

- [Inicio](#)
- [La Guía](#)
- [Presentación](#)
- [Editores y Autores](#)
- [Contacta con nosotros](#)

Seleccionar página

Atenolol

Atenolol

[Antihipertensivos](#)

Buscar: Botón de búsqueda 

Nombre	Atenolol
Presentaciones orales	Comprimidos 50 mg, 100 mg.
Categoría	Beta-1-bloqueante cardioselectivo.
Uso en pediatría	No se recomienda su empleo en niños (AEMPS).
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima a las 2 – 4 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: < 5%
Vida media	4 – 6 horas en niños; hasta 10 – 24 horas en neonatos.

Vol. distribución	1 L/kg
Eliminación	Renal
Mecanismo de acción	Actúa preferentemente sobre receptores beta-1-adrenérgicos del corazón con efecto inotrópico negativo.
Toxicología	La toxicidad predominante es cardiaca a través del bloqueo beta-adrenérgico. Tiene escasos efectos en el SNC por ser poco lipófilo.
Efectos tóxicos	<p>Medicamento altamente tóxico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica cardiovascular:</i> bradicardia, hipotensión, edema pulmonar, síncope y shock cardiogénico, alteraciones en el ECG (alteraciones de la conducción, bloqueo AV de 1º y 2º grado, enlentecimiento de la conducción intraventricular con prolongación del QRS, disritmias, asistolia). • <i>Otros:</i> broncoespasmo, hipocalcemia, hipoglucemia.
Comienzo de síntomas	1 – 2 horas
Dosis tóxica	<p>Niños: 2 mg/kg Adultos: 200 mg</p> <p>Pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de antagonistas de los canales del calcio (ACC): cualquier dosis.</p> <p>En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p> <p>En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p>
Dosis letal	No descrita

<p>Pruebas complementarias</p>	<p>ECG seriados y monitorización cardíaca. Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg), glucosa, urea y creatinina.</p>
<p>Descontaminación</p>	<p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.</p>

Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. En situación de parada cardiorrespiratoria sin respuesta, valorar emulsión lipídica.
- Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT.
- Fluidoterapia para mantener la hidratación y el volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora).
- Si hipotensión arterial: fluidoterapia i.v. Si no responde, glucagón. En ausencia de respuesta, puede ser útil la terapia con insulina a dosis altas más glucosa, el gluconato cálcico y el uso de inotropos-vasopresores (evitar adrenalina; se recomienda noradrenalina), ayudándose de la monitorización vascular invasiva y la ecocardiografía para valorar su efecto..
- Si persiste la acidosis metabólica tras la corrección de la hipoxia y hemodinamia o con prolongación del QRS (> 100 mseg): bicarbonato i.v.
- Si bradicardia: atropina i.v. Si bradicardia severa: glucagón i.v. Si no hay respuesta valorar inotrópicos (dobutamina). Si bradicardia asociada a bloqueo AV, puede requerirse marcapasos externo..
- Si agitación o convulsiones: benzodiacepinas i.v. En el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por el riesgo de cardiotoxicidad..
- Si broncoespasmo: broncodilatadores nebulizados.

<p>Antídotos</p>	<p style="text-align: center;">Glucagón</p> <p><i>Indicaciones:</i> hipotensión grave, fallo cardiaco o shock.</p> <p><i>Dosis:</i> 0,05 mg/kg i.v. en 1 min (adolescentes de > 70 kg: 3,5 mg). Si no hay respuesta a los 10 min, repetir (máximo total: 10 mg). Continuar con perfusión de suero glucosado 5 % a 0,05 mg/kg/h (máximo: 5 mg/h).</p> <p style="text-align: center;">Insulina (+ glucosa i.v.)</p> <p><i>Indicaciones:</i> hipotensión refractaria, fallo cardiaco.</p> <p><i>Dosis:</i> 1 UI/kg i.v. y seguir con una infusión continua a 1 UI/kg/h. Titular la dosis según respuesta. Asociar (excepto si glucemia > 250 mg/dl) glucosa 0,25 g/kg i.v. y seguir a 0,5 g/kg/h, titulando la dosis según glucemia.</p> <p><i>Controles:</i> glucosa capilar cada 15 – 30 minutos inicialmente y, una vez transcurridas 4 horas, cada 60 minutos. Monitorización horaria del potasio y suplementarlo si es < 2,5 mEq/L.</p>
<p>Depuración extrarrenal</p>	<p style="text-align: center;">No</p>

<p>Observación – Alta a domicilio</p>	<p>Los niños sin cardiopatía, neumopatía ni co-ingesta de ACC que hayan ingerido una dosis < 2 mg/kg de forma no intencionada, podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales.</p> <p>En caso de dosis tóxica (≥ 2 mg/kg) o cualquier dosis en pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de ACC, podrán ser dados de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales. Si existe co-ingesta de sustancias cardiotóxicas, la observación deberá ser más prolongada.</p> <p>En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 200 mg, de forma no intencionada, en un paciente sano y sin co-ingesta de ACC, puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (≥ 200 mg) o cualquier dosis en pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de ACC, podrán ser dados de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales.</p> <p>Si existe co-ingesta de sustancias cardiotóxicas, la observación deberá ser más prolongada.</p>
<p>Nombre</p>	
<p>Atenolol</p>	
<p>Presentaciones orales</p>	
<p>Comprimidos 50 mg, 100 mg.</p>	

