
Guía de antídotos

para los centros hospitalarios de Cataluña

Junio de 2016

Última actualización: Febrero de 2019

Dirección y coordinación

Neus Rams i Pla. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

Josep Davins i Miralles. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

Autores

Raquel Aguilar i Salmerón. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Antoni Broto i Sumalla. Consorci Sanitari de Terrassa.

Eduarne Fernandez de Gamarra i Martínez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Milagros García i Peláez. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell.

M^a José Gaspar i Caro. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

Anna M^a Jambrina i Albiach. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

Lídia Martínez i Sánchez. Hospital Universitario Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat.

Santiago Nogué i Xarau. Hospital Clínic de Barcelona.

Manel Rabanal i Tornero. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

Colaboradores

Sociedad Catalana de Farmacia Clínica (SCFC).

© 2016, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento–NoComercial–SinObrasDerivadas 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

3^a edición:

Barcelona, junio de 2016. Última actualización: febrero de 2019.

Asesoramiento lingüístico:

Servicio de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

Presentación

Una *intoxicación aguda* se define como la presencia de manifestaciones clínicas posteriores a la exposición reciente a una sustancia en dosis potencialmente tóxicas. En estos casos, la administración de antídotos específicos puede desempeñar un papel importante en el tratamiento del paciente intoxicado llegando a condicionar su supervivencia, aun recibiendo un tratamiento de apoyo adecuado.

La disponibilidad de los antídotos en los distintos ámbitos asistenciales es un asunto de elevada complejidad. Existen una serie de factores que condicionan su presencia y accesibilidad, lo que dificulta la actuación de los profesionales sanitarios ante una situación que puede suponer una urgencia médica.

Por este motivo, en el año 1986 se elaboró la primera *Guía d'antídots*, modificada en el año 1988, con la finalidad de unificar los criterios de selección y utilización de los fármacos adecuados para los tratamientos de emergencias toxicológicas en cualquier servicio de urgencias de los centros hospitalarios de Cataluña.

El documento que presentamos a continuación corresponde a la tercera edición de la *Guía d'antídots*, elaborada por un grupo de trabajo multidisciplinario integrado por médicos y farmacéuticos del Grupo de Antídotos de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica y de la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria.

En esta tercera edición se han incluido nuevos antídotos que han aparecido durante este tiempo, se ha incorporado información sobre las principales indicaciones toxicológicas, se ha modificado la posología y las vías de administración y se han actualizado las recomendaciones de disponibilidad cualitativa y cuantitativa en función de la complejidad asistencial del tipo de hospital.

Esperamos que esta nueva edición de la *Guía* contribuya a aportar información relevante para los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios de Cataluña y contribuya a una mejora de la calidad en el acceso y uso de este tipo de tratamientos.

Neus Rams i Pla
Directora general de Ordenación
Profesional y Regulación Sanitaria

ABREVIATURAS

AcAD	anticuerpos antidigoxina
ADMS	ácido dimercaptosuccínico
amp.	ampolla
API	agua para inyectables
BAV	bloqueo auriculoventricular
BHE	barrera hematoencefálica
BIC	bomba de infusión continua
cáp.	cápsulas
cc	centímetros cúbicos
CCTD	carga corporal total de digoxina
dl	decilitros
DMPS	ácido 2,3-dimercapto-1-propanosulfónico
ECG	electrocardiograma
FC	frecuencia cardíaca
FFT	uso fuera de ficha técnica
FM	fórmula magistral
G6PDH	glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa
h	hora
HBPM	heparina de bajo peso molecular
IM	intramuscular
INR	relación normalizada internacional
IV	intravenoso, -osa
jer.	jeringa
máx.	máximo
mcg	microgramos
ME	medicamento extranjero
ms	milisegundos
ng	nano gramo
PC	parada cardíaca
QRS	complejo QRS
SC	subcutánea
SF	suero fisiológico
SG	suero glucosado
SNC	sistema nervioso central
TPD	tratamiento paciente día

Sumario

1. Introducción	7
1.1. Las intoxicaciones agudas.....	7
1.2. Los antídotos.....	7
1.3. Recomendaciones de antídotos	9
2. Metodología	11
3. Lista de antídotos	13
<i>ACETILCISTEÍNA</i>	13
<i>ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)</i>	15
<i>ÁCIDO FOLÍNICO (FOLINATO CÁLCICO)</i>	16
<i>ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA</i>	17
<i>ATROPINA SULFATO</i>	18
<i>AZUL DE METILENO</i>	19
<i>BICARBONATO</i>	20
<i>BIPERIDENO</i>	21
<i>CARNITINA</i>	22
<i>DANTROLENO</i>	23
<i>DEFEROXAMINA</i>	24
<i>DEFIBROTIDE</i>	25
<i>DIMERCAPROL (BAL)</i>	26
<i>EDETATO CÁLCICO DISÓDICO (EDTA)</i>	27
<i>EMULSIÓN LIPÍDICA IV (ELI)</i>	28
<i>ETANOL (ALCOHOL ABSOLUTO)</i>	29
<i>FISOSTIGMINA</i>	30
<i>FITOMENADIONA (VITAMINA K)</i>	31
<i>FLUMAZENILO</i>	32
<i>FOMEPIZOL</i>	33
<i>GLUCAGÓN</i>	34
<i>GLUCARPIDASA</i>	35
<i>GLUCONATO CÁLCICO IV</i>	36
<i>GLUCOSA HIPERTÓNICA</i>	37
<i>HIDROXOCOBALAMINA (VITAMINA B₁₂)</i>	38
<i>IDARUCIZUMAB</i>	39
<i>MAGNESIO SULFATO IV</i>	40
<i>NALOXONA</i>	41



<i>NEOSTIGMINA (PROSTIGMINA)</i>	42
<i>d-PENICILAMINA</i>	43
<i>PENICILINA G SÓDICA</i>	44
<i>PIRIDOXINA (VITAMINA B₆)</i>	45
<i>PRALIDOXIMA (PAM)</i>	46
<i>PROTAMINA SULFATO</i>	47
<i>SUERO ANTIBOTULÍNICO</i>	48
<i>SUERO ANTIOFÍDICO</i>	49
<i>SILIBININA</i>	50
<i>URIDINA TRIACETATO</i>	51
4. Bibliografía	52

1. Introducción

1.1. Las intoxicaciones agudas

Una *intoxicación aguda* se define como la presencia de manifestaciones clínicas posteriores a la exposición reciente a una sustancia química, en dosis potencialmente tóxicas. En la actualidad, el tratamiento de este tipo de intoxicaciones depende, entre otros factores, del tóxico responsable y la dosis, del tiempo transcurrido desde la exposición y de las manifestaciones clínicas y biológicas que produce, y se fundamenta en cuatro tipos de acciones:^{1,2}

- a) Adoptar medidas sintomáticas y de apoyo, como la aplicación de oxígeno, la administración de fármacos antiarrítmicos, anticonvulsivos...
- b) Reducir la absorción del tóxico con medidas como el lavado gástrico o la administración de carbón activo.
- c) Favorecer la eliminación del tóxico mediante hemodiálisis o diuresis alcalina, entre otras.
- d) Neutralizar o inhibir la acción tóxica mediante sustancias o medicamentos que reciben el nombre de *antídotos*.

Aunque el tratamiento de la mayoría de pacientes intoxicados requiere únicamente medidas sintomáticas o de apoyo, la administración de antídotos específicos puede desempeñar un papel importante en el tratamiento del paciente intoxicado, llegando a condicionar su supervivencia, incluso habiendo recibido un tratamiento de soporte adecuado.³

1.2. Los antídotos

En la actualidad, existen unos cincuenta antídotos y unas ciento cincuenta sustancias que se pueden utilizar para el tratamiento de las intoxicaciones y que se pueden dividir en los tres grupos siguientes:⁴

- a) Grupo I: antídotos. Los antídotos se pueden clasificar de manera distinta, según el mecanismo de acción:
 - Antagonistas farmacológicos: ejercen la acción bloqueando unos receptores específicos (naloxona, atropina), e inhiben el metabolismo del tóxico o de un producto

aún más tóxico (etanol) o potencian su desintoxicación endógena (*n*-aceticisteína, pralidoxima).

- Agentes que forman complejos inertes: actúan neutralizando los efectos del tóxico y favoreciendo su eliminación; por ejemplo, los quelantes (deferoxamina, dimercaprol o edetato cálcico disódico), los antisueros, las antitoxinas y los fragmentos de anticuerpos.

- Otros: actúan de forma diversa como la piridoxina, que actúa reemplazando el cofactor depleccionado por la isoniazida, y detiene las convulsiones.

b) Grupo II: agentes utilizados para evitar la absorción de sustancias tóxicas, activar la eliminación o tratar la sintomatología de las funciones orgánicas.

c) Grupo III: otros agentes terapéuticos útiles en toxicología para el tratamiento de la sintomatología asociada a la intoxicación: diazepam, heparina, bicarbonato sódico y salbutamol.

