



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Servicio Andaluz de Salud

# **P0036\_ MANEJO Y GESTIÓN DE LAS INTOXICACIONES CON MEDICAMENTOS**

**TORRECÁRDENAS**  
Hospital Universitario



**Elaboración:** Pablo Nieto Guindo

Trinidad Moreno Díaz

**Referente:** UGC Farmacia HU Torrecárdenas

**Fecha de revisión:** 10/06/2022 (trianual)

**Elaboración:** UGC Farmacia

**Validación:** Unidad de Calidad HUT

**Autorización:** Dirección Asistencial HUT



## ÍNDICE

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES
4. RESPONSABILIDAD
5. DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO
6. ANEXOS



## **1. OBJETIVO**

El objetivo del presente documento es la creación de un procedimiento básico y actualizado de actuación en caso de intoxicaciones consecuencia de exposiciones accidentales o intencionadas de medicamentos u otras sustancias o bien derivadas del uso terapéutico de algunos fármacos, así como de mantenimiento, localización y control de stock de los distintos antídotos disponibles.

Dentro de las distintas actuaciones para el tratamiento de una intoxicación, se encuentra el tratamiento específico que conlleva forzar la eliminación del tóxico del organismo por diferentes medios y el uso de antídotos. Este protocolo recoge una relación actualizada de los distintos antídotos en función del tóxico para el cual están indicados. En la tabla que aparece en el documento, clasificada a partir del tóxico, se describe brevemente la clínica característica de las distintas intoxicaciones, la posología en función de la población (pediátrica o adulta), algunas observaciones relevantes y se indica la ubicación del fármaco si no estuviera disponible en nuestro centro. No todos los antídotos indicados se encuentran disponibles en nuestro centro, siendo precisa su solicitud al centro de referencia.

Asimismo, en este documento, se detalla el seguimiento y control de caducidades de los productos y el stock mínimo del que se dispone.

## **2. ALCANCE**

El procedimiento debe ser conocido por todo el personal sanitario implicado en el diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones.

## **3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

**Intoxicación.-** Aparición de efectos nocivos relacionados con la dosis tras la exposición a sustancias químicas, fármacos u otros xenobióticos.



**Antídoto.**- Sustancia que contrarresta los efectos nocivos de otra.

#### **4. RESPONSABILIDAD**

Será responsabilidad de la tutela y adecuado cumplimiento del Procedimiento la Dirección del Centro.

Serán responsables del cumplimiento de este procedimiento todos los profesionales sanitarios implicados en la prescripción, manipulación y administración de estos medicamentos: médicos, farmacéuticos, enfermeros Y técnicos especialistas en farmacia.

#### **5. DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO**

El tratamiento del paciente intoxicado se divide en dos partes:

- Tratamiento general:
  - Soporte de las funciones vitales
  - Evaluación del nivel de conciencia
  
- Tratamiento específico:
  - Evitar/disminuir la absorción del tóxico (descontaminaciones)
  - Aumentar excreción del tóxico
  - Uso de antídotos

##### **5.1. DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA**

La decisión para llevar a cabo una descontaminación gastrointestinal depende de tóxico, del tiempo desde la ingesta, de los síntomas y de la gravedad de éstos. (Ver Tabla)

Es importante colocar a los pacientes intoxicados en **posición decúbito lateral izquierdo**. Está demostrado que se disminuye la velocidad de absorción de los tóxicos.



### **Émesis Forzada:**

La emesis deberá ser inducida siempre que haya transcurrido menos de una hora tras la ingesta del tóxico.

**NO UTILIZAR** en las siguientes situaciones:

- Tóxicos cáusticos
- Disolventes, barnices, pinturas
- Estimulantes del SNC (precipitan convulsiones)
- Paciente con bajo nivel de consciencia.
- Crisis hipertensivas
- Úlceras esofágicas
- Embarazo
- Derivados del petróleo

La emesis forzada es una medida poco evaluada y poco empleada ya que puede dificultar la administración posterior de Carbón activo.

En caso necesario se utiliza **JARABE DE IPECACUANA**, Vía oral.

- Reduce la absorción del tóxico en un 30%, pero interfiere en la eficacia de otros métodos descontaminantes.
- Actualmente está en desuso por su alto índice de complicaciones.
- Posología: 30ml de Jarabe con 240ml de agua (un vaso).

### **Carbón Activo:**

Actúa por un mecanismo de adsorción impidiendo la absorción intestinal del tóxico. Su eficacia aumenta si se administra en la primera hora tras la ingesta y tras el lavado gástrico, llegando a eliminar hasta el 50% del tóxico. *Puede administrarse dentro de las primeras 4 horas tras la intoxicación*. Después es ineficaz, salvo en tóxicos que posean circulación enterohepática.

- Posología: 5ml/kg de una suspensión de 50g/250ml de agua. Agitar vigorosamente



**INDICADO, cada 4h a dosis iguales a la inicial, EN:**

- Preparados de liberación sostenida o retardada
- Carbamazepina
- Dapsona
- Digoxina
- Paraquat
- Fenobarbital
- Quinina
- Amanita phalloides

**NO UTILIZAR** en la ingesta de:

- Sales de hierro
- Litio
- Sales de potasio
- Etanol
- Metanol
- Etilenglicol
- Ácidos y álcalis (Cáusticos)
- Fluoruros
- Disolventes orgánicos
- Plomo y sus sales
- Mercurio y sus sales

**Contraindicado** en pacientes con obstrucción intestinal o perforación. No debe administrarse en pacientes con bajos niveles de consciencia. Riesgo de neumonitis en caso de aspiración.



### **Vaciado y Lavado Gástrico:**

Aumenta la efectividad del carbón activo si se utiliza previamente. Debe llevarse a cabo en la primera hora. Se utiliza un tubo orogástrico grueso. Primero se realiza el vaciado del contenido gástrico, aspirando si es preciso. Después lavados con agua tibia (35°C) o suero hiposalino (0,45%), administrando bolos repetidos de 300ml en adultos (10-15ml/kg en niños) y aspirando el contenido después de cada bolo. Continuar hasta que el líquido del lavado sea limpio.

**NO UTILIZAR** en las siguientes situaciones:

- Tóxicos cáusticos
- Disolventes
- Paciente inconsciente
- Crisis hipertensivas
- Úlceras esofágicas

### **Irrigación intestinal:**

Consiste en la administración por boca o sonda nasogástrica de una solución de polietilenglicol equilibrada en electrolitos a 2 Litros por hora hasta evidencia de afluencia rectal.

**INDICADO EN:**

- Intoxicaciones por hierro
- Cuerpos extraños
- Plomo
- Arsénico
- Zinc
- Tóxicos en los que el carbón activo es ineficaz

**NO UTILIZAR** en las siguientes situaciones:

- Obstrucción intestinal o perforación



## **Catárquicos** (Sulfato de Magnesio, Sorbitol)

Se usan cuando ha pasado más de una hora desde la ingestión. Usados solos no son muy efectivos, pero sí lo son si se usan tras carbón activo. Se prefiere el uso de Sorbitol por su palatabilidad y mayor eficacia.

Posología: 1-2ml/kg de Sorbitol al 70%

### **INDICADO EN:**

- Tóxicos con cubierta entérica
- Hidrocarburos volátiles

**NO UTILIZAR** en las siguientes situaciones:

- Lesiones del tracto gastrointestinal
- Insuficiencia renal
- Obstrucciones intestinales
- Desequilibrios del balance hidroelectrolítico
- Hipotensión

### **Diluciones:**

Se recomiendan sobre todo **tras la ingestión de ácidos o bases**. Para ser efectivas deben administrarse en los primeros minutos tras la ingestión.

Posología: 5ml/Kg. o 250ml de agua o leche.

Grandes volúmenes causan vómitos y empeoran la toxicidad de los agentes cáusticos.



## **5.2 DESCONTAMINACIÓN CUTÁNEA:**

La descontaminación debe ser inmediata. Retirar toda la ropa contaminada e irrigar las superficies expuestas con líquidos abundantes: *SSF 0,9%*, *Ringer lactado* o *agua corriente* al menos durante 20 minutos.

**NO UTILIZAR** en exposiciones a sólidos como:

-Óxido de calcio

-Cesio

-Litio

-Magnesio

-Potasio

-Sodio

-Fósforo

Reaccionan con el agua pudiendo explotar. En estos casos el área afectada, una vez retirado el tóxico con algodón seco, debe cubrirse con aceite mineral (parafina).

## **5.3 DESCONTAMINACIÓN OCULAR:**

En primer lugar hay que retirar el origen de la contaminación y después irrigar con *SSF 0,9%*, *Ringer lactado* o *agua corriente* durante al menos 30 minutos. Se debería continuar la irrigación hasta alcanzar un pH de entre 6-8.

## **5.4 DESCONTAMINACIÓN EXTRARRENAL**

Es una técnica prioritaria cuando existe una insuficiencia renal, diselectrolemias, alteraciones del equilibrio ácido-base y cuando no se consigue depurar suficientemente un tóxico mediante otras técnicas. Es importante que el tóxico sea susceptible de ser eliminado por esta vía.



Criterios indicativos de técnica extrarrenal:

- Intoxicación grave, sin respuesta a medidas de soporte generales.
- Desarrollo de una complicación grave
- Insuficiencia renal o hepática
- Deterioro progresivo a pesar de las medidas de soporte generales.

i) Tóxicos susceptibles de **hemodiálisis o diálisis peritoneal**: Eficaz en moléculas pequeñas e hidrosolubles con unión débil a proteínas plasmáticas y volumen de distribución pequeño.

