

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

Seleccionar página

Paracetamol

Paracetamol

[Antitérmicos, analgésicos](#)

Buscar: Botón de búsqueda 

Nombre	Paracetamol
Presentaciones orales	Solución oral 30 mg/ml, 65 mg/ml, 100 mg/ml. Cápsulas 500 mg. Comprimidos 250 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg, 1000 mg. Polvo 1000 g. Granulados 250 mg, 350 mg, 500 mg. Sobres con solución 500 mg, 650 mg, 1000 mg.
Categoría	Analgésicos. Antipiréticos.
Uso en pediatría	Antitérmico y analgésico.
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima a los 30 minutos para las presentaciones líquidas y 1 – 2 horas para los comprimidos.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 10 – 25 %
Vida media	1,5 – 3 horas
Vol. distribución	1 L/kg
Eliminación	Renal
Mecanismo de acción	Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC aumentando el umbral del dolor. Estimula la actividad de las vías descendentes que bloquean la transmisión de las señales nociceptivas a la médula espinal procedentes de tejidos periféricos. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura inhibiendo la síntesis de prostaglandinas.
Toxicología	En situaciones de sobredosis se saturan las vías metabólicas habituales (conjugación) desviándose el metabolismo hacia la oxidación del fármaco a N-acetil-p-benzoquinonamina (NAPQ1), metabolito muy hepatotóxico que produce necrosis centrolobulillar.
Efectos tóxicos	Medicamento altamente tóxico • <i>Fase I (0 – 24 h):</i> ausencia de síntomas o náuseas, vómitos, malestar general, diaforesis. En ingestas masivas, puede haber disminución del nivel de conciencia, acidosis metabólica, shock y signos en el ECG de isquemia miocárdica. Analítica de sangre: normal (si se ha administrado N-acetilcisteína, puede aparecer descenso del índice de Quick y prolongación del INR). • <i>Fase II (24 – 72 h):</i> desaparecen los síntomas previos y el paciente pasa a estar asintomático o con leve dolor en hipocondrio derecho: puede existir subictericia. Analítica de sangre: elevación de transaminasas (GOT, más precoz), hiperbilirrubinemia leve, prolongación del INR y disminución del índice de Quick, aumento de las enzimas de colestasis y elevación de creatinina e hiperfosforemia. • <i>Fase III (a partir de 3 – 4 días):</i> inicio de los signos y síntomas de insuficiencia hepática (ictericia, coagulopatía) e insuficiencia renal (oligoanuria) y alteración del nivel de conciencia. Analítica de sangre: alteración de la función hepática (transaminasas elevadas > 10 veces la normalidad) y de la función renal, coagulopatía, hipoglucemia y acidosis láctica. • <i>Fase IV: (a partir del 4 – 5):</i> evolución progresiva a fracaso multiorgánico (coma, exitus) o evolución favorable con el tratamiento. Analítica de sangre: alteración progresiva de los parámetros analíticos o normalización en semanas.
Comienzo de síntomas	6 horas

Dosis tóxica tras una ingesta aguda (dosis única o repetida en < 4 horas)	< 3 meses: > 75 mg/kg 3 – 5 meses: > 150 mg/kg 6 meses – 5 años: > 200 mg/kg 6 – 12 años: > 150 mg/kg > 12 años: > 125 mg/kg (> 30 g se considera dosis masiva) Niños con factores de riesgo: ≥ 75 mg/kg (malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento con antiepilépticos inductores del citocromo, cuadros febriles, vómitos o ayuno prolongado). 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 tóxica tras una ingesta subaguda (repetida en > 4 horas)	< 6 meses: ≥ 75 mg/kg/día 6 meses – 5 años: • ≥ 200 mg/kg/día en 24h • ≥ 150 mg/kg/día en > 24h y < 72h • ≥ 100 mg/kg/día en ≥ 72h 6 – 12 años: ≥ 150 mg/kg/día > 12 años: ≥ 125 mg/kg/día (>10 g/día si peso > 80 kg) Niños con factores de riesgo: ≥ 75 mg/kg/día (malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento con antiepilépticos inductores del citocromo, cuadros febriles, vómitos o ayuno prolongado). 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 tóxica tras la administración endovenosa	≥ 60 mg/kg
Dosis letal	Dosis superiores a 20 – 25 g son potencialmente fatales (AEMPS).
Pruebas complementarias	Análisis de sangre con hemograma, estudio de la coagulación, gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P), glucosa, urea, creatinina, ALT (GPT), AST (GOT), fosfatasa alcalina, GGT, albúmina y ácido láctico. Concentración plasmática de paracetamol a partir de las 4 horas de la ingesta. Los valores deben referirse al nomograma de Rumack-Matthew para valorar la administración del antídoto.
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. La administración de carbón es útil hasta las 6 horas si co-ingesta con fármacos que enlentecen el vaciado gástrico (anticolinérgicos, opioides) o la ingestión de una dosis masiva (> 30 g) por el riesgo de formación de farmacobozoar.
Tratamiento de soporte	• ABC y monitorización. • Fluidoterapia i.v. para mantener hidratación y volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora). • Si hipoglucemia sintomática, suero glucosado al 10%, 2 ml/kg, i.v. en bolo, que puede repetirse si no se normaliza la glucemia y persisten los síntomas. Continuar con una perfusión de suero glucosado 10% de mantenimiento en función de la glucemia. • La vitamina K1 puede mejorar la coagulopatía.