La administración de un antídoto se considera adecuada cuando hay un antídoto específico para una intoxicación concreta con una elevada gravedad potencial o real, y cuando los beneficios de su administración sean mayores que el riesgo que pueda tener asociado a sus potenciales efectos adversos.

No obstante, la disponibilidad de los antídotos indispensables en el ámbito asistencial presenta una complejidad elevada. Entre los factores que pueden condicionar la disponibilidad hay:

a) La frecuencia de la presentación de una intoxicación en una zona geográfica concreta. Por ejemplo, la zona de la Cataluña Central puede requerir más disponibilidad de suero antiofídico por mordedura de víbora, dado que es en esta zona de Cataluña donde viven estos animales.

b) La urgencia de administración del antídoto en función del tiempo de exposición. Hay antídotos que, por la urgencia, han de estar disponibles antes de los 30 minutos posteriores a la intoxicación, como el sulfato de atropina o el dantroleno y, por lo tanto, es necesario que todos los centros sanitarios dispongan de ellos.

c) La accesibilidad al tratamiento. No todos los antídotos utilizados son medicamentos comercializados en Cataluña. En algunos casos, las fichas técnicas de los medicamentos no tienen la indicación toxicológica; por lo tanto, su uso se ha de

considerar una situación especial, y se ha de avalar mediante protocolos hospitalarios o literatura científica.⁵ En otros casos, el antídoto es un medicamento extranjero, que requiere más trámites administrativos o bien no hay un medicamento comercializado en ningún lugar y se han de elaborar mediante fórmulas magistrales, como el jarabe de ipecacuana.

- d) El coste de los antídotos y las fechas de caducidad. Determinados antídotos poco utilizados pero necesarios por la gravedad de una intoxicación potencial presentan un coste elevado y una fecha de caducidad corta, hecho que puede producir una carencia de este antídoto en los centros sanitarios.

En Cataluña, los servicios de farmacia hospitalaria son los encargados de adquirir, conservar y dispensar los antídotos a los diferentes ámbitos sanitarios donde sea necesario disponer de ellos. Puesto que no hay una legislación específica para la disposición de los antídotos, la cantidad y su ubicación, es necesario elaborar unas recomendaciones para favorecer la disponibilidad y la accesibilidad.

1.3. Recomendaciones de antídotos

La Generalitat de Catalunya elaboró en el año 1986 una primera *Guia d'antídots per als serveis d'urgència*, con el objetivo de que todos los servicios de urgencia de los hospitales dispusieran de recomendaciones de los antídotos específicos con la finalidad de resolver las emergencias toxicológicas, además de una información específica para cada uno de ellos. En el año 1988 se elaboró una segunda edición modificada. Aunque esta guía constituyó entonces un documento informativo de gran utilidad, dado que recogía unas mínimas recomendaciones de existencias, no trataba en profundidad la disponibilidad de estos antídotos, aspecto que tampoco se solucionó internacionalmente por las instituciones ni las sociedades científicas. Un trabajo publicado en el año 1998 ponía de manifiesto la falta de homogeneidad en relación con la disponibilidad de los antídotos en los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios de Cataluña, así como la falta, en algunos servicios, de antídotos considerados de extrema urgencia.⁶

Conscientes de esta situación, en el año 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Programa internacional de seguridad de las sustancias químicas (IPCS), estableció entre sus prioridades evaluar la eficacia de los antídotos utilizados en la práctica clínica y promover la disponibilidad de los que se considerasen útiles para el tratamiento de las intoxicaciones.⁷

Posteriormente, en el año 2000, expertos norteamericanos consensuaron unas recomendaciones sobre antídotos (*Antidote Stocking Guidelines*, ASG) que deberían estar

presentes en los hospitales, y que fueron actualizadas en el año 2009 (ASG-2009) por un grupo de expertos, que tomaron la decisión de incluir un total de 24 antídotos.^{8,9}

Respecto al Estado español, en el año 2006, un grupo de expertos en toxicología clínica definieron unos indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX-2006) y, entre estos indicadores, se recogió una lista de principios activos que deberían estar presentes en los diferentes ámbitos.¹⁰ Las recomendaciones CALITOX-2006 y ASG-2009 han permitido a los servicios de urgencia y de farmacia hospitalaria adaptar la composición de los botiquines de antídotos. No obstante, existen diferencias considerables entre las dos fuentes bibliográficas. En el caso de ASG-2009, no se considera la complejidad asistencial del centro e incluye antídotos que podrían tener una alternativa terapéutica en España.¹ Por otro lado, las recomendaciones CALITOX-2006 no se han revisado en los últimos diez años, y entretanto se han incorporado medicamentos nuevos para el tratamiento de las intoxicaciones y otros se han dejado de utilizar.

En este sentido, la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica (SCFC) creó en el año 2013 el Grupo de Trabajo de Antídotos, con los objetivos de promover estudios de investigación sobre la disponibilidad y utilización de los antídotos, crear una red virtual de antídotos (<http://www.redantidotos.org>) para facilitar su accesibilidad, así como establecer unas recomendaciones actualizadas sobre disponibilidad cualitativa y cuantitativa de los antídotos en función del nivel asistencial. Asimismo, en el año 2015, el Departamento de Salud, en colaboración con el Grupo de Trabajo de Antídotos de la SCFC, elaboró un estudio para conocer si los centros hospitalarios que atendían urgencias toxicológicas disponían de los antídotos necesarios para planificar actuaciones de optimización que permitan el acceso a los antídotos y su disponibilidad.

Fruto de este estudio de colaboración entre el Departamento de Salud y el Grupo de Trabajo de Antídotos de la SCFC y del trabajo realizado a lo largo de estos últimos años por dicho Grupo de Trabajo, nace el presente documento cuya intención es ser una recomendación cualitativa y cuantitativa actualizada sobre los antídotos que deberían estar presentes en los hospitales de Cataluña, en función de su nivel de complejidad asistencial, y también establecer las indicaciones toxicológicas y recomendaciones más consensuadas de posología en adultos y niños.

Las recomendaciones cuantitativas establecidas por los hospitales son imprescindibles para poder iniciar el tratamiento, que, en muchas ocasiones, es urgente, pero no siempre serán suficientes para completarlo. Para fármacos de uso habitual, este hecho no es un problema, ya que su disponibilidad queda garantizada, pero en el caso de antídotos muy específicos con poco uso y coste elevado, probablemente sea necesario disponer de más medicación de forma urgente para finalizar el tratamiento.

2. Metodología

La elaboración de la presente *Guía de antídotos* parte de la necesidad de establecer de forma coordinada la disponibilidad cualitativa y cuantitativa de los antídotos que han de tener los distintos ámbitos sanitarios de Cataluña.


Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinario integrado por farmacéuticos y médicos expertos, el cual, en colaboración con el Departamento de Salud y la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica (SCFC), ha elaborado un estudio sobre la disponibilidad de los antídotos de los distintos centros asistenciales y ha establecido unas recomendaciones actualizadas en función del nivel de complejidad del hospital, la incidencia de una determinada intoxicación o la ubicación geográfica.

Para poder consensuar la relación de antídotos se ha hecho una revisión exhaustiva de las 150 sustancias existentes que se pueden utilizar para el tratamiento de las intoxicaciones, teniendo en cuenta la complejidad a la hora de aplicar criterios de medicina basados en la evidencia, ya que solo un grupo reducido de fármacos dispone de ensayos clínicos controlados.⁴

Se han descartado aquellos antídotos de utilización controvertida y, en el caso de la existencia de diferentes antídotos para el tratamiento de una misma indicación toxicológica, se han tenido en cuenta los criterios de coste-efectividad de las distintas opciones. No se han tenido en consideración los fármacos utilizados para la descontaminación digestiva.

En primer lugar, se ha establecido una lista de antídotos que incluye 34 fármacos, a partir de los cuales se ha elaborado la *Guía de antídotos*, común a todos los hospitales. Para cada antídoto se dispone de información sobre las principales indicaciones toxicológicas, en población adulta y pediátrica y, si se trata de una indicación fuera o no de la ficha técnica del fármaco (FFT). Se dispone de un apartado sobre la posología y otro sobre observaciones como precauciones, contraindicaciones y reacciones adversas.

El paso siguiente ha consistido en establecer unas recomendaciones sobre disponibilidad cualitativa y cuantitativa en función de la complejidad asistencial del hospital. La complejidad asistencial se ha clasificado en dos niveles: por un lado, los hospitales comarcales (nivel A) y, por otro, los hospitales generales de alta tecnología y los hospitales generales de referencia de alta resolución (nivel B), que se corresponden con hospitales de referencia provinciales y otros de mayor complejidad que los comarcales.



En relación a la disponibilidad cualitativa, se han tenido en cuenta todos los aspectos relacionados con la gravedad de la intoxicación, la urgencia de administración del antídoto y la ubicación geográfica de los hospitales.

