

Sección 4: Antídotos y otras sustancias utilizadas en las intoxicaciones

4.1	Cuidados generales y tratamiento no específico.....	56
4.2	Antídotos específicos.....	58
4.2.1	Sobredosis de paracetamol	58
4.2.2	Sobredosis de analgésicos opiáceos	59
4.2.3	Intoxicación por organofosfato y carbamato	59
4.2.4	Intoxicación por hierro y sobrecarga de hierro y aluminio....	60
4.2.5	Intoxicación por metales pesados.....	61
4.2.6	Metahemoglobinemia.....	63
4.2.7	Intoxicación por cianuro	64

Estas notas son sólo guías y en casos de duda sobre el grado de riesgo o sobre el tratamiento adecuado se recomienda firmemente consultar los centros de información sobre intoxicaciones.

4.1 Cuidados generales y tratamiento no específico

En general, todos los pacientes que presentan signos de intoxicación deben ingresar en el hospital. Los pacientes que han tomado tóxicos de acción retardada también se deben ingresar, aunque parezca que están bien; el ácido acetilsalicílico, hierro, litio, paracetamol, paracuat, antidepresivos tricíclicos y warfarina son tóxicos de acción retardada. Los efectos de los preparados de liberación sostenida o prolongada también son retardados. Sin embargo, con frecuencia es imposible identificar con exactitud el tóxico y establecer la cantidad de dosis, pero la información sobre el tipo y el momento de la intoxicación puede ser útil para el tratamiento sintomático. En algunos pacientes se requiere la eliminación activa del tóxico.

Muchos pacientes requieren tratamiento sintomático y vigilancia. Es preciso un cuidado especial para mantener la respiración y la presión arterial. Puede ser necesaria la ventilación asistida. Los defectos de conducción cardíaca y las arritmias a menudo responden a la corrección de la hipoxia, la acidosis u otras anomalías bioquímicas subyacentes. La hipotermia que puede aparecer en pacientes que han estado inconscientes durante algunas horas se puede tratar cubriendo al paciente con mantas para conservar el calor corporal. Las convulsiones que son prolongadas o recurrentes se pueden tratar con diazepam por vía intravenosa. En algunos casos, puede ser adecuado eliminar el tóxico del estómago con un lavado gástrico (véase más adelante). El carbón activado se puede unir a muchos tóxicos en el estómago y prevenir la absorción. Algunas técnicas de eliminación activa como la administración repetida de carbón activado puede favorecer la eliminación de algunos fármacos después de haberse absorbido (véase después). Otras técnicas para favorecer la eliminación de tóxicos tras su absorción sólo se pueden hacer en el hospital y únicamente en un número reducido de pacientes y con sólo un número limitado de tóxicos. Algunos métodos son la hemodiálisis y la hemoperfusión. La alcalinización de la orina se puede utilizar para aumentar la eliminación de salicilatos. No es recomendable forzar una diuresis alcalina.

Lavado gástrico

Los riesgos de intentar el lavado de estómago deben ser valorados según la toxicidad del tóxico ingerido, que se evalúa por la cantidad ingerida, la toxicidad inherente del tóxico y el tiempo desde su ingestión. El lavado gástrico es claramente innecesario si el riesgo de toxicidad es pequeño o si el paciente acude demasiado tarde. El lavado gástrico puede ser útil si se realiza durante 1-2 horas tras la ingestión. El riesgo principal es la inhalación del contenido del estómago y el lavado gástrico **no** se debe

realizar en pacientes con somnolencia o coma sin la presencia de un anestesista, por lo que se requiere intubación endotraqueal. El lavado gástrico **no** se debe intentar tras una intoxicación corrosiva o por productos del petróleo que podrían ser peligrosos en caso de aspiración.

Emesis

La inducción de la emesis para el tratamiento de las intoxicaciones **no está recomendada**. No hay pruebas de que prevenga la absorción del tóxico y puede aumentar el riesgo de aspiración. Además, los efectos de la sustancia emética pueden complicar el diagnóstico.

