

Nombre	Terbutalina
Presentaciones orales	Solución oral 0,3 mg/ml
Categoría	Agonista β_2 adrenérgico.
Uso en pediatría	Broncodilatador.
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima: 1 - 3 horas.
Metabolismo	Hepático (a metabolitos conjugados inactivos). Unión a proteínas plasmáticas: 25%
Vida media	5,7 horas (2,9 - 14 horas)
Vol. distribución	1,47 L/kg
Eliminación	Renal y fecal.
Mecanismo de acción	Broncodilatador beta 2 estimulante selectivo de acción corta. Produce relajación de la musculatura lisa bronquial, estimula el movimiento ciliar e inhibe la liberación de mediadores por los mastocitos.
Toxicología	Los efectos tóxicos son debidos a la actividad beta-2-adrenérgica (toxíndrome simpaticomimético).
Efectos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia sinusal, hipertensión o hipotensión arterial, alteraciones del ritmo cardiaco (fibrilación auricular, taquicardia supraventricular y extrasístoles, taquicardia y fibrilación ventricular, QT prolongado, elevación del ST), dolor torácico e isquemia miocárdica. • <i>Clínica neurológica</i>: cefalea, temblor, mareo, nerviosismo, midriasis, mioclonías y convulsiones. • <i>Clínica respiratoria</i>: taquipnea, broncoespasmo paradójico, edema agudo de pulmón. • <i>Trastornos metabólicos</i>: hipokalemia (potencialmente grave), hiperglucemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia, acidosis láctica con anión gap aumentado. Se ha descrito hipoglucemia tardía. • <i>Otros</i>: vómitos, fiebre, leucocitosis, rabdomiolisis y fallo renal.
Comienzo de síntomas	Dentro de la primera hora
Dosis tóxica	Niños y adultos: 1 mg/kg 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. Glucemia capilar. Si aparecen signos de toxicidad: analítica con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl, Mg, P), glucosa, urea, creatinina, creatinquinasa y función renal. Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis. Rx. de tórax si existen signos respiratorios, hipoxemia o sospecha de edema pulmonar.
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"> • ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. • Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT. • Manejo precoz de la hipoglucemia: suero glucosado al 10%, 2 ml/kg en bolo, que puede repetirse si no se normaliza la glucemia y persisten los síntomas. Continuar con una perfusión de mantenimiento. • Control de las alteraciones hidroelectrolíticas con sueroterapia. • Si hipotensión arterial: fluidoterapia. Si no responde, inotropos-vasopresores (noradrenalina de elección), y guiarse por la monitorización vascular invasiva y por la ecocardiografía para valorar su efecto. • Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia. • Si <i>torsade de pointes</i>: sulfato de magnesio i.v. • Si agitación o convulsiones: benzodiazepinas i.v. En el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por el riesgo de toxicidad. Si hay agitación, evitar la contención física.
Antídotos	No
Depuración extrarrenal	No

Observación - Alta a domicilio	Los pacientes que hayan ingerido una dosis < 1 mg/kg de forma no intencionada, podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales, la glucemia capilar y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (≥ 1 mg//kg), podrán ser dados de alta tras 4 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales, la glucemia capilar y el ECG son normales.
--------------------------------	---

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