Para el cálculo de la disponibilidad cuantitativa, se ha utilizado la variable TPD (tratamiento paciente día) definida como la cantidad máxima de antídoto necesaria para tratar a un paciente de 70 kg en un ámbito sanitario determinado durante 24 horas. En caso de que el tratamiento fuese de menor duración, el TPD correspondería al tiempo total que durase el tratamiento. Los requerimientos mínimos de cada antídoto para hospitales de nivel A se han establecido en 1 TPD y para hospitales de nivel B en 3 TPD. Excepcionalmente, en determinados antídotos con baja prevalencia de utilización y elevado coste, o fármacos de extrema urgencia y con problemas de subministro, la recomendación de disponibilidad en hospitales de nivel B ha sido de 1 o 2 TPD, en función del antídoto.

3. Lista de antídotos

ACETILCISTEÍNA

PRESENTACIONES HABITUALES

- Vial de 5 g en 25 ml
- Ampolla al 10% de 300 mg en 3 ml (pediatría)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por paracetamol

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 150 mg/kg en 200-250 ml de SG al 5% en 60 min (máx. 15 g).

Mantenimiento: Se ha de administrar una dosis de 50 mg/kg en 500 ml de SG al 5% en 4 h; seguida de 100 mg/kg en 500 ml de SG al 5% en 16 h.

Observaciones: Si se observa daño hepático progresivo, hay que valorar la continuación a 150 mg/kg cada 24 h hasta la mejora o el trasplante hepático. También es compatible en SF al 0,9%.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 150 mg/kg en SG al 5% en 60 min (máx. 15 g).

Mantenimiento: Se ha de administrar una dosis de 50 mg/kg en SG al 5% en 4 h; seguida de 100 mg/kg en SG al 5% en 16 h.

Observaciones: Hay que ajustar el volumen de SG al 5% en función del peso para evitar la sobrecarga hídrica (Anexo 1). También es compatible en SF al 0,9%.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 5 g en 25 ml	21 g = 5 viales	5 viales	15 viales

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hidonac Antídoto. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/>
- Triviño M, Martínez L, Luaces C. Intoxicación por paracetamol. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de Intoxicaciones en Pediatría. 3ªed. Madrid. 2012:119-132.
- Daly FF, Fountain JS, Murray L, Gaudins A, Buckley NA; Panel of Australian and New Zealand clinical toxicologists. Guidelines for the management of paracetamol poisoning in Australia and New Zealand – explanation and elaboration. A consensus statement from clinical toxicologists consulting to the Australasian poisons information centers. Med J Aust. 2008;188:296-301.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>

Anexo 1

Adaptación de la pauta de administración de Acetilcisteína en niños, según el peso. Si el niño pesa ≥ 40 kg, se ha de seguir la pauta del paciente adulto.

Niños ≤ 20 kg	Niños entre 20-40 kg
Administrar una dosis de 150 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 3 cc/kg de SG al 5% en 1 h.	Administrar una dosis de 150 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 100 ml de SG al 5% en 1 h.
↓	↓
Administrar una dosis de 50 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 7 cc/kg de SG al 5% durante 4 h.	Administrar una dosis de 50 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 250 ml de SG al 5% durante 4 h.
↓	↓
Administrar una dosis de 100 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 14 cc/kg de SG al 5% durante 16 h.	Administrar una dosis de 100 mg/kg de Acetilcisteína diluida en 500 ml de SG al 5% durante 16 h.

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

- Corwin DJ, Topjian A, Banwell BL, Osterhoudt K. Adverse events associated with a large dose of intravenous lipid emulsion for suspected local anesthetic toxicity, Clin Toxicol. 2017;55:603-7.
- Sunehag A, Haymond MW. Approach to hypoglycemia in infants and children. Last updated: oct 2016. Base de datos UpToDate [citado 15 Ago 2017].

ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 1 g en 5 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Metahemoglobinemia en pacientes con déficit de G6PDH
- Intoxicación por cromo (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1 g en 100 ml de SG al 5% en 15 minutos, cada hora, durante 8 h.

Observaciones: El fármaco está contraindicado en pacientes con urolitiasis por oxalatos y pacientes con insuficiencia renal grave o fallo renal.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 1 g en 5 ml	8 g = 8 amp.	8 amp.	24 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.

ÁCIDO FOLÍNICO (FOLINATO CÁLCICO)

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 50 mg

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por metanol (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 1 mg/kg (máx. 50 mg) en 30 min.

Mantenimiento: Hay que continuar cada 4-6 h durante 24 h.

Observaciones: Hay que reconstituir con 5 ml de API, diluir en 100 ml de SF o SG al 5%. El fármaco está contraindicado en pacientes con anemia perniciosa y/u otras anemias megaloblásticas producidas por déficit de vitamina B₁₂.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 1 mg/kg (máx. 50 mg) en 30 min.

Mantenimiento: Hay que continuar cada 4-6 h durante 24 h.

Observaciones: Hay que reconstituir con 5 ml de API, diluir en 100 ml de SF o SG al 5%. En niños pequeños, se ha de ajustar el volumen de diluyente. El fármaco está contraindicado en pacientes con anemia perniciosa y/u otras anemias megaloblásticas producidas por déficit de vitamina B₁₂.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 50 mg en 5 ml	300 mg = 6 amp.	6 amp.	18 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>
- Guía clínica para el tratamiento de las intoxicaciones por metanol y etilenglicol. Indicaciones del fomepizol. 2006. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: http://www.fetoc.es/asistencia/Metanol_Etilenglicol_Fomepizol.pdf

ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 40 mg (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por digoxina

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Según la CCTD = [Concentración plasmática de digoxina en ng/ml] × 5 × [peso en kg] y el resultado se divide por 1.000 para obtener la CCTD en miligramos.

Cada 0,5 mg de CCTD requieren 40 mg de AcAD para neutralizarse.

Se recomienda administrar inicialmente el 50% de la dosis neutralizante calculada. Si al cabo de una hora continúan los criterios que justifican la indicación, hay que administrar el 50% restante. En el caso de PC, taquicardia ventricular o BAV completo con bradicardia extrema y sin digoxinemia, hay que administrar 400 mg de AcAD.

Observaciones: Hay que reconstituir en 4 ml de API y diluir en 100 ml de SF. Hay que administrarlo por vía IV en 30 min, excepto en situaciones críticas (taquicardia ventricular o PC), en que se ha de administrar un bolo.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Según la CCTD (mirar "Posología en adultos").

En caso de PC, taquicardia ventricular o BAV completo con bradicardia extrema y sin digoxinemia, hay que administrar 200 mg de AcAD en niños < 20 kg y 400 mg en niños > 20 kg.

Observaciones: Hay que reconstituir en 4 ml de API y diluir en 100 ml de SF. En niños pequeños, hay que ajustar el volumen por riesgo de sobrecarga hídrica. Hay que administrarlo por vía IV en 30 min, excepto en situaciones críticas (taquicardia ventricular o PC), en que se ha de administrar un bolo.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 40 mg	400 mg = 10 viales	—	10 viales*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 1 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Marrafa JM, Cohen V, Howland MA. Antidotes for toxicological emergencies: A practical review. Am J Health-Syst Pharm. 2012;69:199-212.
- Howland MA. Digoxin-specific antibody fragments. In: Nelson L, Lewin NA, Howland MA, Hoffman RS, Goldfrank LR, Flomenbaum NE, editors. Goldfrank's toxicologic emergencies. 9th ed. Stamford (CT): McGraw Hill, New York 2011
- Digifab®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>
- Nogué S, Cino J, Civeira E, Puigurriquer J y col. Tratamiento de la intoxicación digitalica. Bases para el uso de los anticuerpos antidigital. Emergencias 2012;24:462-75.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>

ATROPINA SULFATO

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 1 mg en 1 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Insecticidas organofosforados y carbamatos
- Síndromes colinérgicos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2 mg por vía IV rápida (directa o diluida en 10 ml de SF). Si no hay ningún efecto, hay que doblar la dosis cada 5-10 min hasta revertir el broncoespasmo o la broncorrea.

En el caso de intoxicaciones graves, hay que administrar hasta 20 mg/h.

Alternativamente, se puede iniciar infusión continua a 0,02-0,05 mg/kg/h hasta la atropinización o la reversión de la sintomatología muscarínica.

Observaciones: Algunos autores proponen administrar una dosis inicial de 2-5 mg por vía IV o IM. Hay que suspender la administración en el caso de intoxicación atropínica (delirio, alucinaciones, FC > 120 lpm, etc.).

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,05 mg/kg por vía IV rápida (máx. 2 mg). Si no hay efecto, hay que continuar con dosis repetidas de 0,1 mg/kg cada 3-5 min.

Alternativamente, se puede iniciar una infusión continua a 0,02-0,05 mg/kg/h hasta la atropinización.

Observaciones: Hay que suspender la administración en el caso de intoxicación atropínica (delirio, alucinaciones, FC > 120 lpm, etc.).

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 1 mg en 1 ml	84 mg = 84 amp.	84 amp.	252 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>
- White ML, Liebelt EL. Update on antidotes for pediatric poisoning. Ped Emerg Care. 2006; 22(11):740-9.
- Steven Bird, MD, FACEP. Organophosphate and carbamate poisoning. Literature review current through: Jan 2017. Base de datos UpToDate [citado 25 feb 2017].
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
- UpToDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

AZUL DE METILENO

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla al 1% en 10 ml (FM)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por sustancias que provocan metahemoglobinemia

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1 mg/kg en 50 ml de SG al 5% en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h. No se ha de superar la dosis máxima acumulada de 4 mg/kg por riesgo de hemólisis.