Prevención de la absorción

El **carbón activado** administrado por vía oral se puede unir a muchos tóxicos en el tubo digestivo, y así reducir su absorción. Cuanto antes se administre, mayor es su eficacia, pero puede ser eficaz hasta 1 hora después de la ingestión del tóxico. Puede ser eficaz varias horas después de la intoxicación con preparados de liberación sostenida o con fármacos con propiedades anticolinérgicas (antimuscarínicas). Es relativamente seguro y especialmente útil para prevenir la absorción de tóxicos, que son tóxicos en pequeñas cantidades, por ejemplo, los antidepresivos. Además, dosis repetidas de carbón activado favorecen la eliminación fecal de algunos fármacos (sometidos a circulación enterohepática o enteroentérica) varias horas después de la ingestión y después de haberse absorbido, por ejemplo, fenobarbital, teofilina.

Carbón activado

Polvo (Polvo para suspensión oral), carbón activado

Indicaciones: tratamiento de intoxicaciones agudas

Contraindicaciones: intoxicación por hidrocarburos con riesgo elevado de lesión en caso de aspiración; intoxicación por sustancias corrosivas—puede evitar la visualización de lesiones causadas por el tóxico

Precauciones: pacientes inconscientes o con somnolencia—riesgo de aspiración (intube antes de la administración de una sonda nasogástrica o gástrica); no es eficaz en intoxicaciones con alcoholes, clofenotano (dicofano, DDT), cianuros, malation y sales metálicas como hierro o litio

Posología:

Intoxicación (prevención de la absorción), *por vía oral*, **ADULTOS** 50-100 g en dosis única, lo antes posible tras la ingestión del tóxico; **LACTANTES** 1 mg/kg en dosis única; **NIÑOS** 1-12 años, 25 g en dosis única (50 g en intoxicaciones graves)

Intoxicación (eliminación activa), *por vía oral*, **ADULTOS** y **NIÑOS** mayores de 1 año, dosis inicial 25-50 g, después 25-50 g cada 4-6 horas; **LACTANTES** 1 g/kg cada 4-6 horas

Efectos adversos: deposiciones negras, vómitos, estreñimiento o diarrea; neumonitis—debido a aspiración

4.2 Antídotos específicos

4.2.1 Sobredosis de paracetamol

Tan sólo con 10-15 g o 150 mg/kg de paracetamol administrado en 24 horas puede producir necrosis hepatocelular grave y con menor frecuencia necrosis tubular renal. Las únicas manifestaciones precoces de intoxicación, náusea y vómitos, suelen remitir en 24 horas. Su persistencia más allá de este período, a menudo con la aparición de dolor subcostal derecho, suele indicar el desarrollo de alteración hepática que es máximo 3-4 días después de la ingestión. A pesar de la falta de síntomas precoces significativos, los pacientes que han tomado una sobredosis de paracetamol deben ser remitidos con urgencia al hospital.

Si se cree que el paracetamol a dosis superiores a 150 mg/kg o bien 12 g, no importa que una sea menor, se ha ingerido durante la hora previa, se debe considerar la administración de carbón activado.

La **acetilcisteína** o la **metionina** protegen el hígado si se administran durante las primeras 10-12 horas de la ingestión de paracetamol. La acetilcisteína, administrada por vía intravenosa, es más eficaz durante las primeras 8 horas de la sobredosificación, pero es eficaz hasta las 24 horas y posiblemente más tarde. Como alternativa, se puede administrar la metionina por vía oral siempre que la sobredosis se ingirió durante las 10-12 horas y el paciente no vomite. No obstante, la acetilcisteína se considera el tratamiento de elección. Hay que evitar el uso concomitante de carbón activado y antídotos orales específicos.