Antídotos

N-acetilcisteína (NAC): máxima eficacia en las **primeras 8 horas**

Indicaciones:

- Concentración plasmática de paracetamol por encima de la línea de posible hepatotoxicidad: “línea 150” para pacientes sin factores de riesgo, “línea 100” para pacientes con factores de riesgo.

Concentración plasmática de paracetamol con riesgo de hepatotoxicidad (trasladado del Nomograma de Rumack-Matthew)

Tiempo transcurrido desde la ingesta	Pacientes sin FR ("línea 150"):	Pacientes con FR ("línea 100"):
4h	> 150 µg/ml	> 100 µg/ml
5h	> 130 µg/ml	> 85 µg/ml
6h	> 100 µg/ml	> 70 µg/ml
7h	> 90 µg/ml	> 60 µg/ml
8h	> 75 µg/ml	> 50 µg/ml
9h	> 60 µg/ml	> 42 µg/ml
10h	> 52 µg/ml	> 38 µg/ml
11h	> 45 µg/ml	> 30 µg/ml
12h	> 38 µg/ml	> 26 µg/ml
13h	> 32 µg/ml	> 22 µg/ml
14h	> 27 µg/ml	> 18 µg/ml
15h	> 23 µg/ml	> 16 µg/ml
16h	> 19 µg/ml	> 14 µg/ml
17h	> 17 µg/ml	> 12 µg/ml
18h	> 14 µg/ml	> 9 µg/ml
19h	> 12 µg/ml	> 8 µg/ml
20h	> 9 µg/ml	> 6,5 µg/ml
21h	> 8 µg/ml	> 5,5 µg/ml
22h	> 6,5 µg/ml	> 4,5 µg/ml

- Valores a las 4 horas, próximos a la línea de tratamiento, en casos de co-ingesta con fármacos que enlentecen el vaciado gástrico (se repetirá la determinación de niveles pasadas otras 4 horas).
- Ingesta de una dosis tóxica de más de 6 horas de evolución o imposibilidad de determinar la concentración plasmática de paracetamol (*).
- Ingesta de una dosis masiva (> 30 g) (*).
- Alteración de las transaminasas (no atribuible a otra causa).
- Presencia de clínica de toxicidad (*).
- En ingestas subagudas: el nomograma de Rumack-Matthew no debe ser utilizado. Está indicado iniciar la administración del antídoto si existen signos clínicos o analíticos sugestivos de hepatotoxicidad o si la concentración plasmática de paracetamol es detectable. El cálculo de la semivida de eliminación del fármaco puede resultar de ayuda

() Se iniciará el tratamiento y se revalorará con los resultados analíticos (si estos no confirman el riesgo, suspender).*

Si existen dudas sobre la administración de NAC (valores próximos a la línea de tratamiento, tiempo desde la ingesta dudoso, etc), es preferible administrarla.