Observaciones: Algunos autores proponen administrar una dosis inicial de 1-2 mg/kg en 5 min, que se puede repetir al cabo de 1 h sin superar nunca los 7 mg/kg, aunque dosis de 5 mg/kg se han asociado a toxicidad serotoninérgica.

El fármaco está contraindicado en déficit de G6PDH. En este caso, se ha de utilizar ácido ascórbico. Si se produce extravasación, puede causar necrosis local.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1 mg/kg en 50 ml de SG al 5% en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h. No se ha de superar la dosis máxima acumulada de 4 mg/kg por riesgo de hemólisis.

En neonatos se ha de administrar una dosis de 0,3-1 mg/kg.

Observaciones: Algunos autores proponen administrar una dosis inicial de 1-2 mg/kg en 5 min, que se puede repetir al cabo de 1 h sin superar nunca los 7 mg/kg, aunque dosis de 5 mg/kg se han asociado a toxicidad serotoninérgica.

El fármaco está contraindicado en déficit de G6PDH. Si se produce extravasación, puede causar necrosis local.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla al 1% en 10 ml	280 mg = 3 amp.	3 amp.	9 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Josef T Prchal, MD. Clinical features, diagnosis, and treatment of methemoglobinemia. Literature review current through: Jan 2015. | This topic last updated: Feb 05, 2015. Base de datos UpToDate [citado 25 feb 2016].
- Methylene Blue. Rumack BH POISINDEX(R) Information System Micromedex, Inc., Englewood, CO, 2015; CCIS Volume 164, edition expires May, 2015. Hall AH & Rumack BH (Eds): TOMES(R) Information System Micromedex, Inc., Englewood, CO, 2015; CCIS Volume 164, edition expires May, 2015. [citado 24 feb 2016].
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

BICARBONATO

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 1M (8,4%) en 10 ml con 10 mEq = 0,84 g

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por antidepresivos tricíclicos
- Intoxicación por bloqueo de la bomba de sodio cardíaca (QRS > 100 ms)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2 mEq/kg en forma de bolo por vía IV. En adultos es habitual utilizar 50-100 mEq (50-100 ml) en 1 hora y proseguir con una infusión continua de unos 40 mEq/h.

Observaciones: Hay riesgo de alcalosis metabólica e hipopotasemia. Si el pH > 7,55 se ha de suspender la administración de bicarbonato.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2 mEq/kg por vía IV directa. Se puede repetir a los 5 min.

Se ha de titular la dosis con el objetivo de mantener el pH a 7,45-7,55.

Observaciones: Hay riesgo de alcalosis metabólica e hipopotasemia. Si el pH > 7,55 se ha de suspender la administración de bicarbonato.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 1M en 10 ml	100 ml = 10 amp.	10 amp.	30 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>
- Wax M. Sodium bicarbonate. En: Nelson LS, Hoffman RS, Lewin NA, Goldfrank LR, Howland MA, Flomenbaum NE. Goldfrank's toxicologic emergencies. McGraw Hill, New York 2011;520-527.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

BIPERIDENO

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 5 mg en 1 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Síntomas extrapiramidales agudos por neurolépticos, antieméticos, butirofenonas y antihistamínicos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 5 mg por vía IV muy lenta o por vía IM. Se puede repetir a los 30 min (máx. 20 mg/día).

Observaciones: Un exceso de dosis podría inducir un síndrome anticolinérgico.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,04-0,1 mg/kg por vía IV lenta (en 15 min) o por vía IM. Se puede repetir a los 30 min (máx. 5 mg/día).

Observaciones: Un exceso de dosis podría inducir un síndrome anticolinérgico.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 5 mg en 1 ml	20 mg = 4 amp.	4 amp.	12 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>

CARNITINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 1 g en 5 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por valproico (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 100 mg/kg por vía IV (máx. 6 g) en 30 min, seguida de 15 mg/kg cada 4 h (máx. 3 g por dosis).

Observaciones: Hay que continuar hasta disminuir el amonio o mejorar la clínica.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 100 mg/kg por vía IV (máx. 6 g) en 30 min, seguida de 15 mg/kg cada 4 h (máx. 3 g por dosis).

Observaciones: Hay que continuar hasta disminuir el amonio o mejorar la clínica.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 1 g en 5 ml	13 g = 13 amp.	—	39 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Perrott J, Murphy NG, Zed PJ. L-carnitine for acute valproic acid overdose: a systematic review of published cases. Ann Pharmacother. 2010; 44(7-8):1287.
- Doyon S. Anticonvulsivants. En: Nelson LS, Hoffman RS, Lewin NA, Goldfrank LR, Howland MA, Flomenbaum NE. Goldfrank's toxicologic emergencies. McGraw Hill, New York 2011; 698-710.
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

DANTROLENO

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 20 mg (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Hipertermia maligna

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 2,5 mg/kg por vía IV directa. Se puede repetir una dosis de 2-3 mg/kg cada 15 min hasta controlar los síntomas o conseguir la dosis máxima de 10 mg/kg.

Durante las siguientes 24 h, se recomienda administrar 1 mg/kg cada 6 h.

Observaciones: Hay que reconstituir cada vial con 60 ml de API. Se ha de agitar hasta una completa disolución. La solución reconstituida es estable 6 horas a temperatura ambiente y ha de estar protegida de la luz. La dosis total se traspasa a una bolsa de perfusión (nunca a un envase de vidrio por riesgo de precipitación). Algunos lotes de dantroleno traen filtros para que la solución reconstruida sea filtrada cuando se traspasa al recipiente final (bolsa de perfusión).

Cada vial contiene 3 g de manitol.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2,5 mg/kg por vía IV directa. Hay que repetir la administración hasta controlar los síntomas o conseguir la dosis máxima de 10 mg/kg.

Observaciones: Hay que reconstituir cada vial con 60 ml de API. Se ha de agitar hasta una completa disolución. La solución reconstituida es estable 6 horas a temperatura ambiente y ha de estar protegida de la luz. La dosis total se traspasa a una bolsa de perfusión (nunca a un envase de vidrio por riesgo de precipitación). Algunos lotes de dantroleno traen filtros para que la solución reconstruida sea filtrada cuando se traspasa al recipiente final (bolsa de perfusión).

Cada vial contiene 3 g de manitol.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 20 mg	700 mg = 35 viales	35 viales	70 viales*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 2 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Dantrium®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2014]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>
- Sutin KM. Dantrolene sodium. En: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR. Goldfrank's. Toxicologic emergencies. McGraw Hill Education. New York, 2016; 955-7.

DEFEROXAMINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 500 mg

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por hierro

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se han de administrar 15 mg/kg/h por vía IV de infusión continua hasta niveles plasmáticos de hierro < 350 mcg/dl. La dosis máxima es de 80 mg/kg/día (según ficha técnica). El máximo es de 6 g/día.

Observaciones: Hay que reconstituir la dosis en 5 ml de API y diluirla en SF o SG al 5%. Para disminuir el riesgo de hipotensión, hay que empezar con 5 mg/kg/h y a los 15 min aumentar a 15 mg/kg/h, si se tolera. En adultos, después de los primeros 1.000 mg infundidos, se ajusta el ritmo de infusión para llegar a la dosis total diaria de 6 g.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se han de administrar 15 mg/kg/h por vía IV de infusión continua hasta niveles plasmáticos de hierro < 350 mcg/dl. La dosis máxima es de 80 mg/kg/día (según ficha técnica). El máximo es de 6 g/día.

En pacientes estables, en ausencia de vía endovenosa, se puede administrar una dosis de 50 mg/kg cada 6 h por vía IM.

Observaciones: Hay que reconstituir la dosis en 5 ml de API y diluirla en SF o SG al 5%. Para disminuir el riesgo de hipotensión, hay que empezar con 5 mg/kg/h y a los 15 min aumentar a 15 mg/kg/h, si se tolera.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 500 mg	6 g = 12 amp.	—	36 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Desferin®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
- Manoguerra AS. Iron. In: Olson KR. Poisoning and drug overdose. 5th ed. New York:McGraw-Hill, 2007:413-5.
- Howland MA. Deferoxamine. In: Flomenbaum NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, HowlandMA, Lewin NA, Nelson LS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies.9th ed. McGraw Hill, New York 2011; 604-608.

DEFIBROTIDE

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 200 mg en 2,5 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Tratamiento de la enfermedad veno-oclusiva secundaria a regímenes de acondicionamiento con busulfán en el trasplante de progenitores hematopoyéticos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 6,25 mg/kg/6 h por vía IV durante 2 horas.

Observaciones: Hay que diluir la dosis en SG al 5% y SF al 0,9% hasta obtener concentraciones de entre 4-20 mg/ml. Una vez diluida, la solución es estable 72 h a temperatura ambiente.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 6,25 mg/kg/6 h por vía IV durante 2 horas.