En áreas alejadas, se recomienda administrar metionina, pues la administración de acetilcisteína fuera del hospital no suele ser factible. Una vez el paciente está en el hospital, la necesidad de continuar el tratamiento con el antídoto se debe valorar según las concentraciones plasmáticas de paracetamol.

Acetilcisteína

Inyección (Concentrado para dilución para infusión), acetilcisteína 200 mg/ml, ampolla 10 ml

Indicaciones: sobredosis de paracetamol

Precauciones: asma

Posología:

Sobredosis de paracetamol, *por infusión intravenosa*, **ADULTOS** y **NIÑOS** dosis inicial 150 mg/kg en 200 ml de glucosa al 5% durante 15 minutos, seguidos por 50 mg/kg en 500 ml de glucosa al 5% durante 4 horas, después 100 mg/kg en 1.000 ml de glucosa al 5% durante 16 horas **NOTA.** En los niños se recomienda administrar las mismas dosis de acetilcisteína que en los adultos, pero puede ser necesario reducir el volumen de infusión para evitar sobrecarga de líquido

Efectos adversos: reacciones de hipersensibilidad como erupciones cutáneas, anafilaxia

DL-Metionina

Comprimidos, DL-metionina 250 mg

Indicaciones: sobredosis de paracetamol

Precauciones: enfermedad hepática grave—puede precipitar encefalopatía hepática; evite el uso concomitante de carbón activado

Posología:

Sobredosis de paracetamol, *por vía oral*, **ADULTOS** y **NIÑOS** mayores de 6 años, dosis inicial 2,5 g, seguidos por 3 dosis más de 2,5 mg cada 4 horas, **NIÑOS** menores de 6 años 1 g inicialmente, seguidos por 3 dosis más de 1 g cada 4 horas

Efectos adversos: náusea, vómitos, somnolencia, irritabilidad

4.2.2 Sobredosis de analgésicos opiáceos

Los opiáceos producen grados diversos de coma, depresión respiratoria y pupilas en punta de alfiler. La **naloxona** es un antídoto específico indicado si existe coma o bradipnea. La naloxona tiene una duración de acción más corta que muchos opiáceos, por lo que se requiere una estrecha vigilancia e inyecciones repetidas según la frecuencia respiratoria y la profundidad del coma; la naloxona se puede administrar por infusión intravenosa. Los efectos de algunos opiáceos como la buprenorfina son sólo parcialmente revertidos por naloxona.

La administración de naloxona en pacientes con dependencia física a los opiáceos o en sobredosis a dosis más altas puede precipitar un síndrome de abstinencia agudo; en neonatos de madres con dependencia a los opiáceos puede aparecer un síndrome de abstinencia.

Naloxona, clorhidrato

Inyección (Solución para inyección), clorhidrato de naloxona 400 microgramos/ml, ampolla 1 ml

Indicaciones: sobredosis de opiáceos; depresión respiratoria postoperatoria (sección 1.5)

Precauciones: dependencia física a los opiáceos u otras situaciones en las que se puede precipitar un síndrome de abstinencia agudo (véase antes); gestación (Apéndice 2); lactancia (Apéndice 3); enfermedad cardiovascular

Posología:

Sobredosis de opiáceos, *por inyección intravenosa*, **ADULTOS** 0,8-2 mg repetidos a intervalos de 2-3 minutos hasta un máximo de 10 mg, si la función respiratoria no mejora, hay que cuestionar el diagnóstico; **NIÑOS** 10 microgramos/kg; una dosis posterior de 100 microgramos/kg si no responde

NOTA. El clorhidrato de naloxona se puede administrar a la misma dosis por inyección intramuscular o subcutánea, pero sólo si la vía intravenosa no es posible (inicio de acción más lento)

Sobredosis de opiáceos, *por infusión intravenosa continua* con una bomba de infusión, **ADULTOS** 10 mg diluidos en 50 ml de glucosa al 5% en infusión intravenosa a una velocidad ajustada según la respuesta

