

ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial 40 mg (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicaciones graves por digoxina y digitálicos.

Se consideran situaciones de riesgo vital asociadas a la toxicidad digitálica y con indicación de anticuerpos antidigoxina (AcAd) las siguientes:

- Bradiarritmia con frecuencia ventricular < 40 lpm que no responde a dosis repetidas de atropina
- Extrasistolia ventricular con riesgo de taquicardia o fibrilación ventricular
- Taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, asistolia, shock cardiogénico
- Potasemia > 5 mEq/L con presencia de otros signos de toxicidad digitálica (únicamente en la intoxicación aguda)
- Concentración plasmática de digoxina > 6 ng/ml (> 6 h postingesta)

POSOLOGÍA ADULTOS

Según Carga Corporal Total de Digoxina (CCTD)= [Concentración plasmática de digoxina en ng/mL] x 5 x [Peso en kg] y el resultado se divide por 1000 para tener la CCTD en mg. Cada 0,5 mg de CCTD precisan 40 mg de AcAD para ser neutralizados.

En la práctica una fórmula rápida para calcular el número de viales sería:

Dosis (nº de viales) = [Concentración plasmática de digoxina en ng/mL] x [Peso en kg] y el resultado se divide por 100

Administrar inicialmente el 50 % de la dosis neutralizante calculada. Si al cabo de 1-2h persisten los criterios que justifican la indicación, administrar el 50% restante. En caso de parada cardíaca, taquicardia ventricular o BAV completo con bradicardia extrema y sin digoxinemia, administrar 400 mg de AcAD.

POSOLOGÍA NIÑOS

Calcular dosis según la CCTD (ver adultos). Administrar el 50% de la dosis. Si es necesario, administrar el 50% tras 1-2h.

En caso de parada cardíaca, taquicardia ventricular o BAV completo con bradicardia extrema y sin digoxinemia, administrar 200 mg de AcAD (niños < 20 Kg) y 400 mg (niños > 20 Kg). Puede repetirse la dosis.

ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA

REACCIONES ADVERSAS

Los efectos adversos descritos incluyen:

- Hipopotasemia por reactivación de la ATPasa de sodio-potasio.
- Exacerbación de estados de bajo rendimiento cardíaco e insuficiencia cardíaca congestiva a causa de la retirada del efecto inotrópico del digitálico.
- Respuesta ventricular rápida en paciente con fibrilación auricular activada por la retirada del efecto de la digitalización sobre el nodo sinusal.
- Raramente reacciones de hipersensibilidad (no es necesario realizar un test previo a la administración).

La unión antídoto-digoxina no es irreversible y podría disociarse a medida que se excreta el AcAd por vía renal, lo que podría inducir un rebrote de la toxicidad cardiovascular al cabo de 4-6 horas o más, aunque habitualmente es menos grave. Esto obliga a una monitorización del paciente durante al menos 24 h después de la administración del antídoto.

EMBARAZO Y LACTANCIA

No se ha establecido el riesgo fetal tras la administración de los AcAD en embarazadas ni su excreción en leche materna.

Dada la gravedad de la intoxicación digitálica, se valorará el beneficio-riesgo de su administración.

OBSERVACIONES

Reconstituir en 4 mL de API y diluir la dosis total en 100 mL de SF para ser infundida en 30 min. En niños pequeños ajustar el volumen por el riesgo de sobrecarga hídrica. En situaciones críticas (taquicardia ventricular o PC) podría administrarse en bolus sin diluir. La solución reconstituida tiene una estabilidad de 4 horas a 2-8°C.

TRATAMIENTO PACIENTE DÍA (TPD)

400 mg = 10 viales

DISPONIBILIDAD HOSPITALES

- **Nivel A:** No se recomienda la disponibilidad de este antídoto
- **Nivel B:** 10 viales

ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA

BIBLIOGRAFÍA

1. Digifab®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>. [consulta 07 septiembre 2020].
2. Howland MA. Digoxin-specific antibody fragments. En: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS et al. Goldfrank's Toxicologic emergencies. 9th ed. Stamford (CT): Mc Graw Hill, New York, 2019.
3. Marrafa JM, Cohen V, Howland MA. Antidotes for toxicological emergencies: A practical review. Am J HHealth-Syst Pharm. 2012; 69:199-212.