Observaciones: Hay que diluir la dosis en SG al 5% y SF al 0,9% hasta obtener concentraciones de entre 4-20 mg/ml. Una vez diluida, la solución es estable 72 h a temperatura ambiente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Defibrotide®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado ene 2018]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

DIMERCAPROL (BAL)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 200 mg en 2 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Sales inorgánicas de arsénico, oro, mercurio, antimonio, bismuto, níquel y plomo.

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Arsénico u oro en intoxicación aguda leve: Se ha de administrar una dosis de 2,5 mg/kg por vía IM profunda cada 6 h (2 días), cada 12 h (día 3) y seguir cada 24 h durante 10 días.

Arsénico u oro en intoxicación aguda grave: Se ha de administrar una dosis de 3 mg/kg por vía IM profunda cada 4 h (2 días), cada 6 h (día 3) y seguir cada 12 h durante 10 días.

Mercurio en intoxicación aguda: Se ha de administrar una dosis inicial de 5 mg/kg por vía IM profunda y seguir con 2,5 mg/kg 1-2 veces al día durante 10 días.

Intoxicación por plomo: Se ha de administrar una dosis de 4 mg/kg por vía IM profunda cada 4 h durante 2-7 días según los niveles de plomo y en combinación con EDTA.

Observaciones: La administración es dolorosa. Hay que tener precaución con pacientes alérgicos al cacahuete. Se recomienda premedicación con antihistamínicos. La aparición de nuevos quelantes (ADMS o DMPS) está reduciendo las indicaciones del dimercaprol.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Arsénico u oro en intoxicación aguda leve: Se ha de administrar una dosis de 2,5 mg/kg por vía IM profunda cada 6 h (2 días), cada 12 h (día 3) y seguir cada 24 h durante 10 días.

Arsénico u oro en intoxicación aguda grave: Se ha de administrar una dosis de 3 mg/kg por vía IM profunda cada 4 h (2 días), cada 6 h (día 3) y seguir cada 12 h durante 10 días.

Mercurio en intoxicación aguda: Se ha de administrar una dosis inicial de 5 mg/kg por vía IM profunda y seguir con 2,5 mg/kg 1-2 veces al día durante 10 días.

Intoxicación por plomo: Se ha de administrar una dosis de 4 mg/kg por vía IM profunda cada 4 h durante 2-7 días según los niveles de plomo y en combinación con EDTA.

Observaciones: La administración es dolorosa. Hay que tener precaución con pacientes alérgicos al cacahuete. Se recomienda premedicación con antihistamínicos. La aparición de nuevos quelantes (ADMS o DMPS) está reduciendo las indicaciones del dimercaprol.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 200 mg en 2 ml	1.200 mg = 6 amp.	—	18 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Howland MA. Dimercaprol (British anti-lewisite or BAL). In: Flomenbaum NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9th ed. McGraw Hill, New York 2011; 1229-32.
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

EDETATO CÁLCICO DISÓDICO (EDTA)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 500 mg en 10 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por plomo

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1 g en 500 ml de SF o SG al 5% en 6 h. Hay que repetir la dosis cada 12 h durante 5 días (máx. 75 mg/kg/día).

Observaciones: Hay que administrar el fármaco por vía central (muy irritante).

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Si [Pb] sangre >70 mcg/dl: se ha de administrar una dosis de 35-50 mg/kg/día por vía IV o en infusión continua en 6 h, y hay que repetir cada 12 h.

Si [Pb] sangre = 45-70 mcg/dl: se ha de administrar una dosis de 25 mg/kg/día.

Hay que diluir el fármaco en SF o SG al 5% (máx. 5 mg/ml).

En caso de encefalopatía, hay que administrar una dosis de 250 mg/m²/4h por vía IM.

Observaciones: Hay que administrar el fármaco por vía central (muy irritante).

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 500 mg en 10 ml	2 g = 4 amp.	—	12 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.

- Calcium edetate sodium®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

EMULSIÓN LIPÍDICA IV (ELI)

PRESENTACIONES HABITUALES

Soluciones al 20% en envase de 100 ml, 250 ml y 500 ml (FFT)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicaciones graves por fármacos muy liposolubles que no responden al tratamiento convencional
- Toxicidad cardíaca o neurotoxicidad por anestésicos locales

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Shock o arritmias malignas: Se ha de administrar una dosis de 1,5 ml/kg en forma de bolo por vía IV, seguido de una perfusión de 15 ml/kg por vía IV a pasar en 1 hora.

Si persiste la situación, se puede repetir el bolo y la perfusión.

La dosis máxima acumulada varía, según los autores, entre 1.100 y 1.500 ml.

PC refractaria: Se ha de administrar una dosis de 1,5 ml/kg en forma de bolo, repetible cada 3 min. Si persiste la PC, hay que administrar hasta un máximo de 5 dosis.

Observaciones: La dosis óptima no está definitivamente establecida (datos de febrero de 2018). El propofol no puede sustituir a la ELI.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 1,5 ml/kg en 1 min.

Mantenimiento: Hay que continuar con 0,25 ml/kg/min durante 60 min.

Si hay PC sin respuesta, se puede repetir el bolo cada 5 min hasta un máximo de 3 dosis (máx. 12,5 ml/kg/día).

Observaciones: La dosis óptima no está definitivamente establecida (datos de febrero de 2018). El propofol no puede sustituir a la ELI.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Solución para perfusión al 20%	1.100 ml	1.100 ml	3.300 ml

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Nogué S, Corominas N, Soy D, Cino J. Emulsión lipídica intravenosa: un nuevo antídoto para uso en reanimación. Emergencias 2011; 23: 378-85.
- Presley JD, Chyka PA. Intravenous lipid emulsion to reverse acute drug toxicity in pediatric patients. Ann Pharmacother 2013; 47:735-43.
- Corwin DJ, Topjian A, Banwell BL, Osterhoudt K. Adverse events associated with a large dose of intravenous lipid emulsion for suspected local anesthetic toxicity. Clin Toxicol. 2017;55:603-7.
- Bania TC. Intravenous fat emulsion. En: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR. Goldfrank's. Toxicologic emergencies. McGraw Hill Education. New York, 2016; 931-7.

ETANOL (ALCOHOL ABSOLUTO)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla al 100% en 10 ml (FM)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por metanol
- Intoxicación por etilenglicol

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 1 ml/kg en 500 ml de SG al 5% durante 1 h.

Mantenimiento: Se ha de administrar una dosis de 0,1 ml/kg/h disuelta en SG al 5%. Se han de calcular las necesidades de etanol para 6 h y añadir a 500 ml de SG al 5%, para pasar durante 6 h. Se ha de mantener hasta que [metanol] sangre < 0,2 g/L (6,24 mMol/L) o [etilenglicol] sangre < 0,1 g/L (1,61 mMol/L).

Observaciones: Se ha de administrar por vía central (osmolaridad elevada). Se ha de controlar la etanolemia. En alcohólicos crónicos y/o hemodiálisis se ha de doblar la dosis de mantenimiento.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 0,8-1 ml/kg durante 1 h.

Mantenimiento: Se ha de administrar una dosis de 0,1 ml/kg/h. Hay que diluir 10 ml de alcohol absoluto en 100 ml en SG al 5%.

Observaciones: Se ha de administrar por vía central (osmolaridad elevada). Se ha de controlar la etanolemia.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla al 100% en 10 ml	392 ml = 40 amp.	40 amp.	120 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.

- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>

FISOSTIGMINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 2 mg en 5 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Sustancias con acción anticolinérgica (atropina, escopolamina y otras) que cursan con delirio y/o agitación moderada-grave
- Alcaloides de *Datura stramonium*, *Atropa belladonna* y otras especies relacionadas

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1 mg por vía IV lenta en 2 min. Hay que repetir la inyección IV rápida cada 10-30 min hasta conseguir una respuesta o la aparición de efectos adversos.

Alternativa: administrar 2 mg/h (máx. 8 mg/h).

Observaciones: Monitorización del ECG por riesgo de bradicardia y/o bloqueos de la conducción cardíaca.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,02 mg/kg (máx. 0,5 mg) por vía IV, diluida en 10 ml de SF durante 5-10 min. Se puede repetir la dosis a los 15-30 min. La dosis máxima acumulada es de 2 mg.

Observaciones: Monitorización del ECG por riesgo de bradicardia y/o bloqueos de la conducción cardíaca.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 2 mg en 5 ml	48 mg = 24 amp.	24 amp.	72 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Howland MA. Physostigmine Salicylate. In: Flomenbaum NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9th ed. McGraw Hill, New York 2011;759-762.
- Anticholium®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

FITOMENADIONA (VITAMINA K)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 10 mg en 1 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por anticoagulantes cumarínicos: warfarina y acenocumarol
- Intoxicación por rodenticidas cumarínicos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

ORAL-PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 10 mg en 100 ml de SF o SG al 5%.

Observaciones: Si no hay sangrado, se puede administrar por vía oral. No se debe utilizar nunca la vía IM. Se ha de controlar el INR.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

ORAL-PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 5-10 mg por vía oral en niños < 12 años y 5-25 mg en niños > 12 años.