Efectos adversos: náusea, vómitos, sudoración—también puede ser causado por abstinencia a los opiáceos

4.2.3 Intoxicación por organofosfato y carbamato

Los organofosfatos se absorben a través de los bronquios y la piel intacta, así como por vía gastrointestinal. El tratamiento inicial de una

intoxicación por organofosfato o carbamato se basa en evitar que se absorba más con un vaciamiento del estómago mediante lavado gástrico, trasladar al paciente a un lugar aireado, quitar las ropas contaminadas y lavar la piel contaminada. Hay que mantener una vía aérea libre.

Los organofosfatos inhiben la colinesterasa y alargan los efectos de la acetilcolina. La toxicidad depende del compuesto específico implicado, y su comienzo se puede retrasar tras la exposición cutánea. La **atropina** revertirá los efectos muscarínicos de la acetilcolina y se utiliza (en combinación con oximas, como la pralidoxima) junto con tratamiento sintomático complementario.

El tratamiento adicional para la intoxicación por carbamato es generalmente sintomático y de soporte. Se puede administrar **atropina**, pero puede no ser necesaria debido al tipo de inhibición rápidamente reversible de la colinesterasa que se produce (no se deben administrar oximas).

Atropina, sulfato

Inyección (Solución para inyección), sulfato de atropina 1 mg/ml, ampolla de 1 ml

Indicaciones: intoxicación por organofosfato y carbamato; premedicación (sección 1.3); antiespasmódico (sección 17.5); midriasis y cicloplejía (sección 21.5)

Precauciones: niños, personas de edad avanzada, síndrome de Down; glaucoma de ángulo cerrado; miastenia *gravis*; alteraciones gastrointestinales; hipertrofia prostática; enfermedades cardíacas; pirexia; gestación (Apéndice 2); lactancia (Apéndice 3); **interacciones** Apéndice 1

Posología:

Intoxicación por organofosfato, *por inyección intramuscular o intravenosa* (según la gravedad de la intoxicación), **ADULTOS** 2 mg (**NIÑOS** 20 microgramos/kg) cada 5-10 minutos hasta que la piel se enrojezca y se vuelva seca y se produzca taquicardia

4.2.4 Intoxicación por hierro y sobrecarga de hierro y aluminio

La mortalidad por intoxicación por hierro se ha reducido a causa del tratamiento específico con desferrioxamina, un quelante del hierro. Antes de administrar desferrioxamina, hay que vaciar el estómago mediante un lavado gástrico (con una sonda de diámetro ancho) durante la 1ª hora tras la ingesta de una cantidad importante de hierro o si la radiografía revela la presencia de comprimidos en el estómago. La desferrioxamina también se utiliza para diagnosticar y tratar la sobrecarga crónica de hierro. Se utiliza para el diagnóstico de la sobrecarga de aluminio y el tratamiento de la sobrecarga de aluminio en pacientes con insuficiencia renal terminal sometidos a hemodiálisis

Desferrioxamina, mesilato

Inyección (Polvo para solución para inyección o infusión), mesilato de desferrioxamina vial de 500 mg

Indicaciones: intoxicación aguda por hierro; sobrecarga crónica de hierro; sobrecarga de aluminio

Precauciones: alteración renal (Apéndice 4); exámenes oftalmológicos u otológicos antes de iniciar el tratamiento y cada 3 meses durante el tratamiento; encefalopatía por aluminio (puede exacerbar la disfunción neurológica); gestación (Apéndice 2); lactancia (Apéndice 3); niños menores de 3 años (puede producir retraso del crecimiento)

Posología:

Intoxicación aguda por hierro, *por infusión intravenosa lenta*, **ADULTOS** y **NIÑOS** dosis inicial 15 mg/kg/hora, que se reduce después de 4-6 horas para que la dosis total no exceda de 80 mg/kg en 24 horas