-Metanol

-Etilenglicol (dietilenglicol)

-Etanol

-Isopropanol

-Salicilatos

-Litio

-Talio

-Barbitúricos

-Teofilina

-Amanitinas

ii) Tóxicos susceptibles de **Hemoperfusión**: Se consigue una adsorción de moléculas liposolubles.

-Barbitúricos

-Teofilina

-Metotrexato

-Paraquat



-Amanitinas

iii) **Hemofiltración:** No ofrece una gran ventaja frente a la hemodiálisis.

## 5.5 USO DE ANTÍDOTOS

En la siguiente tabla se recogen las sustancias más utilizadas como antídotos:



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Acenocumarol (Sintrom®)</b>	<p><u>Leve:</u> Epistaxis, Hemorragia gingival.</p> <p><u>Grave:</u> Hemorragia digestiva alta, intracraneal, hematuria...</p>	<b>Fitomenadiona, 10mg/ml amp. (Konakion®) + Plasma fresco si cuadro hemorrágico grave, o cirugía severa</b>	IV: Se ha de administrar una dosis de 10-20 mg en 100 ml de SF o SG al 5%.	<p>Se ha de administrar una dosis de 5-10 mg por vía oral en &lt; 12 años y 5-25 mg en &gt; 12 años.</p> <p>Si hay sangrado grave, hay que administrar una dosis de 1-5 mg/día por vía IV</p>	Precaución en Hipersensibilidad a vitamina K	(10 VIALES)
<b>Salicilatos</b> (Nomograma de DONE predice la gravedad)	Vómitos, cefalea, tinnitus, hipoacusia, vértigo, sudoración, eritema, Taquicardias,	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
		<b>Bicarbonato Sódico 1/6M</b>	1-2 mEq/kg en forma de bolo por vía IV en 1-2 min.	<b>Inicio:</b> dosis de 1-2 mEq/kg por vía IV	Contraindicado en hipocalcemia e	(12 FRASCOS)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	hiperventilación, alcalosis respiratoria y acidosis metabólica.	<b>(0,167mEq/ml) para forzar diuresis alcalina</b>	En adultos es habitual utilizar 50-100 mEq (50-100 ml) en 1 hora (hay que mantener el pH a 7,45-7,55).	directa diluido en el mismo volumen de SG 5%, a infundir en 20 min. Se puede repetir a los 5 min. <b>Mantenimiento:</b> 1 mEq/kg/día en bomba inf continua (hay que mantener el pH a 7,45-7,55).	ICC Puede adm. por vía intravenosa como inyección directa en situación de emergencia. Para su infusión se debe diluir en NaCl 0,9% o suero glucosado al 5% hasta una concentración máxima de 0,5 mEq/mL y administrar a una velocidad máxima de 1 mEq/kg/h.	
		<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	SI Concentración en plasma >800mg/L, pacientes refractarios, con insuficiencia renal o hepática grave			



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Ácidos (CÁUSTICOS)</b>	Dolor bucofaríngeo. Vómitos, dolor tipo ulceroso retroesternal y en epigastrio, acidemia y hemólisis. VIGILAR posible dolor abdominal	<b>Terapia de Soporte</b>			Contraindicado: LAVADO GÁSTRICO EMESIS CARBÓN ADSORBENTE LAXANTES SALINOS	
<b>Amanita</b>	Ver intoxicación por Setas	<b>Silibina o Silimarina 350mg/amp, (Legalón®). Se recomienda forzar diuresis</b>	Se ha de administrar una dosis de 5 mg/kg en 100-250 ml de SF o SG al 5% durante 2 h. Hay que repetir la dosis cada 6 h (6 días). Se recomienda una dosis de mantenimiento de 20mg/kg/24h en perfusión continua.	Inicio: Se ha de administrar una dosis de 5mg/kg durante 2 h. Reconstituir el liofilizado con 35 ml de SF o SG5%. Mantenimiento: Hay que continuar con 5 mg/kg/d cada 6 h (diluir en SG al 5% y pasar durante	La solución reconstituida es estable 6 h	DISPONIBLE EN CARLOS HAYA