Si hay sangrado grave, hay que administrar una dosis de 1-5 mg/día por vía IV (diluir en SF o SG al 5% y administrar lentamente).

Observaciones: Si no hay sangrado, se puede administrar por vía oral. No se debe utilizar nunca la vía IM. Se ha de controlar el INR.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 10 mg en 1 ml	40 mg = 4 amp.	4 amp.	12 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Kearney TE, Vitamin K (Phytonadione). In: Olson KR. Poisoning and drug overdose. 5th ed. New York:McGraw-Hill.2007: 993-5.
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

FLUMAZENILO

PRESENTACIONES HABITUALES

- Ampolla de 1 mg en 10 ml
- Ampolla de 0,5 mg en 5 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por benzodiazepinas

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,25 mg por vía IV directa en 1 min. Hay que repetir la dosis en 1 min si no hay respuesta hasta un máximo de 1 mg (4 bolus). Si revierte el coma, pero reaparece somnolencia, hay que administrar 2 mg en 500 ml de SG al 5% durante 6 h.

Observaciones: Es compatible con SG al 5%, SF y Ringer lactato.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,01 mg/kg por vía IV directa en 30 segundos (máx. 0,2 mg). Se puede repetir cada minuto hasta un máximo acumulado de 1-2 mg. **En infusión continua:** Se ha de administrar una dosis de 5-10 mcg/kg/h.

Observaciones: Es compatible con SG al 5%, SF y Ringer lactato.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 1 mg en 10 ml	10 mg = 10 amp.	10 amp.	30 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

FOMEPIZOL

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 100 mg en 20 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por metanol
- Intoxicación por etilenglicol

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de carga de 15 mg/kg por vía IV en 100-250 ml de SF o SG al 5% durante 30-45 min.

Mantenimiento: A las 12 h, se ha de administrar una dosis de 15 mg/kg/12 h hasta que se elimine el tóxico (etilenglicol < 3,2 mMol/L (0,2 g/L)). El número de dosis de mantenimiento y la dosis a administrar después de 48 h dependerá de la concentración inicial de etilenglicol.

Observaciones: En pacientes con insuficiencia renal o hemodiálisis se puede disolver en menor volumen. Se recomienda administrar concentraciones superiores a 25 mg/ml en un mínimo de 60 min.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de carga de 15 mg/kg por vía IV en 30 min.

Mantenimiento: A las 12 h, se ha de administrar una dosis de 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis y, si es necesario, se puede continuar con 15 mg/kg cada 12 h.

Observaciones: En niños se puede disolver en menor volumen. Se recomienda administrar concentraciones superiores a 25 mg/ml en un mínimo de 60 min.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 100 mg	1.700 mg = 17 viales	—	17 viales*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 1 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Guía clínica para el tratamiento de las intoxicaciones por metanol y etilenglicol. Indicaciones del fomepizol. 2006. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: http://www.fetoc.es/asistencia/Metanol_Etilenglicol_Fomepizol.pdf
- Brent J. Fomepizole for the treatment of pediatric ethylene and diethyleneglycol, butoxyethanol, and methanol poisonings. Clin Toxicol. 2010;48:401-6.
- Marraffa JM, Cohen V, Howland MA. Antidotes for toxicological emergencies: A practical review. Am J Health-Syst Pharm. 2012; 69:199-212.
- White ML, Liebelt EL. Update on antidotes for pediatric poisoning. Ped Emerg Care. 2006; 22(11):740-9.

GLUCAGÓN

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 1 mg + jeringa

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Bloqueantes β , antagonistas del calcio y la insulina (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 5 mg por vía IV en 1 min. Si no hay respuesta a los 10 minutos, hay que repetir la dosis (máx. 10 mg).

Mantenimiento: Se ha de continuar con perfusión de 75 mcg/kg/h (máx. 5 mg/h) en SG al 5%.

Observaciones: El objetivo es conseguir una presión arterial media de unos 60 mmHg.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 50 mcg/kg en forma de bolo por vía IV en 1 min. Si no hay respuesta a los 10 minutos, hay que repetir la dosis.

Mantenimiento: Se ha de continuar con perfusión de 75 mcg/kg/h (máx. 5 mg/h) en SG al 5%.

Observaciones: El objetivo es conseguir una presión arterial media de unos 60 mmHg.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Jeringa de 1 mg	120 mg = 120 jer.	120 jer.	240 jer.*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 2 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Anderson AC. Management of Beta-Adrenergic Blocker Poisoning. Clin Ped Emerg Med. 2008; 9:4-16.
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

GLUCARPIDASA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 1.000 U (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por metotrexato

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 50 U/kg en forma de bolo por vía IV en 5 min.

Observaciones: Hay que reconstituir el vial con 1 ml de SF al 0,9%. Una vez reconstituido, se ha de administrar inmediatamente o conservar en nevera (2-8 °C) hasta un máximo de 4 horas.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 50 U/kg en forma de bolo por vía IV en 5 min.

Observaciones: Hay que reconstituir el vial con 1 ml de SF al 0,9%. Una vez reconstituido, se ha de administrar inmediatamente o conservar en nevera (2-8 °C) hasta un máximo de 4 horas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Voraxace®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado ene 2018]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

GLUCONATO CÁLCICO IV

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 10 ml (4,65 mEq)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Tratamiento de la intoxicación por ácido oxálico, magnesio, fluoruros y antagonistas del calcio
- Picada de viuda negra (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 4,65 mEq por vía IV lenta en 10 min. Si no hay respuesta, se ha de repetir cada 15 min.

En intoxicaciones por antagonistas del calcio se pueden requerir altas dosis (0,6-1,2 ml/kg/h) = (0,28-0,55 mEq/kg/h).

Observaciones: Se ha de administrar el fármaco por vía central (muy irritante). Hay que realizar una monitorización del ECG y la calcemia.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 0,28 mEq/kg (60 mg/kg o 0,6 ml/kg), diluida en SF, en 10-20 min y con monitorización (en 10-20 segundos en caso de PC). La dosis máxima es de 13,5 mEq (3 g = 30 ml). Se puede repetir 3 veces.

Mantenimiento: Se ha de continuar con perfusión de 0,28-0,7 mEq/kg/h (0,6-1,5 ml/kg/h).

Observaciones: Se ha de administrar el fármaco por vía central (muy irritante). Hay que realizar una monitorización del ECG y la calcemia.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 10 ml	100 ml = 10 amp.	10 amp.	30 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Howland MA. Calcium. En: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR. Golfrank's. Toxicologic Emergencies. McGraw Hill Education, New York, 2016; 1330-3.

GLUCOSA HIPERTÓNICA

PRESENTACIONES HABITUALES

Diferentes concentraciones (10%, 15%, 20%, 33%, 40% y 50%) y diferentes volúmenes

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicaciones que provocan hipoglucemia: insulina, antidiabéticos orales, alcohol etílico (raro), coma de origen desconocido

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 6,6-9,9 g de glucosa (2-3 ampollas de SG al 33% por vía IV lenta según glicemia inicial).

Mantenimiento: Se ha de administrar una dosis de 500 ml de SG al 10-20% cada 4 h hasta normalizar glicemias.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,25 g/kg (2,5 ml/kg de SG al 10%, preferiblemente).

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla al 33% en 10 ml	30 ml = 3 amp.	3 amp.	9 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Tran D. Oral Hypoglycemic Agents Toxicity. [citado 10 mar 2014]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1010629-overview>
- Sunehag A, Haymond MW. Approach to hypoglycemia in infants and children. Base de datos UpToDate [citado 15 ago 2017].

HIDROXOCOBALAMINA (VITAMINA B₁₂)

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 5 g

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por cianuro
- Intoxicación por humo de incendio con sospecha de inhalación de cianhídrico

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 5 g en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h. La velocidad de esta segunda infusión oscilará entre 15 minutos (pacientes muy inestables) y 2 horas.

Observaciones: Hay que reconstituir con 200 ml de SF. No se ha de administrar ningún medicamento simultáneamente por esta vía.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 70 mg/kg (máx. 5 g) en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h.

Observaciones: Hay que reconstituir con 200 ml de SF. No se ha de administrar ningún medicamento simultáneamente por esta vía.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 5 g	10 g = 2 viales	2 viales	6 viales

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cyanokit®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [citado 28 nov 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
- Mintegi S, Clerigué N, Tipo V, Ponticiello E, Lonati D, Burillo-Putze G et al. Pediatric cyanide poisoning by fire smoke inhalation: a European expert consensus. Ped Emerg Care. 2013; 29(11):1234-40.

IDARUCIZUMAB

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 2,5 g en 50 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Reversión de los efectos del Dabigatran

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 5 g (2 viales) por vía IV en dos perfusiones consecutivas de entre 5 y 10 minutos cada una o en una inyección IV rápida.

El medicamento está sujeto a seguimiento adicional.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 2,5 g en 50 ml*	5 g = 2 viales	2 viales**	4 viales***

* Valorar la disponibilidad según el protocolo de cada centro.

** Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 1 TPD.

*** Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 2 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Praxbind®. Ficha técnica del medicamento. [citado 23 May 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/>

MAGNESIO SULFATO IV

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla al 15% de 1,5 g en 10 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Hipomagnesemia por flúor y bario
- Fármacos causantes de *torsade de pointes*

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2 g en 50 ml de SG al 5% en 15 min.

Observaciones: En caso de *torsade de pointes*, se puede administrar en bolo.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 25-50 mg/kg en SG al 5% en 15 min (máx. 2 g).

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla al 15% de 1,5 g en 10 ml	4 g = 4 amp.	4 amp.	12 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Magnesium antidote. [citado 10 mar 2016]. Disponible en: <http://reference.medscape.com/drug/magnesium-antidote-343738>

NALOXONA

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 0,4 mg en 1 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por opiáceos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,2-0,4 mg por vía IV directa. Si no hay respuesta, se ha de repetir la dosis en 2-3 min (máx. 4 mg).

Observaciones: En intoxicaciones por opiáceos de semivida de eliminación prolongada (metadona), si hay respuesta al bolo inicial, es probable que el paciente vuelva a quedar sedado. En estos casos se recomienda mantener una perfusión continua de 2 mg en 500 ml de SG al 5% durante 4 h, ajustada al estado clínico del paciente.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Si no hay sospecha de consumo crónico, se puede administrar una dosis de 0,1 mg/kg (máx. 2 mg).

Si hay sospecha de consumo crónico, se ha de administrar una dosis de 0,4 mg por vía IV. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 2-3 min (máx. 10 mg).

Observaciones: En neonatos, hijos de madres con consumo crónico, hay que administrar una dosis de 0,01 mg/kg.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 0,4 mg en 1 ml	6 mg = 15 amp.	15 amp.	45 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Carlson T. Naloxone and nalmefene. In: Olson KR. Poisoning and drug overdose. 5th ed. New York:McGraw-Hill.2007:911-4.
- Naloxone: drug information. Access Lexicomp Online. Copyright 1978-2015. [citado 25 feb 2015]. Disponible en: <https://www.online.lexi.com/>
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>

NEOSTIGMINA (PROSTIGMINA)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 0,5 mg en 1 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

- Intoxicación por curarizantes
- Intoxicación por bloqueantes neuromusculares no despolarizantes

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 1-2 mg por vía IV lenta (1 mg/min).
Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis hasta un máximo de 5 mg.

Observaciones: También se puede administrar en síndromes anticolinérgicos, pero como no puede atravesar la BHE no revierte ni el delirio ni las alucinaciones.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 0,025-0,08 mg/kg por vía IV lenta.
Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis hasta un máximo de 2,5 mg.

Observaciones: También se puede administrar en síndromes anticolinérgicos, pero como no puede atravesar la BHE no revierte ni el delirio ni las alucinaciones.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 0,5 mg en 1 ml	5 mg = 5 amp.	—	15 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Kearney TE, Physostigmine and neostigmine In: Olson KR. Poisoning and drug overdose. 5th ed. New York:McGraw-Hill.2007:953-5.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en:
<http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>

d-PENICILAMINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Cápsulas de 250 mg

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por metales pesados (plomo, arsénico, mercurio, cobre)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

ORAL

Se ha de administrar una dosis de 250 mg cada 6 h (máx. 1 g/día).

Observaciones: La duración del tratamiento es de 2-3 semanas.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

ORAL

Se ha de administrar una dosis de 20-30 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día).

Observaciones: Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Cápsulas de 250 mg	1 g = 4 cáps.	—	12 cáps.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Kearney TE. Penicillamine. In: Olson KR. Poisoning and drug overdose. 5th ed. New York:McGraw-Hill.2007:940-2.
- Cupripen®. prospecto del medicamento. A partir de página del laboratorio. [citado 28 nov 2014]. Disponible en: <http://www.laboratoriosrubio.com/es/productos/e-farmaceuticas/cupripen>
- Ramírez AV. Intoxicación ocupacional por mercurio. An Fac med. 2008; 69(1):46-51.

PENICILINA G SÓDICA

PRESENTACIONES HABITUALES

- Vial de 2 MU
- Vial de 5 MU

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por *Amanita phalloides* y otras setas hepatotóxicas

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de entre 300.000 a 1.000.000 UI/kg/día en perfusión continua (máx. 40 MU). La concentración máxima recomendada es de 100.000 UI/ml.

Observaciones: Se ha de ajustar la dosis en caso de insuficiencia renal. Se puede administrar en monoterapia o en combinación con silibinina. Se ha de comprobar que el paciente no sea alérgico.

Es compatible con SF. No se ha de administrar con SG al 5% ni con suero glucosalino.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de entre 300.000 a 1.000.000 UI/kg/día en perfusión continua (máx. 40 MU). La concentración máxima recomendada es de 100.000 UI/ml.

Observaciones: Se ha de ajustar la dosis en caso de insuficiencia renal. Se puede administrar en monoterapia o en combinación con silibinina. Se ha de comprobar que el paciente no sea alérgico.

Es compatible con SF. No se ha de administrar con SG al 5% ni con suero glucosalino.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 2 MU	24 MU = 12 viales	12 viales	36 viales

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Catalina MV, Núñez O, Ponferrada A, Menchén L, Matilla A, Clemente G et al. Toxicidad hepática por ingesta de setas: curso clínico y nuevas perspectivas de tratamiento. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 417-20.
- Alpha-amanitin. En: Rumack BH POISINDEX(R) Information System Micromedex, Inc., Englewood, CO, 2015; CCIS Volume 164, edition expires May, 2015. Hall AH & Rumack BH (Eds): TOMES(R) Information System Micromedex, Inc., Englewood, CO, 2015; CCIS Volume 164, edition expires May, 2015. [citado 25 feb 2015].
- Peredy TR, MD. Amatoxin-containing mushroom poisoning including ingestion of *Amanita phalloides*. In: UpToDate, Ewald MB, Traub SJ (Ed), Apr 2013. [citado 9 may 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

PIRIDOXINA (VITAMINA B₆)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 300 mg en 2 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

-Intoxicación por isoniazida, etilenglicol
-Intoxicación por setas (*Gyromitra esculenta*,
Amanita muscaria) (FFT)

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Intoxicación por isoniazida: Se ha de administrar una dosis de 1 g por gramo de isoniazida ingerida (máx. 5 g).

Si la dosis ingerida es desconocida, se han de administrar 5 g por vía IV a 0,5-1 g/min hasta la remisión de las convulsiones o la dosis máxima.

Si se controlan las convulsiones antes de llegar a la dosis máxima, hay que administrar la dosis restante en 4-6 h hasta controlar las convulsiones persistentes y/o toxicidad del SNC.

Intoxicación por setas: Se ha de administrar una dosis de 70 mg/kg en 3-5 min (máx. 5 g).

Intoxicación por setas: Se ha de administrar una dosis de 1-2 mg/kg.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Intoxicación por isoniazida: Se ha de administrar una dosis de 1 g por gramo de isoniazida ingerida (máx. 5 g).

Si la dosis es desconocida, hay que administrar 70 mg/kg (máx. 5 g) en 3-5 minutos.

Intoxicación por setas: Se ha de administrar una dosis de 70 mg/kg (máx. 5g) en 3-5 minutos.

Intoxicación por etilenglicol: Se ha de administrar una dosis de 1-2 mg/kg.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Ampolla de 300 mg en 2 ml	5 g = 17 amp.	17 amp.	51 amp.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Howland MA. Pyridoxine. In: Flomenbaum NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9th ed. McGraw Hill, New York 2011;845-848.

- Benadon®. Prospecto del medicamento. [citado 28 nov 2014]. Disponible en: <http://consumercare.bayer.es/html/pdf/benadon.pdf>

PRALIDOXIMA (PAM)

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 200 mg en 10 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Insecticidas organofosforados y carbamatos

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 30 mg/kg (máx. 2 g) en 100 ml de SG al 5% o de SF durante 1 h.

Mantenimiento: Hay que proseguir con 8-10 mg/kg/h (máx. 650 mg/h) en perfusión IV continua hasta 24 h después de cesar el uso de atropina.

Observaciones: Es necesaria la administración concomitante de atropina para evitar el empeoramiento de los síntomas a causa de la inhibición transitoria de la acetilcolinesterasa.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 25 mg/kg (máx. 2 g) en 30 min.

Mantenimiento: Se puede repetir la dosis a los 30 min y, en casos graves, administrar en perfusión IV continua 10-20 mg/kg/h (máx. 650 mg/h).

Observaciones: Es necesaria la administración concomitante de atropina para evitar el empeoramiento de los síntomas a causa de la inhibición transitoria de la acetilcolinesterasa.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial al 2% de 200 mg en 10 ml	17 g = 85 viales	—	85 viales*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 1 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>
- Howland MA. Pralidoxime. In: Flomenbaum NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9th ed. McGraw Hill, New York 2011;1467-1472.
- Contrathion®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>
- UptoDate. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sire.ub.edu/contents/search>

PROTAMINA SULFATO

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 50 mg en 5 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por heparina sódica

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Heparina sódica:

Si < 15 min: Se ha de administrar una dosis de 1 mg (0,1 ml) por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.