Pauta clásica (300 mg/kg en 21 horas):
Adolescentes o ≥ 40 kg:
1ª Perfusión i.v: 150 mg/kg diluidos en 200 ml de suero glucosado 5% a pasar en 1 hora (máximo 15 g).
2ª Perfusión i.v: 50 mg/kg diluidos en 500 ml de suero glucosado 5% a pasar en 4 horas.
3ª Perfusión i.v: 100 mg/kg diluidos en 1000 ml de suero glucosado 5% a pasar en 16 horas.
Si existe daño hepático progresivo, valorar la continuuación con 150 mg/kg/24h hasta mejoría o trasplante hepático.
En los niños pequeños debe individualizarse el volumen de dilución de la NAC.
Niños ≤ 20 kg:
1ª Perfusión i.v: 150 mg/kg diluidos en 3 ml/kg de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 1 hora.
2ª Perfusión i.v: 50 mg/kg diluidos en 7 ml/kg de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 4 horas.
3ª Perfusión i.v: 100 mg/kg diluidos en 14 ml/kg de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 16 horas.
Niños 20 – 40 kg:
1ª Perfusión i.v: 150 mg/kg diluidos en 100 ml de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 1 hora.
2ª Perfusión i.v: 50 mg/kg diluidos en 250 ml de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 4 horas.
3ª Perfusión i.v: 100 mg/kg diluidos en 500 ml de suero glucosado 5% o SSF, a pasar en 16 horas.
Pauta Scottish and Newcastle Acetylcysteine Protocol (300 mg/kg en 12 horas y revalorar):
1ª Perfusión i.v: 100 mg/kg en 2 horas.
2ª Perfusión i.v: 200 mg/kg en 10 horas.

Preparación y administración de NAC en pacientes < 40 kg				
N-acetilcisteína. Vial 25 ml (200 mg/ml) Cada vial contiene 5 g				
Tiempo de infusión	2 horas		10 horas	
Dosis	100 mg/kg		200 mg/kg	
Preparación de la perfusión	Diluir una ampolla de 5 g (25 ml) hasta 100 ml de SG 5% o SSF (se obtiene una perfusión de 100 ml con una concentración de NAC de 50 mg/ml, que es estable 24 horas a temperatura ambiente)		Diluir una ampolla de 5 g (25 ml) hasta 500 ml de SG 5% o SSF (se obtiene una perfusión de 500 ml con una concentración de NAC de 10 mg/ml, que es estable 24 horas a temperatura ambiente)	
Peso del paciente (kg)	Volumen de la dilución a administrar (ml)	Velocidad de la infusión (ml/h)	Volumen de la dilución a administrar (ml)	Velocidad de la infusión (ml/h)
1	2	1	20	2
2	4	2	40	4
3	6	3	60	6
4	8	4	80	8
5	10	5	100	10
6	12	6	120	12
7	14	7	140	14
8	16	8	160	16
9	18	9	180	18
10-14	24	12	240	24
15-19	34	17	340	34
20-24	44	22	440	44
25-29	54	27	540	54
30-34	64	32	640	64
35-39	74	37	740	74

Preparación y administración de NAC en pacientes ≥ 40 kg				
N-acetilcisteína. Vial 25 ml (200 mg/ml) Cada vial contiene 5 g				
Tiempo de infusión	2 horas		10 horas	
Dosis	100 mg/kg (máximo: 11g)		200 mg /kg (máximo: 22 g)	
Preparación de la perfusión	Añadir los mg del vial de NAC que le corresponde al paciente según peso a 200 ml de SG 5% o SSF. La dilución es estable 24 horas a temperatura ambiente.		Añadir los mg del vial de NAC que le corresponde al paciente según peso a 1000 ml de SG 5% o SSF. La dilución es estable 24 horas a temperatura ambiente.	
Dosis máxima	La correspondiente a 110 kg de peso.		La correspondiente a 110 kg de peso.	