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
				2 h).		
		<b>Alternativa: Penicilina G sódica</b>	Se han de administrar de 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.	Se han de administrar de 200.000 a 1.000.000 UI/kg/día cada 4 horas, en perfusión continua (máx. 40 MU).	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.	(10 VIALES)
<b>Álcalis CÁUSTICOS</b>	Dolor bucofaríngeo. Vómitos, dolor tipo ulceroso retroesternal y en epigastrio, acidemia y hemólisis..	<b>Terapia de Soporte</b>			Contraindicado: LAVADO GÁSTRICO EMESIS CARBÓN ADSORBENTE LAXANTES	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	Película jabonosa en mucosa.				SALINOS	
<b>Anfetaminas</b>	Excitación, taquicardia, convulsiones, hipertermia. Hipertensión, midriasis, agitación, delirio, hipertonia	<b>Ácido ascórbico amp. 1g/5ml</b>	IV: Bolus de 1g (1 amp). En hepatópatas: 500mg (1/2 amp)/6-8h	IV: 500mg(1/2amp) /6-8h	Riesgo de formación de cálculos y precipitación de ataques agudos de gota	(12 AMP)
		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	25-100 g o 1-2 g/kg en las primeras 4h (equivale a 50 g de carbón activo en suspensión: 1 frasco de 250 ml). Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos	(4ENVASES)
	Si convulsiones	<b>Diazepam (Valium®) 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario.	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx:	Contraindicado en embarazo, lactancia,	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			Dosis máx: 30mg	10mg	glaucoma	(20 AMP)
		<b>Fenitoína 100mg/2ml</b>	IV, por vía central, 3,5-5mg/Kg en SSF 0,9% sin exceder 50mg/min	IV: Dosis de inicio 1,25mg/kg c/5min hasta un total de 15mg/kg. Mantenimiento: 5-10mg/kg/día en 2-3 dosis.	Puede producir: Bloqueo cardiaco, Adams-Stokes, Bradicardia sinusal	(10 AMP)
<b>Antagonistas del calcio</b> (Verapamilo, Diltiazem, Nifedipino, Nimedipino...)	Bradicardia, hipotensión y taquicardia refleja, acidosis láctica, letargia y náuseas y vómitos e insuficiencia cardiaca	<b>Gluconato Cálcico (Suplecal®) 92mg Ca/10ml= 4,65mEq</b>	4,65 mEq (10ml) 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 0,28-0,55 mEq/kg/h Se ha de administrar el fármaco por vía central (muy irritante). Hay que realizar una monitorización por ECG y calcemia.	<b>Inicio:</b> 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). Dosis máx= 13,5 mEq (3 g = 30 ml). Se puede repetir 3 veces. <b>Mantenimiento:</b> perfusión de 0,28-0,7 mEq/kg/h (0,6-1,5 ml/kg/h).	Contraindicado en Insuf renal severa.  Contraindicada emesis forzada.  Administrar por vía central (muy irritante).  Realizar una	(12 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
					monitorización por ECG y calcemia	
<b>Antidepresivos tricíclicos.</b>	Arritmias, hipotensión, hipertermia, convulsiones y coma	<b>Bicarbonato Sódico 1/6M (0,167mEq/ml) para forzar diuresis alcalina</b>	1-2 mEq/kg en forma de bolo por vía IV en 1-2 min. En adultos es habitual utilizar 50-100 mEq (50-100 ml) en 1 hora (hay que mantener el pH a 7,45-7,55).	<b>Inicio:</b> dosis de 1-2 mEq/kg por vía IV directa diluido en el mismo volumen de SG 5%, a infundir en 20 min. Se puede repetir a los 5 min. <b>Mantenimiento:</b> 1 mEq/kg/día en bomba inf continua (hay que mantener el pH a 7,45-7,55).	Contraindicado en hipocalcemia e ICC  Puede adm. por vía intravenosa como inyección directa en situación de emergencia. Para su infusión se debe diluir en NaCl 0,9% o suero glucosado al 5% hasta una concentración máxima de 0,5 mEq/mL y administrar a una velocidad máxima de 1 mEq/kg/h.	(12 FRASCOS)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>Fisostigmina salicilato, Anticholium® amp. 2 mg/5 mL (Medicamento extranjero)</b>	Dosis de 1-2 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: 2 mg/h hasta un máximo de 8 mg/h.	Se ha de administrar una dosis de 0,02-0,03 mg/kg (máx. 0,5 mg), diluida en 10 ml de SF IV en 5-10 min. Se puede repetir la dosis a los 15-30 min. <b>La dosis máxima acumulada es de 2 mg.</b>	Usar solo en intoxicación severa. Riesgo de infarto, asma, convulsiones.  Puede producir hipotensión. Vigilar al paciente 3-4h post-adm.  Monitorización ECG	(10 AMP)
		<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
		<b>Fenitoína 100/2ml</b>	IV, por vía central, 3,5-5mg/Kg en SSF 0,9% sin exceder 50mg/min	IV: Dosis de inicio 1,25mg/kg c/5min hasta un total de 15mg/kg. Mantenimiento: 5-10 mg/kg/día en 2-3	Puede producir: Bloqueo cardiaco, Adams-Stokes, Bradicardia sinusal	(10 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
				dosis		
<b>Antimonio</b>	Toxicidad gastrointestinal, si es crónica: arritmias, letargia...	<b>Dimercaprol (B.A.L)100 mg/ 2 mL (Medicamento extranjero)</b>	IM: 3 mg/Kg/4-6 h durante 2 días, 3 mg/Kg/12 h el tercer día hasta 7-10 días.	Igual que en adultos.	Precaución en Insuficiencia hepática severa, Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al cacahuete.	(24 AMP)
		<b>Carbón Activo</b> <b>Se puede hacer lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4 ENVASES)
<b>Arsénico</b>	Gastroenteritis coleriforme, náuseas. Regusto metálico. En caso graves hipotensión, taquicardia,	<b>Dimercaprol (B.A.L)200 mg/ 2 mL (Medicamento extranjero)</b>	IM: -Intoxicación leve: 2,5 mg/Kg/6 h durante 2 días, c/12 h el tercer día y seguir c/24h hasta 7-10 días. -Intoxicación grave: 3 mg/Kg/4 h durante 2 días,	Igual que en adultos.	Precaución en insuficiencia renal y hepática severa, Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al	(24 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	delirio, convulsión y coma, parestesias, hemorragia digestiva alta y hemólisis.		c/6 h el tercer día y seguir c/12h hasta 10 días.		cacahuete	
		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos	(4ENVASE S)
		<b>Alternativa: Penicilamina, Cupripen® cáps. 250 mg</b>	Oral: 250 mg cada 6 h (máx. 1 g/día). La duración del tratamiento es de 2-3 semanas Si Arsénico en plasma >7mcg/ml y >50mcg/ml en orina: Asociar a Dimercaprol	Oral: 20-30 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día). Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.	Insuf. renal, S. nefrótico, hipersensibilidad, tratamiento con depresores hematopoyéticos. Monitorizar la función renal y hepática. En tto prolongados asociar a piridoxina 25mg/día.	(30 COMPR)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Atropina</b> <b>ANTICOLI-NÉRGICOS</b> <b>(Belladona, Estramonio)</b>	Sequedad mucosas, visión borrosa, midriasis, taquicardia, hipertermia, confusión, delirio, convulsiones, retención aguda de orina e íleo.	<b>Fisostigmina salicilato, Anticholium® amp. 2 mg/5 mL (Medicamento extranjero)</b>	Dosis de 1-2 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: 2 mg/h hasta un máximo de 8 mg/h.	0,02-0,03 mg/kg (máx. 0,5 mg), diluida en 10 ml de SF IV en 5-10 min. Se puede repetir la dosis a los 15-30 min. La dosis máxima acumulada es de 2 mg. Se puede administrar por vía IM sin diluir.	Usar solo en intoxicación severa. Riesgo de infarto, asma, convulsiones.  Puede producir hipotensión. Vigilar al paciente 3-4h post-adm.  Monitorización ECG. Proteger de la luz.	(10 AMP)
		<b>Si convulsiones: Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
<b>Barbitúricos</b> (Fenobarbital)	Letargo, nistagmo, habla cercenada,	<b>Bicarbonato Sódico 1/6M (0,167mEq/ml)</b>	IV: 12-30 ml/kg a pasar en 4-8h		Contraindicado en hipocalcemia e ICC	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	incoordinación, depresión SNC. Hipotensión e hipotermia.	<b>para forzar diuresis alcalina</b>				(12FRASCOS)
		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antidotos	(4ENVASES)
		<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	En pacientes refractarios, con insuficiencia renal y graves			
<b>Bario</b>	Náuseas, vómitos, calambres abdominales, parada cardíaca.	<b>Magnesio sulfato, Sulmetin @ 1,5 g/10 ml</b>	Oral: 20-30 g disueltos en 200 ml de agua. Maximo 2 dosis IV: Se ha de administrar una dosis de 1-2 g en 50 ml de SG5% en 15 min.  En caso de <i>torsade de</i>	Oral: 250 mg/kg en solución al 10%  50 mg/kg/dosis en SG al 5% en 15 min (máx. 2 g).	(Bujías, velas...)  Corregir HIPOKALEMIA, reacción adversa al Bario.  Control presión arterial.	(20 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			<i>pointes</i> , se puede administrar en bolo.		Contraindicado en IC, IH, IR.	
<b>Benzodiazepi-nas</b>	Sedación, somnolencia, hipotensión, depresión respiratoria disartria y ataxia.	<b>Flumazenilo, Anexate® amp. 1 mg/10 mL</b>	<p>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 2 mg (8 bolo).</p> <p>Si revierte el coma pero reaparece somnolencia, hay que administrar 2 mg en 500 ml de SG al 5% durante 6 h.</p>	<p>Se desconoce la dosis óptima ya que la experiencia es muy limitada:</p> <p>Bolo IV de 15-30 segundos: dosis inicial 0,01 mg/kg (máx.: 0,2 mg).</p> <p>Se puede repetir dosis de 0,01 mg/kg después de 45 segundos y cada minuto hasta un máximo acumulado de 0,05 mg/kg o 1 mg. Como alternativa a los bolos repetidos, puede iniciarse una infusión intravenosa continua a 0,005-0,01 mg/kg/h.</p>	Precaución si se sospecha sobredosis mixta de antidepresivos o trastornos epilépticos. Riesgo de convulsiones en intoxicaciones mixtas con antidepresivos tricíclicos.	(10 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Beta-bloqueantes</b>	Bradicardia, bloqueo AV e hipotensión y shock.	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
		<b>Adrenalina 1mg/ml</b>	IV: 1 amp en 100ml de SSF0,9%. a 0,015-0,2 micrg/Kg/min			(20 AMP)
	Si hipoglucemia	<b>Glucagón (Gen-Hypokit) iny 1 mg</b>	IV: 50 µg/kg en 1-2 min (máx. 5 mg). Si no hay respuesta al minuto, hay que repetir la dosis (máx. total de 10 mg).  Se ha de continuar con perfusión de 75 µg/kg/h (máx. 5 mg/h) en SG al 5%.	IV: 50 µg/Kg en 5 min. Si no hay respuesta a los 10 min, repetir. Continuar con una perfusión de 50 µg/kg/h (máx. 5 mg/h) en SG5%.	Precaución en insulinoma, feocromocitoma, glucagonoma.  VIGILAR ritmo cardiaco al menos 6h	(Farmacia, Nevera)  (10 viales)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Bismuto</b> (Metales pesados)	Encefalopatía	<b>Dimercaprol (B.A.L) 100 mg/ 2 mL (Medicamento extranjero)</b>	IM: 3 mg/kg/4h el primer día, 2 mg/kg/4h el segundo día, 2 mg/kg/12h el tercer día y seguir con 2 mg/kg/24h hasta la recuperación del paciente (5-10 días)	Se ha de administrar una dosis de 3 mg/kg por vía IM cada 4 h.	Precaución en Insuficiencia hepática severa, Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al cacahuete	(24 AMP)
		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
<b>Cadmio</b> (Metales)	Hiper calciuria, osteomalacia,	<b>Edetato cálcico disódico.</b>	1 g en 500 ml de SF o SG al 5% en 6 h. Hay que repetir		Precaución en Insuf renal	<b>Fármaco actualme</b>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
pesados)	enfermedad renal crónica, dolor óseo	<b>Complecal® amp 935 mg (medicamento extranjero)</b>	la dosis cada 12 h durante 5 días (máx. de 75 mg/kg/día).		severa. Contraindicado el dimercaprol® al formar quelatos nefrotóxicos.  ADMINISTRAR POR VÍA CENTRAL (muy irritante).	<b>n</b> <i>te no disponible</i>
<b>Cannabinoi- des</b>	Euforia, relajación, alteración motora.	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASE S)
<b>Carbamatos (baygon)</b> Insecticidas	Miosis, sudoración, bradicardia, broncoespasmo, temblor, parálisis, disnea	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASE S)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	e inconsciencia.					
		<b>Atropina 1mg/1ml</b>	IV: 2-4mg dosis inicial, después 2mg c/5-10min hasta reversión de síntomas muscarínicos.	IV: 0,05 mg/kg vía IV rápida (max. 2mg). Si no hay efecto, continuar con 0,1 mg/kg c/3-5 min.	Puede aparecer estenosis pilórica, broncoespasmo, glaucoma, galactorrea.  Algunos autores proponen una dosis inicial en adultos de 2-5 mg por vía IV o IM.	(20 AMP)
<b>Cianuro</b>	Disnea, hipoxia, acidosis metabólica con hiperventilación refleja, palpitaciones, cefalea, convulsiones.	<b>Hidroxibalami na 5 g/vial Cyanokit®</b>	IV: 5 g en 200ml SSF en 15min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h. La velocidad de infusión de esta segunda dosis oscila entre 15 min (pacientes sumamente inestables) y las dos horas. Dosis máx. total	IV: 70 mg/kg (máx. 5 g) en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 1 h. La velocidad de infusión de esta segunda dosis oscila entre 15 min	Hipersensibilidad. Puede aparecer tez rosácea.  No en alergia a B12.  Reconstituir con 200 ml de SF (o	(2 VIALES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	Olor a almendras amargas		10g.	(pacientes sumamente inestables) y las dos horas.	SG 5%, si no se dispone de SF), sin agitar para evitar la formación de espuma.  Estabilidad FQ 6h en nevera.  No administrar otro medicamento por la misma vía por riesgo de precipitación.	
		<b>Oxigeno con reservorio (100%) y lavado gástrico simultáneo al tratamiento, nunca debe precederlo.</b>				



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>Edetato dicobalto amp 300mg/20ml (kelocyanor®)</b>	300 – 600 mg (1 – 2 amp), seguido de 50 ml de <u>Dextrosa 50%</u> . Si no existe mejoría repetir de acuerdo a la gravedad del paciente a los 15 minutos		Solo en intoxicación grave. Nunca como medida preventiva	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>
<b>Clonidina</b>	Hipotermia y depresión respiratoria, Hipertensión inicial seguida de hipotensión grave. Midriasis, convulsiones, reflejo planta-extensor	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos	(4ENVASES)
		<b>Naloxona amp. 0,4 mg/1 mL. No revierte el efecto hipotensor</b>	IV: 0,4 mg por vía IV directa. Si no hay respuesta, se ha de repetir la dosis en 2-3 min hasta un máximo de 4 mg (10 bolo). Si no es posible la vía IV se puede usar la vía IM ó SC.	IV: 10 microg/Kg, si no hay respuesta 100 microg/Kg. Si no es posible la vía IV se puede usar la vía IM ó SC.		(20 AMP)
<b>Cobalto</b>	Asma, miocardiopatía,	<b>Edetato cálcico</b>	1 g en 500 ml de SF o SG al 5% en 6 h. Hay que repetir	/		<b>Fármaco actualmente</b>



