

Nombre	Flecainida
Presentaciones orales	Comprimidos 100 mg.
Categoría	Antiarrítmico clase IC.
Uso en pediatría	Arritmias ventriculares con riesgo vital. Prevención de arritmias supraventriculares sintomáticas sin cardiopatía estructural. Los datos en niños son limitados. No se recomienda su uso en menores de 12 años (AEMPS).
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima a las 3 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 40%
Vida media	20 horas
Vol. distribución	8,3 L/kg
Eliminación	Renal
Mecanismo de acción	Bloquea los canales del sodio de la membrana celular en la fase 0 de la despolarización, retardando la conducción cardiaca. Tiene efecto inotrópico negativo moderado.
Toxicología	La toxicidad es debida al bloqueo de los canales del sodio que disminuye la excitabilidad y la velocidad de conducción intracardiacas; con efecto más marcado a nivel del sistema His-Purkinje: ensanchamiento del QRS. Aunque menos marcado, prolonga los intervalos QT y PR y aumenta la amplitud de la onda T.
Efectos tóxicos	<b>Medicamento altamente tóxico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Clínica cardiovascular</i>: bradicardia, hipotensión, taquicardia nodal y ventricular, incluida <i>torsades de pointes</i>, edema pulmonar y fallo cardiaco. Alteración en el ECG: prolongación QRS y QT, ondas T gigantes invertidas, patrón Brugada.</li> <li>• <i>Clínica neurológica</i>: mioclonías, convulsiones, coma.</li> <li>• <i>Clínica respiratoria</i>: depresión respiratoria.</li> <li>• <i>Otros</i>: acidosis metabólica, vómitos, visión borrosa, midriasis, hipopotasemia, hiperglucemia, leucocitosis.</li> </ul>
Comienzo de síntomas	30 minutos.
Dosis tóxica	Niños: cualquier dosis puede ser tóxica. La ventana terapéutica es muy estrecha. Es posible la intoxicación incluso con dosis terapéuticas. Adultos: cualquier dosis superior a la terapéutica. En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica. En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.
Dosis letal	No descrita
Pruebas complementarias	ECG seriados y monitorización cardíaca. Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg), glucosa, urea y creatinina.
Descontaminación	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.
Tratamiento de soporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Si vómitos, es recomendable evitar el uso de ondansetrón por riesgo de prolongamiento del QT.</li> <li>• Si hipotensión arterial: fluidoterapia i.v. Si no responde, valorar inotropos-vasopresores (evitar adrenalina), ayudándose de la monitorización vascular invasiva y la ecocardiografía para valorar su efecto.</li> <li>• Si persiste la acidosis metabólica tras la corrección de la hipoxia y fluidoterapia: bicarbonato i.v.</li> <li>• Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.</li> <li>• Si <i>torsade de pointes</i>: sulfato de magnesio i.v.</li> <li>• Si bradicardia: atropina i.v. Si no hay respuesta valorar inotrópicos (dobutamina). Si existe bradicardia asociada a bloqueo AV, puede requerirse marcapasos externo.</li> <li>• Si agitación o convulsiones: benzodiacepinas i.v. En el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por el riesgo de cardiotoxicidad.</li> </ul>

Antídotos	<p>Bicarbonato sódico</p> <p><i>Indicaciones:</i> QRS &gt; 100 mseg o arritmias ventriculares con QRS ancho.</p> <p><i>Dosis:</i> 1 - 2 mEq/kg i.v. diluido en el mismo volumen de suero glucosado 5%, infundir en 20 min. En situaciones críticas (paro cardíaco o taquicardia ventricular) administrarlo directo, en bolo i.v. (en niños &lt; 2 años, diluir 1:1 en agua estéril para su administración directa). Continuar con 1 mEq/kg/h en perfusión continua con el objetivo de mantener el pH entre 7,45 - 7,55.</p>
Depuración extrarrenal	No
Observación - Alta a domicilio	<p>Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 6 horas de observación (hasta 36 horas, en preparados de liberación prolongada), si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p> <p>En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta no superior a la dosis terapéutica, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta, si no ha presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. En caso de dosis superior a la terapéutica, puede ser dado de alta tras 6 horas de observación (hasta 36 horas, en preparados de liberación prolongada), si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p>

Fuentes: *National Poison Information Service. Toxbase. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IBM Micromedex Poisindex. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. 2019. UpToDate.*