

**BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA**  
**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA**

**MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR DIGITAL EN LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS**

**Introducción**

La intoxicación por digital es frecuente por su amplia utilización y su estrecho rango terapéutico.

Puede haber dos situaciones clínicas toxicológicas distintas:

- 1.- Sobredosificación de pacientes en tratamiento con digoxina (intoxicación crónica).
- 2.- Ingesta aguda masiva (por intento autolítico o accidental).

La digoxina a dosis terapéuticas disminuye el automatismo (aumenta el tono vagal), prolonga el periodo refractario y disminuye la conducción nodal.

A dosis tóxicas aumenta la actividad simpática y es arritmogénica por favorecer la extrasistolia y el aumento de postpotenciales, pudiéndose producir taquicardias ventriculares.

Los factores que favorecen la intoxicación digital son la insuficiencia renal, hipopotasemia ( $< 2,5$  mEq/l), hipomagnesemia, hipercalcemia, hipernatremia, hipoxia, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo y múltiples fármacos (propafenona, quinidina, calcioantagonistas, amiodarona, eritromicina, etc).

La dosis tóxica se estima en una ingesta superior a  $0,05$  mg/kg, siendo tóxica la digoxinemia  $> 2,5$  ng/ml. No suele observarse riesgo vital con ingestas agudas inferiores a  $5$  mg. Con ingestas por encima de  $10$  mg existe alto riesgo de parada cardíaca.

***Clínica***

En la intoxicación aguda existe una fase inicial asintomática de 1-2 horas.

Posteriormente aparecen síntomas:

- Digestivos: náuseas, vómitos y diarreas.
- Neurológicos: mareos, cefalea, síncope, convulsiones, alucinaciones o visión alterada con halo amarillo.

En las intoxicaciones agudas son más frecuentes los síntomas digestivos, mientras que en la crónica son más frecuentes los neurológicos.

En la intoxicación crónica los síntomas son inicialmente inespecíficos, con apatía, confusión, trastornos digestivos.

En ambos casos, las manifestaciones cardíacas son las más graves, con alteraciones en el ECG, generalmente bradicardias (sinusal, bloqueo AV, bloqueos fasciculares), pero también pueden producir arritmias auriculares y ventriculares. Las arritmias más frecuentes son la extrasistolia ventricular y el bigeminismo. La arritmia

más característica es la taquicardia auricular con bloqueo AV variable.

### Diagnóstico

- Historia clínica: Paciente en tratamiento crónico con digoxina, intento autolítico y síntomas clínicos compatibles.
- ECG: La presencia de cubeta digitalica no indica intoxicación.  
Valorar presencia de arritmias.
- Analítica básica: Niveles de iones, función renal y gasometría venosa.
- Niveles de digoxina en sangre: Los niveles terapéuticos oscilan entre 0,5 a 0,9 ng/ml y se consideran tóxicos niveles superiores a 2,5 ng/ml.
- Monitorización electrocardiográfica continua: Para valorar la existencia de arritmias asociadas.
- TAC craneal: Para descartar patología neurológica.

### Tratamiento

a.- Tratamiento de la intoxicación digitalica aguda:

- Lavado gástrico: En las primeras 2-3 horas tras la ingesta. El sondaje gástrico o los vómitos pueden producir estimulación vagal empeorando la conducción cardiaca, por lo que su uso es controvertido.
- Carbón activado: Se puede administrar en las primeras 6-8 horas tras la ingesta, precedido de antiemético, con dosis inicial de 25 g.

No se debe forzar la diuresis con furosemida ya que puede causar desbalance electrolítico. La diálisis tampoco es útil en estos casos.

b.- Corrección de los trastornos hidroelectrolíticos:

- Hipopotasemia: Dosis de 60 a 120 mEq/24 horas en sueros fisiológicos, sin sobrepasar un ritmo de 20 mEq/hora.
- Hiperpotasemia: Administraremos glucosa, insulina y bicarbonato sódico. No se recomiendan cloruro cálcico ni betaadrenérgicos, porque pueden causar arritmias.
- Hipomagnesemia: Administramos sulfato de magnesio a dosis de 1,5 g iv en 60 min, en presencia de arritmias ventriculares. No lo administraremos en presencia de insuficiencia renal, BAV u otras bradiarritmias.

c.- Medidas de soporte:

- Expansión de volumen con sueroterapia.
- Corregir la hipoxemia.

d.- Tratamiento de las bradiarritmias:

- Atropina: Dosis de 0,5 a 1 mg intravenosas en bolo, repetidos cada 3-5 minutos hasta una dosis total de 0,04 mg/kg de peso.
- Beta agonistas: El isoproterenol debe ser evitado por el riesgo de precipitar arritmias. Si es necesario su uso se inicia perfusión, para lo que se diluyen 5 ampollas en 250 ml de suero glucosado al 5%, iniciándose perfusión a 10 ml/h.
- Marcapasos transitorio: Se recomienda programar a frecuencias de 55-60 lpm.

e.- Tratamiento de las taquiarritmias:

- Lidocaína: Bolo de 1 mg/kg seguido de perfusión a 1-4 microgramos/min.

- Difenilhidantoínas: 3.5 a 5 mg/kg vía intravenosa lenta.
- Cardioversión eléctrica: En casos de arritmias ventriculares y comenzando con 10-15 Julios. No está indicada en arritmias supraventriculares.
- Anticuerpos antidigoxina: En la actualidad se emplean en situaciones

en las que está comprometida la vida del paciente (taquicardia ventricular, bradicardia sinusal o bloqueo AV refractario a atropina, PCR, hiperpotasemia > 5,5 mEq/l y/o digoxinemia > 10 ng/ml).

## BIBLIOGRAFÍA:

- Segovia Herreras D, Puchol Calderón A, José Aguilar Florit J. Fibrilación Auricular. Intoxicación digitalica. En: Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª ed. Madrid: Edicomplet; 2014. pp. 292-297.
- Martín Martínez A, Fernández Lozano I, Coll-Vinent Puig B, Tercedor Sánchez L, Del Arco Galán C, Arribas Ynsaurriaga F, et al. Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012). Emergencias. 2012; 24:300-24.
- Nogué S, Cino J, Civeira E, Puiguriquer J, Burillo-Putze G, Dueñas A, et al. Tratamiento de la intoxicación digitalica. Bases para el uso de los anticuerpos antidigital. Emergencias. 2012; 24:462-75.

## AUTORES:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

## COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

## Recordatorio:

*Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.*



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
 Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.  
 Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X  
 Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>