<b>TOXICO</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>ANTÍDOTO</b>	<b>POSOLOGÍA ADULTO</b>	<b>POSOLOGÍA NIÑO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>STOCK MÍNIMO (Ubicación)</b>
Metales, pilas, baterías, pigmentos.	dermatitis de contacto.	<b>disódico.</b>	la dosis cada 12 h durante 5 días (máx. de 75 mg/kg/día).		Precaución en Insuf renal severa. Contraindicado el dimercaprol® al formar quelatos nefrotóxicos.  ADMINISTRAR POR VÍA CENTRAL (muy irritante).	<b><i>n</i>te no disponible</b>
<b>Cobre</b> Metales pesados: insecticidas, alambre, suplementos.	Anemia, convulsiones, diarrea, sabor metálico, ojos y piel amarillentos.	<b>Penicilamina, Cupripen® cápsulas 250 mg</b>	Oral: 250 mg cada 6 h (máx. 1 g/día). La duración del tratamiento es de 2-3 semanas	Oral: 20-30 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día). Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.	Insuf. renal, síndrom nefrótico, hipersensibilidad, tratamiento con depresores hematopoyéticos.	(30 COMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Cocaína</b>	Midriasis, Taquicardia, hipertermia, hipertensión, convulsiones, coma	<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
<b>Curarizantes (Vecuronio, rocuronio)</b>	Taquicardia, disnea, depresión SNC, coma.	<b>Neostigmina amp 0,5mg/ml</b>	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.  Se recomienda administrar, unos minutos antes de la neostigmina, entre 0,6 y 1,2 mg de atropina IV.	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. Se recomienda administrar, unos minutos antes de la neostigmina, entre 0,01 y 0,02 mg/kg de atropina IV.	Sobredosis: Manifestaciones colinérgicas. Vigilar función cardiovascular.	(20 AMP)
	Reversión de la anestesia	<b>Sugammadex (Bridion®)100m g/ml</b>	Reversión inmediata 16 mg/Kg.  Reversión de rutina 4	IV: una sola dosis 2mg/kg. NO USAR PARA REVETIR VECURONIO NI EN	Precaución con Hipersensibilidad	(10 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			mg/Kg.	MENORES 2 AÑOS		
	Hipertermia maligna	<b>Dantroleno vial 20mg (Dantrium®)</b>	2,5 mg/kg por vía IV directa y preferible por vía central. Se puede repetir una dosis entre 2 y 3 mg/kg cada 15 min hasta controlar los síntomas o conseguir la dosis máxima de 10 mg/kg.	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	Precaución en Insuficiencia hepática, hipersensibilidad al fármaco. Solución reconstituida es estable 6 horas a TA y protegida de la luz.	(28 VIALES)
<b>Dabigatrán</b>		<b>Idarucizumab Vial 2,5 g/50 mL (Praxbind)</b>	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.	-	No deben pasar más de 15 minutos entre una infusión y la siguiente.  Cuidado en pacientes intolerantes a la fructosa y pacientes con restricción de	(7 viales)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
					sodio.	
<b>Dietilenglicol</b> Disolventes	1º Embriaguez, ataxia, convulsiones (FONDO DE OJO NORMAL) 2º insuf cardíaca y respiratoria 3º nefrotoxicidad: oliguria y dolor en flanco	<b>Fomepizol 1,5g/1,5ml (antizol®I) (medicamento extranjero)</b>	<b>Inicio:</b> Se ha de administrar una dosis de carga de 15 mg/kg en 100 ml SF o SG5% por vía IV en 30 min.  <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h, se ha de administrar una dosis de 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis o hasta que se elimine el tóxico.	<b>Inicio:</b> 15 mg/kg por vía IV en 30 min.  <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h, administrar 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis y, si es necesario, se ha de continuar con 15 mg/kg cada 12 h.  **Diluir cada una de las dosis en SF o SG 5% a una concentración < a 25 mg/ml e infundir en 30 min	Precaución con Hipersensibilidad	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>
	Intoxicación aguda: habla cercenada, incoordinación, hipotermia. También síndrome de	<b>Tiamina amp 100mg/ml (Benerva®)</b>	IV: 100-200mg/día lenta (30segundos).	IV:10-25mg/día	Dar ANTES de poner suero glucosado	(12 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	abstinencia					
<b>Digitálicos</b> Digoxina, Digitoxina, Ouabaína	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, visión coloreada, síncope, confusión, cefalea, alucinaciones. Arritmias, Bradicardia y parada cardíaca	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
		<b>Fenitoína 100mg/2ml</b>	IV, por vía central, 3,5-5mg/Kg en SSF 0,9% sin exceder 50mg/min	IV: Dosis de inicio 1,25mg/kg c/5min hasta un total de 15mg/kg. Mantenimiento: 5-10 mg/kg/día en 2-3 dosis	Contraindicado en Bloqueo cardíaco, Adams-Stokes, Bradicardia sinusal	(10 AMP)
	En intoxicaciones muy graves sin respuesta al tratamiento.	<b>Antídoto antidigoxina de oveja, Digitalis antidoto® viales 40 mg (Medicamento extranjero)</b>	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	Según la CCTD (mirar "Posología en adultos").  En caso de PC, taquicardia ventricular o BAV completo con bradicardia extrema	80 mg de antídoto fijan 1 mg de digoxina en el organismo.  REALIZAR TEST ALÉRGICO antes	12 viales