Criterios de finalización del tratamiento:
Al terminar (12 horas), puede suspenderse el tratamiento si se cumplen TODOS los criterios siguientes:
• Pacientes sin síntomas o signos sugestivos de hepatotoxicidad.
• Niveles plasmáticos de PCT < 10 µg/mL.
• Niveles de ALT normales.
• INR ≤ 1,3 (la prolongación aislada del INR, sin que se haya producido elevación de transaminasas en ningún momento, debe considerarse secundaria a la administración de la NAC y no como un signo de hepatotoxicidad. Puede suspenderse el tratamiento y realizar un control de ALT e INR en 6 horas).
Si alguno de los criterios no se cumple, se debe repetir la segunda infusión (200 mg/kg en 10 horas) y realizar analítica antes de su finalización. Al terminar esta tercera dosis, puede suspenderse el tratamiento si (además de una concentración de paracetamol < 10 µg/ml) se da alguno de los siguientes dos escenarios:
• ALT normal + INR ≤ 1,3 (si aumento aislado del INR, suspender el tratamiento y realizar control de ALT e INR en 6 horas).
• INR ≤ 1,3 y ALT en descenso e inferior a 2 veces el límite alto de la normalidad y a 2 veces su valor inicial (suspender el tratamiento y realizar control de ALT e INR en 6 horas).
La segunda infusión puede repetirse más veces si es necesario, pero en estos casos debe consultarse con el servicio de hepatología. A partir de este momento, los criterios de suspensión del tratamiento serán:
• INR ≤ 1,3 ó
• INR < 3 y en descenso en 2 controles consecutivos.
Las **analíticas de control** deben hacerse 2 horas antes de terminar la infusión de 12 horas, para asegurarse de disponer del resultado al finalizar esta y evitar las interrupciones en el tratamiento, si fuera preciso continuarlo.
Si se producen **reacciones alérgicas – anafilactoides**, se debe interrumpir la infusión, administrar tratamiento (antihistamínicos, corticoides, β2-agonistas nebulizados o adrenalina IM si es necesario) y, una vez asintomático, reiniciar la NAC a menor velocidad.
Pre-medicación: los pacientes asmáticos tienen más riesgo de presentar reacciones anafilactoides (y más graves), por lo que se recomienda administrar un antihistamínico antes de la infusión de NAC. Los antecedentes de reacción anafilactoide con la administración de NAC no contraindican el uso del antídoto, pero se debe administrar un antihistamínico endovenoso previamente.
Si a pesar de estas medidas, el paciente no tolera la vía endovenosa, existe una **alternativa vía oral:** 140 mg/kg en dosis de carga (máximo 15 g/dosis) y posteriormente 17 dosis a 70 mg/kg (máximo: 7,5 g/dosis) cada 4 horas. Se aconseja pre-medicación antiemética.

Depuración extrarrenal	Dada la eficacia de la NAC, la diálisis debe ser restringida para casos excepcionales. Su indicación es en pacientes con alteración del estado mental, acidosis metabólica, elevación del lactato y niveles plasmáticos de paracetamol mayores de 900 mg/l (5960 µmol/L), incluso si se le está administrando NAC.
Observación – Alta a domicilio	Si no existen otros criterios de ingreso, pueden recibir el alta aquellos pacientes que hayan ingerido una dosis inferior a la tóxica que se encuentren asintomáticos. También pueden ser remitidos a su domicilio aquellos pacientes en los que, tras la determinación de los niveles plasmáticos de paracetamol, estos no se encuentran en rango tóxico en función del tiempo transcurrido y de las características del paciente. Los pacientes que precisan tratamiento completo con NAC (pauta de 12 h o de 21 h), previamente al alta, requieren un control analítico pasadas 36 horas de la ingesta para descartar la elevación de tardía de las transaminasas.