Sobrecarga crónica de hierro, *por infusión subcutánea o intravenosa*, **ADULTOS** y **NIÑOS** la mínima dosis eficaz, habitualmente entre 20 y 60 mg/kg al día durante 4-7 días a la semana

Sobrecarga de aluminio en la insuficiencia renal terminal, *por infusión intravenosa*, **ADULTOS** y **NIÑOS** 5 mg/kg, una vez a la semana durante la última hora de la diálisis

Diagnóstico de sobrecarga de hierro, *por inyección intramuscular*, **ADULTOS** y **NIÑOS** 500 mg

Diagnóstico de sobrecarga de aluminio, *por infusión intravenosa*, **ADULTOS** y **NIÑOS** 5 mg/kg durante la última hora de la diálisis

RECONSTITUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. Según las recomendaciones del fabricante. Para más detalles y advertencias relativas a la administración con finalidades terapéuticas o diagnósticas, véanse los documentos del fabricante

Efectos adversos: anafilaxia; sofocos, urticaria, hipotensión, shock (sobre todo cuando se administra por infusión intravenosa demasiado rápida); alteraciones gastrointestinales; fiebre, cefalea, artralgia, mialgia; arritmias; alteración renal; alteraciones hematológicas; trastornos neurológicos como neuropatía, parestesia y mareo; convulsiones; infecciones por Yersinia y mucormicosis; alteraciones visuales (como opacidad del cristalino y retinopatía) y sordera; erupción; raramente, retraso de crecimiento (en niños pequeños); raramente, síndrome de distrés respiratorio del adulto; dolor con la inyección intramuscular o subcutánea; irritación local con la infusión subcutánea prolongada; decoloración marrón-rojiza de la orina

4.2.5 Intoxicación por metales pesados

La intoxicación por metales pesados se puede tratar con una variedad de antidotos como **dimercaprol**, **edetato cálcico sódico**, **ferrocianuro férrico potásico** y **penicilamina**. La penicilamina también se utiliza para promover la excreción de cobre en la enfermedad de Wilson.

Dimercaprol

Inyección oleosa (Solución para inyección), dimercaprol 50 mg/ml en aceite de cacahuete, ampolla de 2 ml

Indicaciones: intoxicación aguda por antimonio, arsénico, bismuto, oro, mercurio, posiblemente talio; adyuvante (con edetato cálcico sódico) en la intoxicación de plomo

Contraindicaciones: no está indicado en la intoxicación por hierro, selenio o cadmio; alteración hepática grave (excepto en la intoxicación por arsénico)

Precauciones: hipertensión; alteración renal (se recomienda retirar o usar

con extrema precaución en caso de insuficiencia renal durante el tratamiento); hay que valorar cualquier reacción anormal como hiperpirexia; edad avanzada; gestación; lactancia

Posología:

Intoxicación por metales pesados, *por inyección intramuscular*, **ADULTOS** 400-800 mg distribuidos en varias tomas el primer día, después 200-400 mg al día distribuidos en varias tomas el segundo y tercer día, después 100-200 mg al día distribuidos en varias tomas los días subsiguientes (las dosis únicas generalmente no deben exceder 3 mg/kg, pero en intoxicaciones graves pueden ser necesarias dosis únicas iniciales de hasta 5 mg/kg); **Niños** las dosis se calculan según el peso y se usan las mismas unidades dosis/kg como en los adultos en situaciones similares

Efectos adversos: hipertensión, taquicardia; malestar, náusea, vómitos, dolor abdominal, salivación, lagrimeo, sudoración, sensación de quemazón en la boca, garganta y ojos; sensación de opresión en garganta y pecho; cefalea, espasmos musculares, hormigueo en extremidades; fiebre en niños; dolor local y absceso en el lugar de la inyección

Edetato cálcico sódico

Infusión (Concentrado para solución para infusión), edetato cálcico sódico 200 mg/ml, ampolla 5 ml