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			<p>AcAD para neutralizarse.</p> <p>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.</p> <p>SIN DIGOXINEMIA disponible:</p> <p>Dar una dosis de 480mg</p>	<p>y sin digoxinemia, hay que administrar 200 mg de AcAD en niños &lt; 20 kg y 400 mg en niños &gt; 20 kg.</p>	<p>de administración</p>	
<p><b>Ergotamina, Ergobasina</b> .... (Alcaloides del cornezuelo de</p>	<p>Intenso dolor en las extremidades con aparición de gangrena. Convulsiones</p>	<p><b>Nitroprusiato 50mg vial</b></p>	<p>Dosis promedio: 3 (0,5-8) µg/kg/minuto, mientras que en los pacientes que reciban concomitantemente un agente antihipertensivo oral se requerirán dosis inferior. Dosis máxima será 10</p>	<p>Dosis promedio: 3 (0,5-8) µg/kg/minuto, mientras que en los pacientes que reciban concomitantemente</p>	<p>Reconstituir con 5ml del disolvente especial justo antes de la disolución. Diluir el vial en 500ml o</p>	<p>(10 VIALES)</p>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
centeno)			mcg/kg/min durante un máximo de 10 minutos.	un agente antihipertensivo se requerirán dosis inferiores.  No se recomienda en niños de corta edad.	1000ml SG5% → concentración de 100 mcg/ml o 50mcg/ml respectivamente. y administrar en 30min. Usar en las 4 primeras horas tras reconstitución. <b>Proteger de la luz</b>  Precaución en insuficiencia hepática, Déficit de B12, Leber, tratamiento con sildenafil. coartación aorta.  Realizar test alérgico antes de la administración	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Estricnina</b> (Rodenticidas)	Contracciones leves, rigidez de cara y extremidades. Convulsiones dolorosas y "risa sardónica".	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. NUNCA FORZAR LA EMESIS</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
		<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
<b>Etanol</b>	Intoxicación aguda: habla cercenada, incoordinación, hipotermia. También síndrome de abstinencia	<b>Tiamina amp 100mg/ml (Benerva®)</b>	IV: 100-200mg día MUY lenta o vía IM.	IV:10-25mg/día MUY lenta o vía IM	Dar ANTES de poner suero glucosado	(12 AMP)
	Delirium tremens	<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30	Contraindicado en embarazo, lactancia,	(20 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			(5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	min. Dosis máx: 10mg	glaucoma	
		<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	En pacientes refractarios, con insuficiencia renal y graves	/	NO administrar carbón activo	/
<b>Etilenglicol</b>	1º embriaguez, ataxia, convulsiones (fondo de ojo normal) 2º insuf. cardíaca y respiratoria 3º nefrotoxicidad: oliguria, dolor  Intoxicación aguda: habla cercenada, incoordinación, hipotermia.	<b>Fomepizol 1,5g/1,5ml (antizol®)</b>	<b>Inicio:</b> Se ha de administrar una dosis de carga de 15 mg/kg en 100 ml SF o SG5% por vía IV en 30 min.  <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h, se ha de administrar una dosis de 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis o hasta que se elimine el tóxico.	<b>Inicio:</b> 15 mg/kg por vía IV en 30 min.  <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h, administrar 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis y, si es necesario, se ha de continuar con 15 mg/kg cada 12 h.  **Diluir cada una de las dosis en SF o SG 5% a una concentración < a 25 mg/ml e infundir en	Precaución con Hipersensibilidad	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	También síndrome de abstinencia			30 min		
		<b>Tiamina amp 100mg/ml (Benerva®)</b>	IV: 100-200mg día lenta (30 segundos).	IV:10-25mg/día	Dar ANTES de poner suero glucosado	(12 AMP)
		<b>ETANOL (alcohol absoluto)</b>	<b>Inicio:</b> 1ml/kg en 500 ml de SG al 5% durante 1 h. <b>Mantenimiento:</b> 0,1 ml/kg/h en SG al 5%. Calcular necesidades de etanol para 6 h y añadir a 500 ml de SG al 5%, para pasar durante 6 h. MANTENER hasta que [metanol] sangre < 0,2 g/L (6,24 mMol/L) o etilenglicol < 0,1 g/L (1,61 mMol/L).	<b>Inicio:</b> 0,6-0,8 g/kg en SG al 5% durante 1 h. <b>Mantenimiento:</b> 0,1 g/kg/h disuelta en SG al 5%. Controlar la etanolemia	Administrar por vía central (osmolaridad elevada).  En alcohólicos crónicos y/o hemodiálisis se ha de doblar la dosis de mantenimiento.  Pacientes en tratamiento con disulfiram pueden	(10 VIALES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
					generar efecto antabús.  Controlar regularmente la etanolemia para ajustar la dosis y conseguir concentraciones de etanol en sangre alrededor de 1-1,2 g/L. Controlar también regularmente el ionograma y la glucemia	
<b>Fenciclidina (polvo de ángel) PCP</b>	Nistagmo, agitación, ataxia, alucinaciones	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Independientemente de la vía de administración</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASE S)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>del tóxico</b>				
<b>Fluoruros</b>	Dolor abdominal, vómitos, convulsiones, diarrea	<b>Gluconato Cálcico (Suplecal® 92mg Ca/10ml= 4,65mEq)</b>	4,65 mEq por vía IV lenta en 10 min. Si no hay respuesta, se ha de repetir cada 15 min. Vigilar el calcio sérico para evitar la hipercalcemia	<p><b>Inicio:</b> 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). Dosis máx=13,5 mEq (3 g = 30 ml). Se puede repetir 3 veces.</p> <p><b>Mantenimiento:</b> perfusión de 0,28-0,7 mEq/kg/h (0,6-1,5 ml/kg/h).</p>	<p>Contraindicado en Insuf renal severa.</p> <p>Contraindicada emesis forzada.</p> <p>Administrar por vía central (muy irritante).</p> <p>Realizar una monitorización por ECG y calcemia</p>	(12 AMP)
<b>Fósforo</b> Rodenticidas	Trastornos gastrointestinales. Toxicidad miocárdica,	<b>Permanganato dipotásico solución oral al 0,1% (fórmula</b>	<p>Oral: 200mL una dosis.</p> <p>Lavado Gástrico con solución al 0,02%</p>	/	No dar con grasa ni leche. Administrar purgante tras	(fórmula magistral)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	ictericia, hipoperfusión, hipovolemia, trastornos de conducta, coma.	<b>magistral)</b>  <b>Carbón Activo 50g/250ml agua (NUNCA FORZAR LA EMESIS)</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	lavado gástrico.  No dar con antídotos.	(4ENVASES)
<b>Heparina</b>	<u>Leve:</u> Epistaxis, Gingivorragia.  <u>Grave:</u> Hemorragia digestiva alta, intracraneal, hematuria...	<b>Protamina sulfato 50 mg/5 mL (vial) + plasma</b>	<b>Heparina sódica:</b> Si < 15 min: 1 mg (0,1 ml) por 100 UI de heparina a neutralizar.  Entre 15 -30 min: 0,75 por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.  Si ≥ 30 min: 0,5 mg por 100 UI de heparina sódica a neutralizar  <u>Máximo</u> de 50 mg por dosis. Se administra en inyección IV lenta, a una velocidad ≤ 5mg/min.  Se recomienda dividir la	<b>Heparina sódica:</b> Si < 15 min: 1 mg (0,1mL) por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.  Si 15-30 min: 0,75 por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.  Si 30-60 min: 0,5 mg por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.  Si 60-120 min: 0,375 a 0,5 mg por 100 UI	Precaución en hipersensibilidad y pacientes con anticuerpos antiprotamina.  Si la administración es demasiado rápida puede causar hipotensión grave y reacciones anafilácticas.  Durante la	(Farmacia, )  (20 VIALES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			<p>dosis calculada en dos y administrar cada 12 horas. Se puede diluir en SF o SG5%.</p> <p><b>HBPM:</b></p> <p>Si &lt; 1 semivida de la HBPM: 1 mg (0,1 mL) por 100 UI anti-Xa de HBPM (o 1 mg de enoxaparina) a neutralizar.</p> <p>Si &gt; 1 semivida: 0,5 mg (0,05 mL) por 100UI anti-Xa de HBPM a neutralizar, dividiendo en dos la dosis calculada de protamina y administrar en inyecciones intermitentes o en perfusión continua.</p>	<p>de heparina sódica a neutralizar.</p> <p>Si &gt; 120 min: 0,25 a 0,375 mg por 100 UI de heparina sódica a neutralizar.</p> <p><u>Dosis máxima:</u> 50 mg y sin exceder los 5 mg/minuto.</p> <p>En la reversión del efecto de HBPM se emplean las mismas dosis que en adulto.</p>	<p>infusión, se recomienda monitorizar la tensión arterial y el ritmo cardíaco.</p>	
<b>Hierro</b>	<p><u>Leve:</u> vómito, diarrea negra.</p> <p><u>Grave:</u> Crisis</p>	<p><b>Deferoxamina vial 500 mg</b></p> <p>(Reconstituir vial</p>	<p>15 mg/kg/h por vía IV de infusión continua hasta niveles plasmáticos de hierro &lt; 350 mcg/dl. La dosis</p>	<p>15 mg/kg/h por vía IV en 1 h y después continuar con 125 mg/h. El máximo es</p>	<p>Reconstituir la dosis en 5 ml de API y diluirla en SF o SG al 5%.</p>	<p>(20 VIALES)</p>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	convulsivas, letargia y coma	con API)	máxima es de 80 mg/kg/día (según ficha técnica). El máximo es de 6 g/día.	de 6 g/día.  En pacientes normotensos, en ausencia de vía venosa, se puede administrar por vía IM: 50 mg/kg cada 6 h	Para disminuir riesgo de hipotensión, 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  No dar en nefropatía o hemocromatosis primaria	
<b>Inhibidores selectivos</b>	taquicardia sinusal,	<b>Carbón Activo 50g/250ml</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al	No dar con antídotos.	(4ENVASE



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>de la recaptación de serotonina ISRS</b>	mioclonías, prolongación del complejo QRS y espacio QT, somnolencia, temblores, vómitos y náusea.	<b>agua.</b>	adicionales c/4-6h según situación clínica	25%		S)
		<b>Mantener en observación 6h. Mantener medidas de sostén</b>				
<b>Isopropanol</b>	Habla cercenada, incoordinación, hipotermia, dolor faríngeo, náuseas y vómitos, vértigos y somnolencia. Síndrome abstinen.	<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	En pacientes refractarios, con insuficiencia renal y graves		NO administrar carbón activo	
<b>Litio</b>	<u>Leve</u> : Síntomas gastrointestinales, temblor,	<b>Bicarbonato Sódico 1/6M (0,167mEq/ml)</b>	IV: 12-30 ml/kg a pasar en 4-8h		Contraindicado en hipocalcemia e	(12



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
Antimaníaco	ataxia, estupor, convulsiones.  Grave: Arritmias, hipotensión, asistolia	<b>para forzar diuresis alcalina</b>			ICC	FRASCOS)
		<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	En pacientes refractarios, con insuficiencia renal y graves		NO administrar carbón activo	
<b>LSD</b>	Paranoia, ansiedad, psicosis, alucinaciones	<b>Estabilizar al paciente. Mejoría clínica en 4 h y normalización en 12h por ausencia de metabolitos activos.</b>				
<b>Mercurio</b>  Metales pesados	<u>Intoxicación aguda:</u> Gastroenteritis, estomatitis, colitis hemorrágica, edema pulmonar.	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
		<b>Dimercaprol (B.A.L) 100 mg/ 2 mL</b>	IM: una dosis de 5 mg/Kg y seguir con 2,5 mg/Kg 1-2	Igual que en adultos	Precaución en Insuficiencia hepática severa,	(24