Nombre
Paracetamol
Presentaciones orales
Solución oral 30 mg/ml, 65 mg/ml, 100 mg/ml. Cápsulas 500 mg. Comprimidos 250 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg, 1000 mg. Polvo 1000 g. Granulados 250 mg, 350 mg, 500 mg. Sobres con solución 500 mg, 650 mg, 1000 mg.
Categoría
Analgésicos. Antipiréticos.
Uso en pediatría
Antitérmico y analgésico.
Farmacocinética
Pico sérico
Concentración plasmática máxima a los 30 minutos para las presentaciones líquidas y 1 – 2 horas para los comprimidos.
Metabolismo
Hepático
Unión a proteínas plasmáticas: 10 – 25 %
Vida media
1,5 – 3 horas
Vol. distribución
1 L/kg
Eliminación
Renal
Mecanismo de acción
Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC aumentando el umbral del dolor. Estimula la actividad de las vías descendentes que bloquean la transmisión de las señales nociceptivas a la médula espinal procedentes de tejidos periféricos. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura inhibiendo la síntesis de prostaglandinas.
Toxicología
En situaciones de sobredosis se saturan las vías metabólicas habituales (conjugación) desviándose el metabolismo hacia la oxidación del fármaco a N-acetil-p-benzoquinoinamina (NAPQ1), metabolito muy hepatotóxico que produce necrosis centrolobulillar.
Efectos tóxicos
Medicamento altamente tóxico • <i>Fase I (0 – 24 h):</i> ausencia de síntomas o náuseas, vómitos, malestar general, diaforesis. En ingestas masivas, puede haber disminución del nivel de conciencia, acidosis metabólica, shock y signos en el ECG de isquemia miocárdica. Analítica de sangre: normal (si se ha administrado N-acetilcisteína, puede aparecer descenso del índice de Quick y prolongación del INR). • <i>Fase II (24 – 72 h):</i> desaparecen los síntomas previos y el paciente pasa a estar asintomático o con leve dolor en hipocondrio derecho: puede existir subictericia. Analítica de sangre: elevación de transaminasas (GOT, más precoz), hiperbilirrubinemia leve, prolongación del INR y disminución del índice de Quick, aumento de las enzimas de colestasis y elevación de creatinina e hiperfosforemia. • <i>Fase III (a partir de 3 – 4 días):</i> inicio de los signos y síntomas de insuficiencia hepática (ictericia, coagulopatía) e insuficiencia renal (oligoanuria) y alteración del nivel de conciencia. Analítica de sangre: alteración de la función hepática (transaminasas elevadas > 10 veces la normalidad) y de la función renal, coagulopatía, hipoglucemia y acidosis láctica. • <i>Fase IV: (a partir del 4 – 5):</i> evolución progresiva a fracaso multiorgánico (coma, exitus) o evolución favorable con el tratamiento. Analítica de sangre: alteración progresiva de los parámetros analíticos o normalización en semanas.
Comienzo de síntomas
6 horas
Dosis tóxica tras una ingesta aguda (dosis única o repetida en < 4 horas)
< 3 meses: > 75 mg/kg 3 – 5 meses: > 150 mg/kg 6 meses – 5 años: > 200 mg/kg 6 – 12 años: > 150 mg/kg > 12 años: > 125 mg/kg (> 30 g se considera dosis masiva) Niños con factores de riesgo: ≥ 75 mg/kg (malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento con antiepilépticos inductores del citocromo, cuadros febriles, vómitos o ayuno prolongado).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 tóxica tras una ingesta subaguda (repetida en > 4 horas)