Indicaciones: intoxicación por plomo

Precauciones: insuficiencia renal

Posología:

Tratamiento de la intoxicación por plomo, *por infusión intravenosa*, **ADULTOS** y **Niños** hasta 40 mg/kg dos veces al día hasta 5 días; se puede repetir si es necesario después de un intervalo de 48 horas

DILUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. Según las recomendaciones del fabricante

Efectos adversos: necrosis tubular renal; náusea, diarrea, calambres abdominales; tromboflebitis (si se administra demasiado rápido o una solución demasiado concentrada), fiebre, malestar, cefalea, mialgia, sed, escalofríos, respuestas similares a la histamina (rinorrea, congestión nasal, lagrimeo) e hipotensión transitoria

Ferrocianuro férrico potásico

Azul de prusia

Polvo para solución oral, ferrocianuro férrico potásico

Indicaciones: intoxicación por talio

Contraindicaciones: estreñimiento; íleo paralítico

Posología:

Tratamiento de la intoxicación por talio, *por sonda duodenal*, **ADULTOS** 125 mg/kg en 100 ml de manitol al 15% dos veces al día (hasta que el talio urinario se haya estabilizado a 500 microgramos o menos al día)

Efectos adversos: estreñimiento, deposiciones oscuras

Penicilamina

Cápsulas, penicilamina 125 mg [no se incluye en la Lista Modelo de la OMS], 250 mg

Comprimidos, penicilamina 125 mg [no se incluye en la Lista Modelo de la OMS], 250 mg

Indicaciones: intoxicación por metales pesados, sobre todo plomo y cobre; enfermedad de Wilson; artritis reumatoide grave (sección 2.4)

Contraindicaciones: hipersensibilidad; lupus eritematoso

Precauciones: supervisión durante todo el tratamiento mediante hemogramas y análisis de orina; alteración renal (Apéndice 4); gestación (Apéndice 2); hay que evitar el uso concomitante de oro, cloroquina o un tratamiento inmunosupresor; hay que evitar el hierro oral durante las 2 horas de una dosis; **interacciones:** Apéndice 1

RECUENTOS DE CÉLULAS HEMÁTICAS. En la enfermedad de Wilson, hay que considerar la retirada si el recuento de plaquetas disminuye por debajo de $120.000/\text{mm}^3$ o de leucocitos por debajo de $2.500/\text{mm}^3$ o 3 descensos consecutivos dentro del intervalo de referencia (se puede reintroducir a una dosis menor cuando los recuentos vuelven al intervalo de referencia, pero en caso de recurrencia de la neutropenia o la trombocitopenia es necesaria la retirada definitiva)

CONSEJO AL PACIENTE. En la enfermedad de Wilson hay que advertir al paciente que notifique a su médico de manera inmediata si presenta dolor de garganta, fiebre, infección, enfermedad inespecífica, hematomas o hemorragias inexplicables, púrpura, úlceras orales o erupción

Posología:

Intoxicación por metales pesados, *por vía oral*, **ADULTOS** 1-2 g al día distribuidos en 4 tomas antes de las comidas (se sigue hasta que el plomo urinario se estabilice a menos de 500 microgramos al día); **NIÑOS** 20-25 mg/kg al día distribuidos en varias tomas

Enfermedad de Wilson, *por vía oral*, **ADULTOS** 1,5-2 g al día distribuidos en varias tomas antes de las comidas; máximo 2 g al día durante 1 año y después mantenimiento 0,75-1 g al día; **EDAD AVANZADA** 20 mg/kg al día distribuidos en varias tomas y ajustados según la respuesta; **NIÑOS** hasta 20 mg/kg al día distribuidos en varias tomas; mínimo 500 mg al día