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	Intoxicación crónica: Manifestaciones psiquiátricas, irritabilidad, amnesia, temblores, alteraciones visuales, gingivitis.	<b>(Medicamento extranjero)</b>	veces/día durante 10 días.		Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al cacahuete	VIALES)
		<b>Alternativa: Penicilamina, Cupripen® comp 250 mg. PRIMERA ELECCIÓN EN CASOS LEVES</b>	Oral: 250 mg cada 6 h (máx. 1 g/día). La duración del tratamiento es de 2-3 semanas	Oral: 20-30 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día). Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.	Insuf. renal, síndrom nefrótico, hipersensibilidad, tratamiento con depresores hematopoyéticos	(30 COMP)
<b>Metanol</b> (Disolventes)	Asintomático primeras 12-18h. Después dolor abdominal,	<b>Fomepizol 1,5g/1,5ml (antizol®)</b>	<b>Inicio:</b> Se ha de administrar una dosis de carga de 15 mg/kg en 100 ml SF o SG5% por vía IV en 30 min. <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h,	<b>Inicio:</b> 15 mg/kg por vía IV en 30 min. <b>Mantenimiento:</b> A las 12 h, administrar 10 mg/kg/12 h	Precaución con Hipersensibilidad  Cada dosis se	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	náuseas, acidosis metabólica, cefalea, alteraciones visuales, midriasis arreactiva, hemorragia subaracnoidea. Hipotension significa mal pronóstico.		se ha de administrar una dosis de 10 mg/kg/12 h durante 4 dosis o hasta que se elimine el tóxico.	durante 4 dosis y, si es necesario, se ha de continuar con 15 mg/kg cada 12 h.  **Diluir cada una de las dosis en SF o SG 5% a una concentración < a 25 mg/ml e infundir en 30 min	diluirá en 100ml SF o SG5% y se adm. En 30 min.	
		<b>ETANOL (alcohol absoluto)</b>	Para la administración endovenosa de etanol es necesario realizar una dilución previa al 10% v/v: 50 mL alcohol absoluto hasta 500 mL de SG5% (0,078 g etanol/mL).  - D.carga: 8 mL/kg en 60 min de la dilución mencionada previamente. - D.mantenimiento:	Misma que en adultos	Administrar por vía central (osmolaridad elevada).  En alcohólicos crónicos y/o hemodiálisis se ha de doblar la dosis de mantenimiento.	(10 VIALES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			<ul style="list-style-type: none"><li>- No alcohólicos: 0,83 mL/kg/h</li><li>- Alcohólicos crónicos: 1,96 mL/kg/h</li></ul> <p>MANTENER hasta que [metanol] sangre &lt; 0,2 g/L (6,24 mMol/L) o etilenglicol &lt; 0,1 g/L (1,61 mMol/L).</p>		<p>Pacientes en tratamiento con disulfiram pueden generar efecto antabús.</p> <p>Controlar regularmente la etanolemia para ajustar la dosis y conseguir concentraciones de etanol en sangre alrededor de 1-1,2 g/L. Controlar también regularmente el ionograma y la glucemia</p>	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Monóxido de carbono</b>	Náusea, vómito, cefalea, acidosis láctica, convulsiones y edema. Piel y mucosas color cereza	Oxígeno hiperbárico (100%) Terapia de soporte				
<b>Neurolepticos (Haloperidol ...)</b>		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
	Si rubor, boca seca, hipertermia, taquicardia (síndrome colinérgico)	<b>Fisostigmina salicilato, Anticholium® amp. 2 mg/5 mL (Medicamento extranjero)</b>	Dosis de 1-2 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: 2 mg/h hasta un máximo de 8 mg/h.	0,02-0,03 mg/kg (máx. 0,5 mg), diluida en 10 ml de SF IV en 5-10 min. Se puede repetir la dosis a los 15-30 min. La dosis máxima acumulada es de 2 mg.	Usar solo en intoxicación severa. Riesgo de infarto, asma, convulsiones.  Puede producir hipotensión y convulsiones. Vigilar al paciente 3-4h post-adm.	(10 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
					Monitorización ECG	
	Si alteraciones psíquicas	<b>Naloxona amp. 0,4 mg 1 mL. No revierte el efecto hipotensor</b>	IV: 0,4-2 mg repitiendo cada 2-3´ si no hay respuesta. Si no es posible la vía IV se puede usar la vía IM ó SC.	IV: 10 microg/Kg, si no hay respuesta 100 microg/Kg. Si no es posible la vía IV se puede usar la vía IM ó SC.		(20 AMP)
	Si arritmias	<b>Fenitoína 100mg/2ml</b>	IV, por vía central, 3,5-5mg/Kg en SSF 0,9% sin exceder 50mg/min	IV:Dosis de inicio 1,25mg/kg c/5min hasta un total de 15mg/kg. Mantenimiento: 5-10mg/kg/día en 2-3 dosis.	Puede aparecer Bloqueo cardiaco, Adams-Stokes, Bradicardia sinusal	(10 AMP)
	Si convulsiones	<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
<b>Nitritos, nitroglicerín</b>	Hipoxia, astenia, disnea	<b>Azul de metileno 1 % (fórmula</b>	1 mg/kg en 50 ml de SG al	1 mg/kg por vía IV lenta en 15 min. Si	No usar en insuficiencia renal	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>a, nitroprusiat o</b> (Metahemoglobinemia)	de esfuerzo, coma, estupor, muerte y cianosis.	<b>magistral)</b>	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	no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 30-60 min. (La dosis máxima acumulada es de 2-4 mg/kg).  Los neonatos son más proclives a presentar efectos adversos y por este motivo la ficha técnica del fármaco recomienda dosis de 0,3-0,5 mg/kg en menores de 3 meses. Esta dosis puede repetirse en 1 hora si persisten las indicaciones.	e hipersensibilidad. VIGILAR la aparición de anemia hemolítica  Contraindicado el J.Ipecacuana  <u>Contraindicado en déficit de G6PDH. En este caso, se ha de utilizar ácido ascórbico</u>  No adm. Por via IM ni SC.	(10 AMP)
<b>Opiáceos</b> (EXCEPTO: BUPRENORFINA)	Depres. respiratoria, estupor, acidosis respiratoria.	<b>Naloxona amp. 0,4 mg/1 mL</b>	0,4 mg por vía IV directa. Si no hay respuesta, se ha de repetir la dosis en 2-3 min hasta un máximo de 4 mg	Si no hay sospecha de consumo crónico, se pueden administrar 0,1	En adictos puede desencadenar síndrome de abstinencia.	(20 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	Miosis puntiforme, retención urinaria.		(10 bolo).  Intoxicaciones por opiáceos de $\frac{1}{2}$ eliminación prolongada (metadona), hay que administrar 2 mg en 500 ml de SG al 5% durante 4 h. (continuar la observación al finalizar la administración por riesgo de reaparición de la sintomatología)	mg/kg (máx. 2 mg).  Si hay sospecha de consumo crónico, se han de administrar 0,4 mg por vía IV. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 2-3 min hasta un máximo de 10 mg.  <b>Observaciones:</b> En neonatos, hijos de madres con consumo crónico, hay que administrar una dosis de 0,01 mg/kg.		
<b>Organofosfo-rados (Parathion® , Malathion®)</b>	Miosis, sudoración, bradicardia, bloqueo A-V broncoespasmo.	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua.</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
Insecticidas	Temblor, parálisis, disnea e inconsciencia.	<p><b>Atropina 1mg/1ml</b></p> <p><b>ANTES DE PRALIDOXIMA</b></p>	<p>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.</p> <p>En el caso de intoxicaciones graves, hay que administrar hasta 20 mg/h.</p> <p>Alternativamente, se puede iniciar infusión continua a 0,02-0,05 mg/kg/h hasta la atropinización o la reversión de la sintomatología muscarínica</p>	<p>0,02-0,05 mg/kg por vía IV rápida (dosis mínima de 0,1 mg y máxima de 2 mg). Si no hay efecto, hay que continuar con dosis repetidas de 0,1 mg/kg cada 3-5 min.</p>	<p>Puede provocar Estenosis pilórica, broncoespasmo, glaucoma, lactancia.</p> <p>Suspender la administración en el caso de intoxicación atropínica (delirio, alucinaciones, FC &gt; 120 Ipm, etc.).</p>	(20 AMP)
		<p><b>Pralidoxima Contrathion® amp 200 mg (Medicamento extranjero)</b></p>	<p><b>Inicio:</b> 30 mg/kg (máx. 2 g) en 100 ml de SG al 5% o de SF durante 1 h.</p> <p><b>Mantenimiento:</b> 8-10 mg/kg/h (máx. 650 mg/h) en perfusión IV continua</p>	<p><b>Inicio:</b> 25-50 mg/kg (máx. 2 g) en 20-30 min.</p> <p><b>Mantenimiento:</b> Se puede repetir la dosis a las 2 h y, después,</p>	<p>Contraindicada en Intoxicación por carbamatos y fosforofosfatos sin actividad anticolinesterásic</p>	(20 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			<p>hasta 24 h después de cesar el uso de atropina.</p> <p><b>Observaciones:</b> administración concomitante de atropina para evitar el empeoramiento de los síntomas a causa de la inhibición transitoria de la acetilcolinesterasa.</p>	<p>cada 6-12 h o por perfusión IV continua a 10-20 mg/kg/h (máx. 650 mg/h).</p>	<p>a. La pralidoxima se reconstituye con SF (200mg de pralidoxima con 10 ml SF) y a su vez se diluye en 100-250 ml de SF o SG 5%. En pacientes pediátricos o que precisen una restricción hídrica, se podría realizar la administración directa de la primera dilución de 10 mg/mL, con una velocidad de infusión máxima de 200 mg/min.</p>	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Oxalatos</b>	Cálculos renales	<b>Gluconato Cálcico (Suplecal® 92mg Ca/10ml= 4,65mEq)</b>	4,65 mEq por vía IV lenta en 10 min. Si no hay respuesta, se ha de repetir cada 15 min.  Vigilar el calcio sérico para evitar la hipercalcemia	<b>Inicio:</b> 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). Dosis máx=13,5 mEq (3 g = 30 ml). Se puede repetir 3 veces. <b>Mantenimiento:</b> perfusión de 0,28-0,7 mEq/kg/h (0,6-1,5 ml/kg/h).	Contraindicado en Insuf renal severa.  Contraindicada emesis forzada.  Administrar por vía central (muy irritante).  Realizar una monitorización por ECG y calcemia	(12 AMP)
