

FENOBARBITAL

Eugenia García Mouriz. Servicio Urgencias Generales del CHN

Barbitúrico de acción larga, presenta una rápida absorción cuando se administra vía oral (inicio en 15-30 minutos, pico en 4 h) (2).

Sus efectos clínicos son debidos a que disminuye la actividad noradrenérgica (con la consiguiente vasodilatación generalizada), al efecto sedante/hipnótico (por aumento de la actividad del GABA), y a la disminución de la actividad muscular esquelética y miocárdica.

La posología habitual oscila entre 50 y 200 mg/día. Dosis tóxica: > 8 mg/kg (1), puede ser letal por encima de 5 g.

La intoxicación por fenobarbital produce lentitud mental y grados variables de disminución del nivel de conciencia (desde somnolencia hasta coma, que puede cursar con ausencia de reflejos osteotendinosos y reflejo fotomotor). Asimismo puede haber hipotonía, ataxia, nistagmus; hipotermia, bradicardia, hipotensión, hipoventilación, íleo paralítico. También se han descrito epidermiolisis y rabdomiolisis, con o sin insuficiencia renal, hipertonía y convulsiones (3). La hipotermia es signo de mal pronóstico (2).

El EEG muestra una marcada disminución de la actividad eléctrica cerebral.

Los niveles plasmáticos orientan sobre la gravedad de la clínica (1):

- Niveles terapéuticos: 15-40 mcg/ml
- Intoxicaciones leves: 50-100 mcg/ml
- Intoxicaciones grave: 100-150 mcg/ml
- Intoxicaciones muy graves: >150 mcg/ml

El tratamiento es un tratamiento de soporte, que en el caso de las intoxicaciones graves puede incluir intubación orotraqueal y ventilación mecánica si Glasgow<8, y el uso de fluidos y vasopresores en situación de shock. Los barbitúricos no producen toxicidad directa sobre el sistema nervioso, por lo que un adecuado tratamiento de soporte conlleva una recuperación total (2).

En cuanto a la eliminación del fármaco, el carbón activado está indicado incluso hasta 6-8 h después de la ingesta, y dosis repetidas si la ingesta ha sido masiva. Si el paciente está en coma, está indicada la diuresis forzada alcalina (alcalinizar la orina hasta pH>7,5), y la depuración extrarrenal (hemodiálisis o hemofiltración o hemoperfusión) se reserva para intoxicaciones muy graves (coma profundo o shock, con insuficiencia renal o hepática, sobre todo, si coexiste con edad avanzada y niveles >100 mcg/ml) (1).

Se recomienda mantener a los pacientes asintomáticos al menos 6 horas antes de ser dados de alta (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nogué Xarau S. Productos tóxicos. En: Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un Servicio de Urgencias. Badalona, Barcelona: Laboratorios Menarini, 2010. p. 329-330.
2. Munné P, Saenz Bañuelos JJ, Izura JJ, Burillo Putze G, Nogué S. Intoxicación medicamentosa aguda (II). Analgésicos y anticonvulsivantes. An Sanit Navarra. 2003; 26 Supl 1:65-97.
3. Merino Rubio C. intoxicaciones por fármacos. Libro electrónico de Temas de Urgencias