Efectos adversos: inicialmente náusea (se minimiza si se toma con las comidas o al acostarse), anorexia, fiebre; pérdida del gusto (no se recomiendan los suplementos minerales); alteraciones hematológicas como trombocitopenia, agranulocitosis y anemia aplásica; proteinuria, raramente hematuria (retirada inmediata); también se ha descrito anemia hemolítica, síndrome nefrótico, síndrome similar al lupus eritematoso, síndrome similar a la miastenia *gravis*, polimiositis (afectación cardíaca rara), dermatomiositis, úlceras bucales, estomatitis, alopecia, bronquiolitis y neumonitis, pénfigo, síndrome de *Goodpasture* y síndrome de *Stevens-Johnson*; aumento de la mama en hombres y mujeres; erupción al inicio del tratamiento (habitualmente alérgico—puede requerir retirada temporal), erupción tardía (reducir la dosis o retirar el tratamiento)

4.2.6 Metahemoglobinemia

El **cloruro de metiltioninio** puede reducir los niveles de metahemoglobinemia en los hematíes y se utiliza en el tratamiento de la metahemoglobinemia. A dosis altas, puede producir metahemoglobinemia y por tanto hay que vigilar los niveles de metahemoglobinemia durante el tratamiento.

Cloruro de metiltioninio

Azul de metileno

Inyección (Solución para inyección), cloruro de metiltioninio 10 mg/ml, ampolla 10 ml

Indicaciones: metahemoglobinemia aguda

Contraindicaciones: alteración renal grave; metahemoglobinemia producida por clorato o inducido por nitrito sódico en el tratamiento de la intoxicación por cianuro

Precauciones: déficit de G6PD—puede producir anemia hemolítica; hay que vigilar la metahemoglobinemia en sangre durante todo el tratamiento; gestación; lactancia

Posología:

Metahemoglobinemia aguda, *por inyección intravenosa lenta* durante varios minutos **ADULTOS** y **NIÑOS** 1-2 mg/kg en dosis única; se puede repetir después de 1 hora si es necesario

ADMINISTRACIÓN. Según las recomendaciones del fabricante

Efectos adversos: náusea, vómitos, dolor abdominal, dolor torácico, cefalea, mareo, confusión, sudoración profusa; se ha descrito hipertensión o hipotensión; anemia hemolítica—en déficit de G6PD; metahemoglobinemia—a dosis altas; coloración azulada de la piel; saliva, orina y heces azules

4.2.7 Intoxicación por cianuro

La intoxicación por cianuro se puede tratar con **nitrito sódico** seguido por **tiosulfato sódico**.

Nitrito sódico

Inyección (Solución para inyección), nitrito sódico 30 mg/ml, ampolla 10 ml

Indicaciones: intoxicación por cianuro (junto con tiosulfato sódico)

Precauciones: hay que vigilar los niveles plasmáticos de metahemoglobinemia; enfermedad cardiovascular o vascular cerebral graves

Posología:

Intoxicación por cianuro, *por inyección intravenosa* durante 5-20 minutos, **ADULTOS** 300 mg (seguidos por tiosulfato sódico); si reaparecen los síntomas, otra dosis de 150 mg 30 minutos después; **NIÑOS** 4-10 mg/kg (inicialmente dosis inferior)

Efectos adversos: vasodilatación con resultado de síncope, hipotensión, taquicardia, sofocos, cefalea; metahemoglobinemia; cianosis, disnea, taquipnea, náusea, vómitos y dolor abdominal

Tiosulfato sódico

Inyección (Solución para inyección), tiosulfato sódico 250 mg/ml, ampolla 50 ml

Indicaciones: intoxicación por cianuro (junto con nitrito sódico); pitiriasis versicolor (sección 13.1)

Posología:

Intoxicación por cianuro, después del nitrito sódico, *por inyección intravenosa lenta* durante unos 10 minutos, **ADULTOS** 12,5 g; si reaparecen los síntomas, otra dosis de 6,25 g 30 minutos después; **NIÑOS** 400 mg/kg