<b>Paracetamol</b>	Leve o asintomáticos al inicio. Síntomas de hepatotoxicidad : pronóstico	<b>ACETILCISTEÍNA antídoto 2g/10ml</b>	Administrar en las primeras 8 horas post-intoxicación.  Pauta clásica (300 mg/kg en 21 horas) IV:  - 150mg/kg en 250ml	Misma posología que adultos ajustando el volumen al peso del paciente (concentración final	Posible reacción de hipersensibilidad y anafiláctica, en asmáticos puede precipitar	(20 VIALES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	grave.		de SG5% en 60min ; - después 50mg/Kg en 500ml de SG5% en 4h - después 100mg/kg en 1L de SG5% en 16h. Si daño hepático progresivo valorar continuación a 150 mg/kg/24h hasta mejoría o trasplante hepático.	entre 50-10 mg/ml)	broncoespasmo	
		<b>ACETILCISTEÍNA sobres 200mg</b>	Administrar en las primeras 8 horas post-intoxicación: <b>Oral:</b> 140mg/Kg 1ª dosis. Después 70mg/Kg/4h 3 días.	Oral: 140mg/Kg 1ª dosis. Después 70mg/Kg/4h 3 días.	No en pacientes con vómitos. Contraindicado el jarabe Ipecacuana	(60SOBRES)
<b>Paraquat, Diquat</b> (herbicidas de amonio cuaternario)	Erosiones cutáneas, bucales, esofágicas. Fracaso renal y hepático, Fibrosis pulmonar (SE	<b>Tierras fuller (Medicamento extranjero: Fuller Earth®)</b>	Oral: 60 g cada 2 horas, 2 días (Disolver 60 g en 200 ml de agua). Si se utiliza SNG diluir en SSF0,9% o agua		Después de la adm. de una dosis de Tierra de Fuller, adm. como purgante 200 ml de manitol al 20%, sulfato magnésico	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	AGRAVA CON OXÍGENO), convulsiones.				al 10% o sulfato sódico. Vigilar la función renal.	
		<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado gástrico previo</b>	5ml/kg en las primeras 4h	/	No dar con antídotos.	(4ENVASES)
<b>Plomo</b> (Metales pesados)	Encefalopatía, confusión, parestesias, anemia del saturnismo, neuropatía intersticial (sdme Fanconi), dolor óseo, cólico saturnino (dolor abdominal y	<b>Dimercaprol (B.A.L)100 mg/ 2 mL</b> <b><u>(Medicamento extranjero)</u></b>	Sintomática, con encefalopatía o con niveles en sangre > 70 µg/dL → IM profunda: 4 mg/Kg/4h durante 2-3 días, según los niveles de plomo y en combinación con EDTA	Con encefalopatía: IM profunda 75 mg/m <sup>2</sup> cada 4h durante 5 días, iniciándolo 4h antes de la primera dosis de edetato cálcico disódico.  Con síntomas (no encefalopatía) o concentración plasmática ≥ 70	Precaución en Insuficiencia hepática severa, Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al cacahuete	(24 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	vómitos)			$\mu\text{g/dL}$ : IM profunda 50 – 75 $\text{mg/m}^2$ cada 4h durante 3 días, iniciándolo 4h antes de la primera dosis de edetato cálcico disódico		
		<b>Edetato cálcico disódico. Complecal® amp 935 mg TRAS PRIMERA DOSIS DIMERCAPROL</b>	<p>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. de 75 <math>\text{mg/kg/día}</math>).</p> <p>Añado: En caso de encefalopatía, la vía de administración aconsejada es la IM a dosis de 1 <math>\text{g/m}^2/\text{día}</math> en dosis divididas cada 8-12 h, durante 5 días.</p>	<p>Si <math>[\text{Pb}]_{\text{sangre}} &gt; 70</math> <math>\mu\text{g/dl}</math>: 50-75 <math>\text{mg/kg/día}</math> por vía IV en 6 h y repetir cada 12 h durante 5 días (máx. de 1.000 <math>\text{mg/día}</math>).</p> <p>Si <math>[\text{Pb}]_{\text{sangre}} = 45-70</math> <math>\mu\text{g/dl}</math>: 25-50 <math>\text{mg/kg/día}</math>.</p> <p>Si encefalopatía, administrar por vía IM (doloroso) 250</p>	<p>Precaución en Insuficiencia renal severa. Contraindicado en anuria y hepatitis.</p> <p>ADMINISTRAR por vía central (muy irritante).</p>	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
			Tras dos días de descanso, se podría repetir la misma pauta durante 2-3 semanas.	mg/m <sup>2</sup> /4h 5 días junto+ dimercaprol.	<p>Para la adm. en infusión IV la dosis total diaria debe diluirse en 250-500 ml de SF o SG5%, sin sobrepasar concentración de 5 mg/ml.</p> <p>Para su adm. por vía IM se recomienda que se diluya con lidocaína o procaína para reducir el dolor en el lugar de la inyección, a una concentración final de 5 mg/ml (0,5%).</p>	
		<b>Alternativa:</b>	Oral: 250 mg cada 6 h (máx.	Oral: 20-30	Insuf. renal,	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>Penicilamina, Cupripen® comp 250 mg</b>	1 g/día). La duración del tratamiento es de 2-3 semanas	mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día). Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.	síndrom nefrótico, hipersensibilidad, tratamiento con depresores hematopoyéticos	(30 COMP)
<b>Rabia</b> (Mordedura perro, murciélago.)	Fiebre, dolor, parestesias en el lugar de mordedura. Trastornos psíquicos, espasmos dolorosos. Parálisis ascendente, apnea y convulsiones.	<b>Vacuna antirrábica (Rabipur®)</b>	<b><u>Variable, ver prospecto</u></b>	<b><u>Variable, ver prospecto</u></b>	El riesgo mortal asociado a la rabia impera sobre cualquier contraindicación.	(Farmacia, Nevera)  (3 UNID)
<b>Setas</b>	Si intoxicación por amanita ver antídoto específico.	<b>Carbón Activo 50g/250ml agua. Se puede hacer un lavado</b>	5ml/kg en las primeras 4h. Puede precisar dosis adicionales c/4-6h según situación clínica	1-2g/kg vía oral en suspensión acuosa al 25%	No dar con antídotos.	(4ENVASES)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>gástrico previo.</b>				
	Si síntomas neurológicos	<b>Diazepam 10mg/2ml</b>	IV: 2,5-10 mg lentos (5mg/minuto). Repetir a los 10-60 min si es necesario. Dosis máx: 30mg	IV: 0,3 mg/kg a pasar en 3-5min. Repetir cada 15-30 min. Dosis máx: 10mg	Contraindicado en embarazo, lactancia, glaucoma	(20 AMP)
	Si síntomas anticolinérgicos (Sequedad mucosas, visión borrosa, midriasis, taquicardia, hipertermia, retenc. orina, íleo)	<b>Fisostigmina salicilato, Anticholium® amp. 2 mg/5 mL (Medicamento extranjero)</b>	Dosis de 1-2 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: 2 mg/h hasta un máximo de 8 mg/h.	0,02-0,03 mg/kg (máx. 0,5 mg), diluida en 10 ml de SF IV en 5-10 min. Se puede repetir la dosis a los 15-30 min. La dosis máxima acumulada es de 2 mg.	Usar solo en intoxicación severa. Riesgo de infarto, asma, convulsiones.  Puede producir hipotensión y convulsiones. Vigilar al paciente 3-4h post-adm.  Monitorización ECG	(10 AMP)
	Si síntomas colinérgicos	<b>Atropina</b>	IV: 2-4mg dosis inicial, después 2mg c/5min hasta	/	Puede provocar estenosis pilórica,	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
	(miosis, visión borrosa, lagrimeo, sialorrea, bradicardia, hipotensión...)	<b>1mg/1ml</b>	reversión de síntomas muscarínicos.		broncoespasmo, glaucoma, lactancia.	(20 AMP)
<b>Sulfamidas</b> Metahemoglobinemia	Hipoxia	<b>Azul de metileno 1 % (fórmula magistral)</b>	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	1 mg/kg por vía IV lenta en 15 min. Si no hay respuesta, hay que repetir la dosis en 30-60 min. (La dosis máxima acumulada es de 2-4 mg/kg).  Los neonatos son más proclives a presentar efectos adversos y por este motivo la ficha técnica del fármaco recomienda dosis de 0,3-0,5 mg/kg en menores de 3 meses. Esta dosis puede	No usar en insuficiencia renal e hipersensibilidad. VIGILAR la aparición de anemia hemolítica  Contraindicado el J.Ipecacuana  <u>Contraindicado en déficit de G6PDH. En este caso, se ha de utilizar ácido ascórbico</u>	(10 AMP)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
				repetirse en 1 hora si persisten las indicaciones.		
<b>Teofilina</b>	Vómitos, diarrea, temblor, convulsiones y arritmias	<b>Técnicas de eliminación extracorpórea</b>	En pacientes refractarios, con insuficiencia renal y graves		NO administrar carbón activo	
<b>Tetracloruro de Carbono (Perclorometano, tetraclorometano)</b> Disolventes	Dermatitis de contacto, dolor de cabeza, mareos, euforia, alucinaciones, náusea y vómitos, dolor abdominal y convulsiones. Necrosis hepatocelular y tubular aguda.	<b>ACETILCISTEÍNA sobres 200mg</b>	Administrar en las primeras 8 horas post-intoxicación: <b>Oral:</b> 140mg/Kg 1ª dosis. Después 70mg/Kg/4h 3 días.	Oral: 140mg/Kg 1ª dosis. Después 70mg/Kg/4h 3 días.	No en pacientes con vómitos	(60SOBRES)
		<b>ACETILCISTEÍNA antídoto 2g/10ml</b>	Administrar en las primeras 8 horas post-intoxicación: Intravenosa: 150mg/kg en 250ml de SG5% en 15 min; después 50mg/Kg en 500ml de SG5% en 4h; después 100mg/kg en 500ml de SG5% en 16h		Posible reacción anafiláctica, en asmáticos puede precipitar broncoespasmo	(20 VIALES)
<b>Toxina</b>	Náusea,	<b>Antitoxina</b>	IV: 250 mL vía lenta. Seguir	IV: 250 mL vía lenta.	Puede ocasionar	