6 meses: ≥ 75 mg/kg/día																																																												
6 meses – 5 años:																																																												
• ≥ 200 mg/kg/día en 24h																																																												
• ≥ 150 mg/kg/día en > 24h y < 72h																																																												
• ≥ 100 mg/kg/día en ≥ 72h																																																												
6 – 12 años: ≥ 150 mg/kg/día																																																												
> 12 años: ≥ 125 mg/kg/día (>10 g/día si peso > 80 kg)																																																												
Niños con factores de riesgo: ≥ 75 mg/kg/día (malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento con antiepilépticos inductores del citocromo, cuadros febriles, vómitos o ayuno prolongado).																																																												
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 tóxica tras la administración endovenosa																																																												
≥ 60 mg/kg																																																												
Dosis letal																																																												
Dosis superiores a 20 – 25 g son potencialmente fatales (AEMPS).																																																												
Pruebas complementarias																																																												
Análisis de sangre con hemograma, estudio de la coagulación, gasometría, iones (Na, K, Cl, Ca, P), glucosa, urea, creatinina, ALT (GPT), AST (GOT), fosfatasa alcalina, GGT, albúmina y ácido láctico.																																																												
Concentración plasmática de paracetamol a partir de las 4 horas de la ingesta. Los valores deben referirse al nomograma de Rumack-Matthew para valorar la administración del antidoto.																																																												
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. La administración de carbón es útil hasta las 6 horas si co-ingesta con fármacos que enlentecen el vaciado gástrico (anticolinérgicos, opioides) o la ingestión de una dosis masiva (> 30 g) por el riesgo de formación de farmacobezoar.																																																												
Tratamiento de soporte																																																												
• ABC y monitorización.																																																												
• Fluidoterapia i.v. para mantener hidratación y volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora).																																																												
• Si hipoglucemia sintomática, suero glucosado al 10%, 2 ml/kg, i.v. en bolo, que puede repetirse si no se normaliza la glucemia y persisten los síntomas. Continuar con una perfusión de suero glucosado 10% de mantenimiento en función de la glucemia.																																																												
• La vitamina K1 puede mejorar la coagulopatía.																																																												
Antídotos																																																												
N-acetilcisteína (NAC): máxima eficacia en las primeras 8 horas																																																												
Indicaciones:																																																												
• Concentración plasmática de paracetamol por encima de la línea de posible hepatotoxicidad: “línea 150” para pacientes sin factores de riesgo, “línea 100” para pacientes con factores de riesgo.																																																												
Concentración plasmática de paracetamol con riesgo de hepatotoxicidad (trasladado del Nomograma de Rumack-Matthew)																																																												
<table><tr><th>Tiempo transcurrido desde la ingesta</th><th>Pacientes sin FR (“línea 150”):</th><th>Pacientes con FR (“línea 100”):</th></tr><tr><td>4h</td><td>> 150 µg/ml</td><td>> 100 µg/ml</td></tr><tr><td>5h</td><td>> 130 µg/ml</td><td>> 85 µg/ml</td></tr><tr><td>6h</td><td>> 100 µg/ml</td><td>> 70 µg/ml</td></tr><tr><td>7h</td><td>> 90 µg/ml</td><td>> 60 µg/ml</td></tr><tr><td>8h</td><td>> 75 µg/ml</td><td>> 50 µg/ml</td></tr><tr><td>9h</td><td>> 60 µg/ml</td><td>> 42 µg/ml</td></tr><tr><td>10h</td><td>> 52 µg/ml</td><td>> 38 µg/ml</td></tr><tr><td>11h</td><td>> 45 µg/ml</td><td>> 30 µg/ml</td></tr><tr><td>12h</td><td>> 38 µg/ml</td><td>> 26 µg/ml</td></tr><tr><td>13h</td><td>> 32 µg/ml</td><td>> 22 µg/ml</td></tr><tr><td>14h</td><td>> 27 µg/ml</td><td>> 18 µg/ml</td></tr><tr><td>15h</td><td>> 23 µg/ml</td><td>> 16 µg/ml</td></tr><tr><td>16h</td><td>> 19 µg/ml</td><td>> 14 µg/ml</td></tr><tr><td>17h</td><td>> 17 µg/ml</td><td>> 12 µg/ml</td></tr><tr><td>18h</td><td>> 14 µg/ml</td><td>> 9 µg/ml</td></tr><tr><td>19h</td><td>> 12 µg/ml</td><td>> 8 µg/ml</td></tr><tr><td>20h</td><td>> 9 µg/ml</td><td>> 6,5 µg/ml</td></tr><tr><td>21h</td><td>> 8 µg/ml</td><td>> 5,5 µg/ml</td></tr><tr><td>22h</td><td>> 6,5 µg/ml</td><td>> 4,5 µg/ml</td></tr></table>	Tiempo transcurrido desde la ingesta	Pacientes sin FR (“línea 150”):	Pacientes con FR (“línea 100”):	4h	> 150 µg/ml	> 100 µg/ml	5h	> 130 µg/ml	> 85 µg/ml	6h	> 100 µg/ml	> 70 µg/ml	7h	> 90 µg/ml	> 60 µg/ml	8h	> 75 µg/ml	> 50 µg/ml	9h	> 60 µg/ml	> 42 µg/ml	10h	> 52 µg/ml	> 38 µg/ml	11h	> 45 µg/ml	> 30 µg/ml	12h	> 38 µg/ml	> 26 µg/ml	13h	> 32 µg/ml	> 22 µg/ml	14h	> 27 µg/ml	> 18 µg/ml	15h	> 23 µg/ml	> 16 µg/ml	16h	> 19 µg/ml	> 14 µg/ml	17h	> 17 µg/ml	> 12 µg/ml	18h	> 14 µg/ml	> 9 µg/ml	19h	> 12 µg/ml	> 8 µg/ml	20h	> 9 µg/ml	> 6,5 µg/ml	21h	> 8 µg/ml	> 5,5 µg/ml	22h	> 6,5 µg/ml	> 4,5 µg/ml
Tiempo transcurrido desde la ingesta	Pacientes sin FR (“línea 150”):	Pacientes con FR (“línea 100”):																																																										
4h	> 150 µg/ml	> 100 µg/ml																																																										
5h	> 130 µg/ml	> 85 µg/ml																																																										
6h	> 100 µg/ml	> 70 µg/ml																																																										
7h	> 90 µg/ml	> 60 µg/ml																																																										
8h	> 75 µg/ml	> 50 µg/ml																																																										
9h	> 60 µg/ml	> 42 µg/ml																																																										
10h	> 52 µg/ml	> 38 µg/ml																																																										
11h	> 45 µg/ml	> 30 µg/ml																																																										
12h	> 38 µg/ml	> 26 µg/ml																																																										
13h	> 32 µg/ml	> 22 µg/ml																																																										
14h	> 27 µg/ml	> 18 µg/ml																																																										
15h	> 23 µg/ml	> 16 µg/ml																																																										
16h	> 19 µg/ml	> 14 µg/ml																																																										
17h	> 17 µg/ml	> 12 µg/ml																																																										
18h	> 14 µg/ml	> 9 µg/ml																																																										
19h	> 12 µg/ml	> 8 µg/ml																																																										
20h	> 9 µg/ml	> 6,5 µg/ml																																																										
21h	> 8 µg/ml	> 5,5 µg/ml																																																										
22h	> 6,5 µg/ml	> 4,5 µg/ml																																																										
• Valores a las 4 horas, próximos a la línea de tratamiento, en casos de co-ingesta con fármacos que enlentecen el vaciado gástrico (se repetirá la determinación de niveles pasadas otras 4 horas).																																																												
• Ingesta de una dosis tóxica de más de 6 horas de evolución o imposibilidad de determinar la concentración plasmática de paracetamol (*).																																																												
• Ingesta de una dosis masiva (> 30 g) (*).																																																												
• Alteración de las transaminasas (no atribuible a otra causa).																																																												
• Presencia de clínica de toxicidad (*).																																																												
• En ingestas subagudas: el nomograma de Rumack-Matthew no debe ser utilizado. Está indicado iniciar la administración del antidoto si existen signos clínicos o analíticos sugestivos de hepatotoxicidad o si la concentración plasmática de paracetamol es detectable. El cálculo de la semivida de eliminación del fármaco puede resultar de ayuda																																																												
(*) Se iniciará el tratamiento y se revalorará con los resultados analíticos (si estos no confirman el riesgo, suspender).																																																												
Si existen dudas sobre la administración de NAC (valores próximos a la línea de tratamiento, tiempo desde la ingesta dudoso, etc), es preferible administrarla.																																																												