Si > 15 min: Se ha de administrar una dosis de 0,5 mg por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.

Administrar un máximo de 50 mg/dosis. La velocidad de administración ha de ser ≤ 5 mg/min.

Heparina de bajo peso molecular (HBPM):

Si ha pasado menos de una semivida de la HBPM: Se ha de administrar una dosis de 1 mg (0,1 ml) por 100 UI de HBPM a neutralizar.

Si ha pasado más de una semivida de la HBPM: Se ha de administrar una dosis de 0,5 mg (0,05 ml) por 100 UI de HBPM a neutralizar, dividiendo en dos la dosis calculada de protamina y administrar en inyecciones intermitentes o en perfusión continua.

Observaciones: Se administra en forma de inyección IV lenta (máx. 20 mg/min).

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Heparina sódica:

Si < 15 min: Se ha de administrar una dosis de 1 mg (0,1 ml) por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.

Si > 15 min: Se ha de administrar una dosis de 0,5 mg por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.

Administrar un máximo de 50 mg/dosis. La velocidad de administración ha de ser ≤ 5 mg/min.

Heparina de bajo peso molecular (HBPM):

Si ha pasado menos de una semivida de la HBPM: Se ha de administrar una dosis de 1 mg (0,1 ml) por 100 UI de HBPM a neutralizar.

Si ha pasado más de una semivida de la HBPM: Se ha de administrar una dosis de 0,5 mg (0,05 ml) por 100 UI de HBPM a neutralizar, dividiendo en dos la dosis calculada de protamina y administrar en inyecciones intermitentes o en perfusión continua.

Observaciones: Se administra en forma de inyección IV lenta (máx. 20 mg/min).

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 50 mg en 5 ml	50 mg = 1 vial	1 vial	3 viales

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.

- Protamina Hospira®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [citado 28 nov 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>

SUERO ANTIBOTULÍNICO

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 100 mg/ml en 250 ml (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Botulismo

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 250 ml en perfusión lenta de 4 h.

Mantenimiento: Se ha de continuar la administración con una segunda dosis de 250 ml más durante 4 h.

Observaciones: Se ha de administrar el fármaco una vez esté a temperatura ambiente. Hay riesgo de padecer reacciones anafilácticas.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: En niños > 1 año, se ha de administrar una dosis de 250 ml en perfusión lenta de 4 h.

Mantenimiento: Se ha de continuar la administración con una segunda dosis de 250 ml más durante 4 h.

Observaciones: Se ha de administrar el fármaco una vez esté a temperatura ambiente. Hay riesgo de padecer reacciones anafilácticas.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 250 ml	500 ml = 2 viales	—	2 viales*

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 1 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Botulism-Antitoxin Behring. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

SUERO ANTIOFÍDICO

PRESENTACIONES HABITUALES

- Vial de 4 ml (ME, Viperfav®)
- Vial de 100 UI en 5 ml (ME, Snake Venom Antiserum®)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Mordedura de víbora con envenenamiento de grado II o III.

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Viperfav®: Se ha de administrar una dosis de 4 ml de suero (1 vial) en 100 ml de SF a 50 ml/h en perfusión IV.

Snake Venom Antiserum®: Se ha de administrar una dosis de 100 UI en 5 ml por vía SC, seguida de una segunda dosis en el glúteo por vía IM. Podrían ser necesarias 1, 2 o más dosis IM dependiendo del estado del paciente y, al segundo o tercer día, 1 o 2 dosis más.

Observaciones: Viperfav® presenta bajo riesgo de reacciones anafilácticas. Por el contrario, en el caso de Snake Venom Antiserum® se recomienda realizar un test de hipersensibilidad previo a su administración.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Viperfav®: Se ha de administrar una dosis de 4 ml de suero (1 vial) en 100 ml de SF a 50 ml/h en perfusión IV.

Snake Venom Antiserum®: Se ha de administrar una dosis de 100 UI en 5 ml por vía SC, seguida de una segunda dosis en el glúteo por vía IM. Podrían ser necesarias 1, 2 o más dosis IM dependiendo del estado del paciente y, al segundo o tercer día, 1 o 2 dosis más.

Observaciones: Viperfav® presenta bajo riesgo de reacciones anafilácticas. Por el contrario, en el caso de Snake Venom Antiserum® se recomienda realizar un test de hipersensibilidad previo a su administración.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Viperfav®	4 ml = 1 vial	Si comarcal aislado y zona endémica 1 vial	2 viales*
Snake Venom Antiserum®	100 UI/5 ml = 1 vial	Si comarcal aislado y zona endémica 2 viales	4 viales

* Antídoto con una disponibilidad cuantitativa propuesta de 2 TPD.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Amate Blanco JM, Bouza Álvarez , Conde Espejo P, Chippaux JP, De Haro L, Pino Luengo M et al. Intoxicaciones por mordeduras de ofidios venenosos (I panel de expertos en España). Informe Público de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2012.

- Viperfav®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

SILIBININA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial de 350 mg en 35 ml

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por *Amanita phalloides* y otras setas hepatotóxicas

POSOLOGÍA EN ADULTOS

PARENTERAL

Se ha de administrar una dosis de 5 mg/kg en 500 ml de SF o SG al 5% durante 2 h. Hay que repetir la dosis cada 6 h (3-4 días).

Observaciones: La solución reconstituida es estable 6 h.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

PARENTERAL

Inicio: Se ha de administrar una dosis de 5 mg/kg en SG al 5% durante 2 h.

Mantenimiento: Hay que continuar con la dosis de 5 mg/kg cada 6 h (diluir en SG al 5% y administrar durante 2 h).

Observaciones: La solución reconstituida es estable 6 h.

RECOMENDACIONES DE DISPONIBILIDAD EN LOS HOSPITALES

PRESENTACIÓN	TPD	NIVEL A	NIVEL B
Vial de 350 mg en 35 ml	350 mg = 4 viales	Si comarcal aislado y zona endémica, 4 viales	12 viales (si zona endémica 16)

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clerigué N, Herranz N. Antídotos y otros tratamientos en intoxicaciones pediátricas. En: Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed; 2012. Pags 405-54.
- White ML, Liebelt EL. Update on antidotes for pediatric poisoning. Ped Emerg Care. 2006; 22(11):740-9.
- Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Novoprint, Barcelona, 2010. [citado 22 sep 2017]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
- Legalon®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>

URIDINA TRIACETATO

PRESENTACIONES HABITUALES

Sobres de 10 g (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por 5-fluorouracilo o capecitabina

POSOLOGÍA EN ADULTOS

ORAL

Se ha de administrar una dosis de 10 g (1 sobre) por vía oral cada 6 horas, 20 dosis.

Observaciones: Se puede administrar con o sin alimentos.

POSOLOGÍA EN NIÑOS

ORAL

Se ha de administrar una dosis de 6,2 g/m² (máx. 10 mg) por vía oral cada 6 horas, 20 dosis.

Observaciones: Se puede administrar con o sin alimentos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Vistonuridine®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. [citado ene 2018]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>

4. Bibliografía

- ¹ Aguilar R, Soy D, Nogué S. Disponibilidad de antídotos en los ámbitos sanitarios de Cataluña. Med Clin (Barc.) 2006;127(20):770-3.
- ² Aguilar R, Martínez L, Broto A, Fernández de Gamarra E, García M, Nogué S. Recomendaciones de disponibilidad y utilización de antídotos en los hospitales según su nivel de complejidad asistencial. Emergencias. 2016;28:45-54.
- ³ Nogué S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. [citado 23 Mar 2016]. Disponible en:
<http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>
- ⁴ Farré R, Fernández de Gamarra E, Ponsirenas M. Antídotos. En: Morán I, Baldirà J, Marruecos-Sant L, Nogué S. Toxicología clínica. Madrid: Difusión Jurídica y Temas de Actualidad S.A.; 2011.
- ⁵ Real decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de los medicamentos en situaciones especiales. BOE. 20 Jul 2009;(174):60904-13. Disponible en:
<http://www.boe.es/>
- ⁶ Nogué S, Munné P, Soy D, Millà J. Disponibilidad, utilidad y coste de los antidotes en Cataluña. Med Clí (Barc). 1998;110:609-13.
- ⁷ Pronczuk de Garbino J, Haines JA, Jacobsen D, Meredith T. Evaluation of antidotes: activities of the International Programme on Chemical Safety. J Toxicol Clin Toxicol. 1997;35:333-43.
- ⁸ Dart RC. Combined evidence-based literature analysis and consensus guidelines for stocking of emergency antidotes in the United States. Ann Emerg Med. 2000;36:126-32.
- ⁹ Dart RC, Borron SW, Caravati EM, Cobaugh DJ, Curry SC, Falk JL, et al. Expert consensus guidelines for stocking of antidotes in hospitals that provide emergency care. Ann Emerg Med. 2009;54:386-94.
- ¹⁰ Nogué S, Puiguriquer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX-2006). Rev. Calidad Asist. 2008;23:173-91.