<b>TOXICO</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>ANTÍDOTO</b>	<b>POSOLOGÍA ADULTO</b>	<b>POSOLOGÍA NIÑO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>STOCK MÍNIMO (Ubicación)</b>
<b>botulínica</b>	vómitos. Visión borrosa, disfagia. Debilidad muscular descendente e insuficiencia respiratoria.	<b>botulínica A+B+C, Botulismus antitoxin 250 mL (Medicamento extranjero)</b>	con perfusión continua de 250 mL. A las 4-6 h se podrá repetir otros 250 mL según la evolución.	Seguir con perfusión continua de 250 mL. A las 4-6 h se podrá repetir otros 250 mL según la evolución.	Hipersensibilidad  <u>Administración:</u> a temperatura ambiente. Para descongelarlo debe dejarlo a temperatura ambiente durante una hora y, a continuación, sumergirlo en un baño de agua a 37 °C hasta que se descongele totalmente.	
<b>Valproico</b>	encefalopatía (coma u otras), hepatotoxicidad, acidosis metabólica	<b>Carnitina (Carnicor®) amp 1gr/5ml</b>	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).	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).	Administrar diluido en SG 5% o SF a una concentración de 0,5-20 mg/mL en perfusión.  Dosis de 100	(20 amp)



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
					mg/Kg en perfusión de 30 min. Dosis de 15 mg/Kg administrar diluido en 10-30 min.  Continuar hasta disminuir el amonio o mejorar la clínica.	
<b>Víbora</b>	Reacción local severa, coagulación intravascular diseminada, rabdomilisis, fallo renal agudo	<b>VIPERFAV® vial 4 ML</b>	<b>EFFECTIVO</b> si se aplica inmediatamente o durante las primeras horas (preferiblemente durante las 6 primeras horas). Dosis inicial: 4 ml (1 vial) diluidos en 100 ml de NaCl 0,9% y administrados en perfusión intravenosa en 1 hora. Iniciar perfusión a velocidad de 50 ml/h La perfusión puede renovarse 2 veces en intervalos de 5 horas según evolución clínica.	Igual que en adultos, independientemente de edad y peso.	OJO: este suero que se solicita como medicamento extranjero está indicado para especies Vipera ammodytes, Vipera berus y Vipera aspis	



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
<b>Warfarina</b>	<p><u>Leve:</u> Epistaxis, Gingivorragia.</p> <p><u>Grave:</u> Hemorragia digestiva alta, intracraneal, hematuria...</p>	<b>Fitomenadiona, 10mg/ml amp. (Konakion®) + Plasma fresco si hemorragia grave, o cirugía severa</b>	<p>IV: 5-10 mg. Bolus lento (30 segundos). Repetir a las 3 h si el nivel protombina no adecuado. Dosis máx: 50 mg/día.</p> <p>Si intoxicación severa (INR&gt;20 o riesgo severo de sangrado) 10-20 mg iv lento.</p>	IV: 5-10 mg. Bolus lento (30 segundos). Repetir a las 3 h si el nivel protombina no adecuado. Dosis máx: 50 mg/día.	Contraindicado en Hipersensibilidad a vitamina K	(10 AMP)
<b>Zinc</b>	Ardor, desmayo, convulsiones, anuria, ictericia, sabor metálico	<b>Dimercaprol (B.A.L) 100 mg/ 2 Ml. Medicam. Extranjero</b>	IM: 3 mg/Kg/4-6 h durante 2 días, 3 mg/Kg/12 h el tercer día hasta 7-10 días.	Se ha de administrar una dosis de 3 mg/kg por vía IM cada 4 h.	Precaución en Insuficiencia hepática severa, Déficit G-6-PDH. Precaución con pacientes alérgicos al cacahuete	(24 AMP)
		<b>Edetato cálcico disódico. Complecal® amp 935 mg TRAS PRIMERA DOSIS DIMERCAPROL</b>	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. de 75 mg/kg/día).	/	Precaución en Insuficiencia renal severa Utilizar por vía central por ser muy irritante	<b>Fármaco actualmente no disponible</b>



TOXICO	CLÍNICA	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA ADULTO	POSOLOGÍA NIÑO	OBSERVACIONES	STOCK MÍNIMO (Ubicación)
		<b>Alternativa: Penicilamina, Cupripen® comp 250 mg</b>	Oral: 250 mg cada 6 h (máx. 1 g/día). La duración del tratamiento es de 2-3 semanas	Oral: 20-30 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 1 g/día). Se puede iniciar con dosis más bajas (25% de la final) y aumentarlas progresivamente.	Insuf. renal, síndrom nefrótico, hipersensibilidad, tratamiento con depresores hematopoyéticos	(30 COMP)

**DEFIBROTIDE** está indicado para el tratamiento de la enfermedad venooclusiva hepática grave (EVO) también conocida como síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) en el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). DISPONIBLE EN HOSPITAL REINA SOFÍA.

**GLUCARPIDASA.** Tratamiento de la intoxicación por metotrexato (MTX) en pacientes adultos y pediátricos. La glucarpidasa es un enzima recombinante que hidroliza rápidamente el MTX a su metabolito inactivo DAMPA (ácido 2,4-diamino-N10-metilpteroico) y que reduce la concentración plasmática de MTX un 97% (solo elimina el MTX del plasma, pero no puede entrar en la célula donde permanece el metotrexato activo). DISPONIBLE EN HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO.

**SUERO ANTIBOTULÍNICO.** Tratamiento del botulismo sintomático. Se aconseja la administración precoz sin esperar a los resultados del laboratorio, y a poder ser antes de las primeras 24 horas del inicio de los síntomas. DISPONIBLE EN HOSPITAL PTS GRANADA



## **5.6 CONTROL DE CADUCIDADES**

El control de caducidades se realizará por un Técnico de Farmacia bajo la supervisión del Farmacéutico responsable de unidosis. Se realizará procediendo de la siguiente manera:



- Anualmente: A final del año se realizará un contaje del stock del botiquín de antídotos anotando mediante un símbolo “x” aquellos fármacos que caduquen en el año próximo, señalando el mes con dicha cruz. Ver anexo(I)
- Mensualmente: En los 5 últimos días de cada mes se revisarán las caducidades de aquellos antídotos que hayan sido señalados al inicio de año como caducos en dicha fecha de revisión. Se retirarán los que vayan a caducar y se introducirán los nuevos señalando su caducidad en el año en curso si fuera preciso. El resto de fármacos no se revisarán.

## **5.7 BIBLIOGRAFÍA**

- Andreu Ballester J.C. Algoritmos de Medicina de Urgencias. Diagramas de flujos a aplicar en situaciones de urgencia. 2ª ed. Ed. Imago Concept Image. 2007.
- Barranco Ruiz F., Blasco Morillo J. Principios de Urgencias, Emergencia y Cuidados Críticos. Editorial Alhulia. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. 1999.
- Brenner, Barry. El Riñón, tratado de nefrología 7ªEd. Editorial Saunders. 2005
- Carlavillena Martínez, A.B. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª ed. Ed. MSD 2009.
- Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Consulta Marzo 2011. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- Flórez, Jesús; Armijo, Juan Antonio; Mediavilla, África. Farmacología humana 4ªed. Ed. Masson. 2003
- Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y de protocolos de actuación. 4ª ed. Ed. Elsevier. 2010
- Marruecos, Luis; Nogué, Santiago; Nolle, Joan. Toxicología clínica. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1993



- Micromedex 1.0. Consulta Marzo 2011. Disponible en: <http://www.micromedex.com/products>
- Nogué Xarau, Santiago. Intoxicaciones agudas: Bases para el tratamiento en un Servicio de Urgencias. Ed. Área Científica Menarini. 1ª ed.2010
- Sociedad Andaluza de farmacéuticos de Hospital. Guía Farmacoterapéutica de Hospital. 2008. Ed. Sistema sanitario público de Andalucía.
- Tintinalli, Judith E.; Kelen, Gabor D.; Stapczynski, J. Stephan ; Pérez-Tamayo Ruiz, Ana María. Medicina de urgencias Ed. Mc Graw Hill Interarmericana. 1998
- UpToDate 19.2. Consulta Julio 2019. Disponible en: <http://www.uptodate.com/index>
- Villa Alcázar, Luis F. Medimecum 2010, guía de terapia farmacológica. Ed.Medilogic. 2010
- Guía de antídotos para los centros hospitalarios de Cataluña. Febrero 2018
- Cenatox <http://www.cenatox.sld.cu/>
- MedScape. Consulta Julio 2019. Disponible en: <http://www.uptodate.com/index>
- Manual MSD, versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional>
- Pediamecum. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/abecedario/e>
- Toxiconet. Portal sanitario de la región de Murcia. Disponible en: [http://www.murciasalud.es/toxiconet.php?op=listado\\_protocolos&idsec=4014](http://www.murciasalud.es/toxiconet.php?op=listado_protocolos&idsec=4014)
- Red de antídotos SEFH. Disponible en: <https://redantidotos.org/antidotos/>









		GRANADA																	
Suero antiofídico	Viperatab® / Viperfav®	4																	
Sugammadex 100mg/ml amp	Bridion®	10																	
Sulfato de magnesio 150mg/ml amp	Sulmetin simple®	20																	
Tiamina 300mg comp	Benerva®	20																	
Tiamina 100mg/ml amp	Benerva®	12																	
<b>KARDEX DE FRÍO</b>																			
Anticuerpos antidigoxina 40mg vial	Digifab 40mg®	10																	
Glucagón 1 mg iny	Gen-Hypokit®	10																	
Vacuna antirrábica vial	Rabipur®	3																	
Idarucizumab 2,5g vial	Praxbind®	7																	

ND: No disponible