Depuración extrarrenal Dada la eficacia de la NAC, la diálisis debe ser restringida para casos excepcionales. Su indicación es en pacientes con alteración del estado mental, acidosis metabólica, elevación del lactato y niveles plasmáticos de paracetamol mayores de 900 mg/l (5960 µmol/L), incluso si se le está administrando NAC.
Observación – Alta a domicilio Si no existen otros criterios de ingreso, pueden recibir el alta aquellos pacientes que hayan ingerido una dosis inferior a la tóxica que se encuentren asintomáticos. También pueden ser remitidos a su domicilio aquellos pacientes en los que, tras la determinación de los niveles plasmáticos de paracetamol, estos no se encuentran en rango tóxico en función del tiempo transcurrido y de las características del paciente. Los pacientes que precisan tratamiento completo con NAC (pauta de 12 h o de 21 h), previamente al alta, requieren un control analítico pasadas 36 horas de la ingesta para descartar la elevación de tardía de las transaminasas.

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 WorkGroup Recommendations. Urgencias en Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Hospital Universitari Sant Joan de Déu, 6ª edición. Pettie JM. Efficacy of the SNAP 12-hour Acetylcysteine Regimen for the Treatment of Paracetamol Overdose. EClinicalMedicine 11 (2019). 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 hidrocloreto](#)
- [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](#)



PROTECTING LIFE SINCE 1934

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