Huidobro B, Peñalba A, Vazquez P. Productos de higiene infantil: la importancia de un correcto etiquetado. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(3):313–28.
7. Pou Fernández J. Prevención de las intoxicaciones infantiles. En: Mintegui S, editor. *Manual de intoxicaciones en Pediatría*, 2ª. ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2008. p. 432–5.
8. Artículo 6 de la Directiva 67/548 CEE del Consejo Europeo, publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas (Junio 27, 1967).

A.B. Martínez López*, R. López López y P. Vázquez López

Servicio de Urgencias Infantiles, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anabelenml_8@hotmail.com
(A.B. Martínez López).

Gripe 2009–2010 en Pediatría Influenza in Paediatrics 2009–2010

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo publicado por Marès et al¹, y al hilo de sus reflexiones quisiéramos establecer una doble aportación fruto de nuestra actividad en la monitorización de la gripe en la temporada 2009–2010 en el ámbito pediátrico. Aún conscientes de que la modelización y la revisión del impacto que en salud pública, en cuanto a términos de gravedad, ha tenido hasta el momento la difusión del virus de la gripe A (H1N1) es todavía parcial².

En primer término pretendemos documentar la prevalencia de casos que motivaron valoración nosocomial, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Sanidad y Política Social³, entre los niños asistidos en nuestro medio, como exponente consistente de la morbilidad que ha exhibido la actividad gripal. En nuestra serie, que representa todos los casos pediátricos ingresados en los hospitales de Castilla y León desde junio de 2009 hasta enero de 2010, se valoraron 82 niños, que supusieron el 26,6% del total de casos graves asistidos; el 13,4% de estos necesitaron asistencia en UCI. La edad media de estos casos fue de 5,41 años, con una mediana de 3 años; el 52,4% fueron varones y el 47,6% fueron niñas. La mayoría se presentó de forma aislada, y sólo el 6,1% de los casos estuvo asociado a brotes. Su distribución en el tiempo se acomoda a la curva pandémica descrita en nuestro país^{4,5} con ocurrencia entre la semana 30 de 2009 y la semana 1 de 2010. En la sintomatología inicial de la enfermedad, un 12,2% inició con un cuadro neumónico. A pesar de la sencillez de la presente contribución, esta sitúa a nuestros pacientes pediátricos próximos a lo comunicado por autores canadienses⁶ en cuanto a prevalencia y distribución etaria, y más alejados de la experiencia bonaerense con casos graves en niños lactantes de otro contexto sociosanitario⁷.

En segundo lugar, y de acuerdo con lo referido por Marès et al¹, parece oportuno reflejar el impacto de la vacunación antigripal en el segmento pediátrico en el actual contexto. En nuestra comunidad autónoma, la prevalencia de niños vacunados con la vacuna monovalente A/California/ H1N1 fue del 13,2% (IC del 95%: 12,7–13,6%), lo que resultó ser inferior a lo documentado en el segmento de adultos de entre 18–60 años (el 18,7%; IC del 95%: 18,5–19%) y en mayores de 60 años (el 32,5%; IC del 95%: 43,5–43,9%). Este hecho apunta a la necesidad de optimizar las coberturas en la edad pediátrica. En publicaciones previas hemos constatado el bajo nivel de implantación vacunal que se alcanzaba en la edad pediátrica en temporadas de la primera mitad de la presente década⁸, siempre a mucha distancia de lo documentado en personas mayores. Sería deseable difundir desde los diferentes servicios de salud de nuestro país las coberturas alcanzadas en la vigente temporada, de cara a adoptar directrices que optimicen la vacunación, aun conscientes de que se trata de un campo con amplio dinamismo en el que nuestra posición ha sido flexible⁹. En Argentina y en el contexto de la actual situación de pandemia, el grupo ya citado⁷ ha publicado recientemente que la cobertura de la vacunación antigripal estacional en niños con indicación de recibirla fue del 16%, cifra que se asimila a lo documentado en nuestro medio.

Tal y como se señala en la contribución del grupo de la Asociación Española de Pediatría, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó¹⁰ iniciar a partir del 16 de noviembre de 2009 la vacunación con carácter voluntario. Justamente en este carácter de la voluntariedad está basada su implantación, pero el pediatra asistencial no debe ser ajeno al reto que supone la optimización de esta.

Bibliografía

1. Marès J, Rodrigo C, Moreno-Pérez D, Cilleruelo MJ, Barrio F, Buñuel JC, et al. Recomendaciones sobre el tratamiento de la gripe en Pediatría (2009–2010). *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:144.e1–e12.