Categoría
Beta-1-bloqueante cardioselectivo.
Uso en pediatría
No se recomienda su empleo en niños (AEMPS).
Farmacocinética
Pico sérico
Concentración plasmática máxima a las 2 – 4 horas.
Metabolismo
Hepático
Unión a proteínas plasmáticas: < 5%
Vida media
4 – 6 horas en niños; hasta 10 – 24 horas en neonatos.
Vol. distribución
1 L/kg
Eliminación
Renal
Mecanismo de acción
Actúa preferentemente sobre receptores beta-1-adrenérgicos del corazón con efecto inotrópico negativo.
Toxicología
La toxicidad predominante es cardiaca a través del bloqueo beta-adrenérgico. Tiene escasos efectos en el SNC por ser poco lipófilo.
Efectos tóxicos
<p style="text-align: center;">Medicamento altamente tóxico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica cardiovascular:</i> nbradicardia, hipotensión, edema pulmonar, síncope y shock cardiogénico, alteraciones en el ECG (alteraciones de la conducción, bloqueo AV de 1º y 2º grado, enlentecimiento de la conducción intraventricular con prolongación del QRS, disritmias, asistolia). • <i>Otros:</i> broncoespasmo, hipocalcemia, hipoglucemia.

Comienzo de síntomas
1 – 2 horas
Dosis tóxica
<p>Niños: 2 mg/kg Adultos: 200 mg</p> <p>Pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de antagonistas de los canales del calcio (ACC): cualquier dosis.</p> <p>En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p> <p>En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p>
Dosis letal
No descrita
Pruebas complementarias
<p>ECG seriados y monitorización cardíaca.</p> <p>Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg), glucosa, urea y creatinina.</p>
Descontaminación
<p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.</p>
Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. En situación de parada cardiorrespiratoria sin respuesta, valorar emulsión lipídica.
- Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT.
 - Fluidoterapia para mantener la hidratación y el volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora).
- Si hipotensión arterial: fluidoterapia i.v. Si no responde, glucagón. En ausencia de respuesta, puede ser útil la terapia con insulina a dosis altas más glucosa, el gluconato cálcico y el uso de inotropos-vasopresores (evitar adrenalina; se recomienda noradrenalina), ayudándose de la monitorización vascular invasiva y la ecocardiografía para valorar su efecto.
- Si persiste la acidosis metabólica tras la corrección de la hipoxia y hemodinamia o con prolongación del QRS (> 100 mseg): bicarbonato i.v.
 - Si bradicardia: atropina i.v. Si bradicardia severa: glucagón i.v. Si no hay respuesta valorar inotrópicos (dobutamina). Si bradicardia asociada a bloqueo AV, puede requerirse marcapasos externo.
 - Si agitación o convulsiones: benzodiacepinas i.v. En el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por el riesgo de cardiotoxicidad.
 - Si broncoespasmo: broncodilatadores nebulizados.

Antídotos

Glucagón

Indicaciones: hipotensión grave, fallo cardiaco o shock.

Dosis: 0,05 mg/kg i.v. en 1 min (adolescentes de > 70 kg: 3,5 mg). Si no hay respuesta a los 10 min, repetir (máximo total: 10 mg). Continuar con perfusión de suero glucosado 5 % a 0,05 mg/kg/h (máximo: 5 mg/h).

Insulina (+ glucosa i.v.)

Indicaciones: hipotensión refractaria, fallo cardiaco.

Dosis: 1 UI/kg i.v. y seguir con una infusión continua a 1 UI/kg/h. Titular la dosis según respuesta. Asociar (excepto si glucemia > 250 mg/dl) glucosa 0,25 g/kg i.v. y seguir a 0,5 g/kg/h, titulando la dosis según glucemia.

Controles: glucosa capilar cada 15 – 30 minutos inicialmente y, una vez transcurridas 4 horas, cada 60 minutos.

Monitorización horaria del potasio y suplementarlo si es < 2,5 mEq/L.

Depuración extrarrenal

No

Observación –Alta a domicilio

Los niños sin cardiopatía, neumopatía ni co-ingesta de ACC que hayan ingerido una dosis < 2 mg/kg de forma no intencionada, podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales.

En caso de dosis tóxica (≥ 2 mg/kg) o cualquier dosis en pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de ACC, podrán ser dados de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales. Si existe co-ingesta de sustancias cardiotóxicas, la observación deberá ser más prolongada. En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 200 mg, de forma no intencionada, en un paciente sano y sin co-ingesta de ACC, puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (≥ 200 mg) o cualquier dosis en pacientes con cardiopatía, neumopatía o co-ingesta de ACC, podrán ser dados de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales, la glucemia y el ECG son normales.

Si existe co-ingesta de sustancias cardiotóxicas, la observación deberá ser más prolongada.

Fuentes: *National Poison Information Service. Toxbase. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IBM Micromedex Poisindex. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. 2019. Red de Antídotos Grupo de trabajo de Antídotos de la SEFH-SCFC. EXTRIP UpToDate.*

Categorías

Categorías ▼

Tóxicos

A

- [Acenocumarol](#)
- [Ácido acetil salicílico](#)
- [Alprazolam](#)
- [Amitriptilina](#)
- [Amlodipino](#)
- [Aripiprazol](#)
- [Atenolol](#)
- [Atomoxetina](#)

B

- [Baclofeno](#)
- [Benzocaína](#)
- [Bicarbonato sódico](#)
- [Bisoprolol](#)
- [Bromazepam](#)
- [Buprenorfina](#)
- [Bupropion](#)

C

- [Canagliflozina](#)
- [Captopril](#)
- [Carbamazepina](#)
- [Carvedilol](#)
- [Cetirizina](#)
- [Ciclobenzaprina](#)
- [Citalopram](#)
- [Clometiazol](#)
- [Clomipramina](#)
- [Clonazepam](#)
- [Clonidina](#)
- [Clorfeniramina](#)
- [Cloroquina](#)
- [Clorpromazina](#)
- [Clozapina](#)

- [Codeína](#)
- [Colchicina](#)

D

- [Dapagliflozina](#)
- [Dapsona](#)
- [Desloratadina](#)
- [Dexclorfeniramina](#)
- [Dexketoprofeno](#)
- [Dextrometorfano](#)
- [Diazepam](#)
- [Diclofenaco](#)
- [Difenhidramina](#)
- [Diltiazem](#)
- [Dimenhidrinato](#)
- [Doxepina](#)
- [Doxilamina](#)

E

- [Efedrina](#)
- [Empagliflozina](#)
- [Enalapril](#)
- [Escitalopram](#)
- [Etosuximida](#)

F

- [Fampridina](#)
- [Felodipino](#)
- [Fenilefrina](#)
- [Fenitoína](#)
- [Fenobarbital](#)
- [Fentanilo](#)
- [Fexofenadina](#)

- [Flecainida](#)
- [Flúor](#)
- [Fluoxetina](#)
- [Fluvoxamina](#)
- [Furosemida](#)

G

- [Gabapentina](#)
- [Glibenclamida](#)
- [Gliclazida](#)
- [Glipizida](#)

H

- [Haloperidol](#)
- [Hidromorfona](#)
- [Hidroxizina](#)
- [Hidroxicloroquina](#)
- [Hierro](#)

i

- [Ibuprofeno](#)
- [Imipramina](#)
- [Isoniacida](#)
- [Ivermectina](#)

K

- [Ketotifeno](#)

L

- [Labetalol](#)
- [Lamotrigina](#)

- [Levetiracetam](#)
- [Levocetirizina](#)
- [Lisdexanfetamina dimexilato](#)
- [Loratadina](#)
- [Lorazepam](#)
- [Lormetazepam](#)
- [Losartán](#)

M

- [Mefenámico, ácido](#)
- [Melatonina](#)
- [Metadona](#)
- [Metamizol sódico](#)
- [Metformina](#)
- [Metilfenidato hidrocloreuro](#)
- [Metoprolol](#)
- [Montelukast](#)
- [Morfina](#)

N

- [Naproxeno](#)
- [Nebivolol](#)
- [Nicardipino](#)
- [Nifedipino](#)
- [Nimodipino](#)
- [Nitroglicerina](#)

O

- [Olanzapina](#)
- [Omeprazol](#)
- [Oxcarbazepina](#)
- [Oxicodona](#)
- [Oximetazolina](#)

P

- [Pantoprazol](#)
- [Paracetamol](#)
- [Paroxetina](#)
- [Pioglitazona](#)
- [Piroxicam](#)
- [Pregabalina](#)
- [Propafenona](#)
- [Propranolol](#)
- [Pseudoefedrina](#)

Q

- [Quetiapina](#)

R

- [Ranitidina](#)
- [Risperidona](#)
- [Rivastigmina](#)

S

- [Salbutamol](#)
- [Sertralina](#)
- [Sildenafil](#)
- [Sotalol](#)
- [Sulpirida](#)

T

- [Tapentadol](#)
- [Teofilina](#)
- [Terbutalina](#)
- [Tiagabina](#)

- [Topiramato](#)
- [Tramadol](#)

V

- [Valproico, ácido](#)
- [Valsartán](#)
- [Verapamilo](#)
- [Vigabatrina](#)
- [Vitamina A](#)
- [Vitamina D](#)

Z

- [Ziprasidona](#)
- [Zolpidem](#)

© 2024 SEUP - [Aviso legal](#) | [Política de Privacidad](#) | [Política de cookies](#)

