

# Ficha toxicológica

## Analgésicos Narcóticos

### Sustancia Tóxica

Dextropropoxifeno, Metadona, Buprenorfina, Meperidina (Petidina), Pentazocina.

### Nombre comerciales

Dextropropoxifeno: Deprancol, Darvon

Metadona: Metasedin

Buprenorfina: Buprex

Meperidina: Dolantina, Dolanquifa

Pentazocina: Sosegón, Pentazocina Fides

### Cinética

	DPX	MTD	BPN	MPD	PTZ
Absorción	g.i	g.i	s.l.	g.i.	g.i.
Pico conc. plasma.	1-2 h.	4 h.	—	2 h.	3 h.
Vol. Distribución (l/Kg.)	10-18	5-10	—	3,84	4,89
Unión proteínas plasmáticas	78%	71-87%	96%	65-75%	56-70%
Metabolismo	hepático	id.	id.	id.	id.
Vida Media plasmática (horas)	3,5-15 h.	12-25 h.	1-7 h.	2,5-4 h.	2-3 h.
Excreción	U	U y B	B	U	U
Dosis tóxica					
Adultos (en mg.)	500	—	—	500	500
Niños (en mg/Kg.)	10	—	—	10	10
Dosis letal	>500 mg	100 mg	35 mg/Kg.	1 g.	600 mg.
Nivel tóxico (microg/100 ml)	100-500	200	—	200-500	200-500
Nivel letal (microg/100 ml)	1000	>400	—	1000 - 3000	1000- 2000

g.i. = gastrointestinal; s.l. = sublingual; U = urinario; B = biliar.

### Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones principales de la intoxicación aguda por narcóticos opiáceos consiste en: Coma, depresión respiratoria (bradipnea) y miosis.

**Sistema Nervioso Central:** somnolencia, estupor, coma. Euforia descrita en intoxicados por Buprenorfina. Ataxia. Alucinaciones y convulsiones en intoxicados por Propoxileno. También convulsiones en intoxicados por Meperidina.

**Aparato respiratorio:** Depresión respiratoria (hipoventilación). Paro respiratorio. Edema pulmonar no cardiogénico.

**Aparato cardiocirculatorio:** Bradicardia. Arritmia cardíaca y trastornos de la repolarización. Vasodilatación y cianosis periférica. Se ha descrito taquicardia en intoxicados por pentazocina y propoxifeno.

**Aparato gastrointestinal:** Ileo paralítico. Náuseas y vómitos en intoxicados por buprenorfina.

**Sistema Nervioso Vegetativo:** Hipotermia. Hipotensión o hipertensión. Ojos: Miosis con pupila puntiforme. Midriasis en caso de anoxia cerebral (excepcionalmente puede aparecer anisocoria).

**Sistema urinario:** retención urinaria.

**Muscular:** espasmos musculares. Rabdomiólisis (mioglobinuria).

### Terapéutica

- Mantener soporte de la función respiratoria.

- Realizar evacuación gástrica. Los opiáceos producen un alargamiento del tiempo de vaciado gástrico, favoreciendo la efectividad de las maniobras de evacuación gástrica.

- Emesis contraindicada en caso de ausencia del reflejo del vómito, deterioro rápido de la consciencia, coma o convulsión.

- Realizar lavado gástrico en pacientes inconscientes.

- Administrar carbón activado tras las maniobras de evacuación, y dar catárticos salinos para favorecer la eliminación intestinal del tóxico.

- Eventualmente, controlar las convulsiones con diazepam o con fenobarbital.

Terapéutica específica: NALOXONA, HCL:

Dosis adultos: 0,4 - 1,2 mg por vía e.v. o i.m.

Dosis niños: 0,01 - 0,03, hasta 0,1 mg/Kg. por vía e.v. o i.m. Debe obtenerse repuesta en 3 minutos. Repetir la misma dosis una o dos veces más a los 5 - 15 minutos si no hay respuesta inicial. Si no hay repuesta con una dosis total de 10 mg en adultos debería reconsiderarse el diagnóstico.

Si recidiva la depresión respiratoria o neurológica (dada la corta vida media de la Naloxona) instaurar una perfusión continua de Naloxona por vía e.v. a una velocidad de 0,4 - 0,8 mg/hora.

### Observaciones

En intoxicados por Metadona debe mantenerse una vigilancia de 24 horas como mínimo.

*Dr. Ramón Reig  
Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina.  
Universidad de Barcelona.*

## Ficha toxicológica

### Quinidina (Antiarrítmico Grupo I A)

Nombre genérico: Sulfato de quinidina, Poligalacturonato de quin., Gluconato.

Nombre comercial: Quinicardine, Cardioquine.

#### Cinética

Dosis habitual de sulfato de quinidina: 200 - 300 mg cada ocho o seis horas. El galacturonato es de 300 mg cada 12 horas. Concentración plasmática: 2 - 6 microgramos/l. son niveles terapéuticos. Tóxicos por encima de 8 microgramos.

Absorción por vía digestiva, con un 70 - 80% de biodisponibilidad de la dosis.

El volumen de distribución es amplio: 2 - 31 Kg. La unión a las proteínas es de un 90%. Vida media plasmática de 7 h.

Metabolismo hepático.

#### Manifestaciones clínicas

**Cardiovasculares:** Depresión de la contractilidad miocárdica. Transtornos de la conducción desde bradicardia sinusal a diversos grados de bloqueo AV, que puede llegar a ser completo. En el ECG se aprecia prolongación del segmento QT, ensanchamiento del complejo QRS, pudiendo también hallarse prolongación del segmento PR. Los transtornos de la conducción y/o la depresión miocárdica pueden llevar a hipotensión severa, insuficiencia cardíaca y shock.

**Transtornos del ritmo:** Extrasistolia ventricular, taquicardia ventricular y torsade de pointes son frecuentes.

**Neurológicos:** Transtornos del nivel de conciencia de somnolencia a coma.

**Digestivos:** Náuseas, vómitos y epigastralgias.

Manifestaciones hematológicas o metabólicas son raras en intoxicación aguda.

#### Tratamiento

- 1. Lavado gástrico:** carbón activado y catárticos hasta seis horas tras la ingesta.
- 2. Si existe hipotensión y bradiarritmias:** Isoproterenol. Si no existe respuesta al tratamiento anterior, se procederá a estimulación eléctrica.  
En presencia de hipotensión sin bradiarritmias: Dopamina y/o dobutamina.
- 3. Extrasistolia ventricular frecuente:** Estimulación eléctrica.  
**Taquicardia ventricular:** Cardioversión. Si no cede ensayar Overdrive Pacing.  
Ante arritmias ventriculares no dar nunca antiarrítmicos del grupo I, ni Amiodarona, ya que pueden potenciar el efecto tóxico de los quinidínicos.
- 4. El lactato sódico y la diuresis forzada ácida se muestran útiles en la eliminación de los quinidínicos. El control electrolítico y hemodinámico debe ser estricto ante el riesgo de transtornos iónicos y aparición de insuficiencia cardíaca.**

*Dra. Encarna Campañá*

*Area de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona*