Cloroquina

Cloroquina

Antipalúdicos

Buscar: Botón de búsqueda

Nombre	Cloroquina
Presentaciones orales	Comprimidos 155 mg (250 mg cloroquina fosfato = 155 mg cloroquina base).
Categoría	Antipalúdico.
Uso en pediatría	Tratamiento y profilaxis de la malaria. Tratamiento de la artritis reumatoide, lupus eritematoso, espondilitis, actinodermatosis y rosácea. Tratamiento de la amebiasis y lambliasis.
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima en 1 – 2 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 50 – 65%
Vida media	3 – 5 días
Vol. distribución	Adolescentes: 116 – 285 L/kg
Eliminación	Renal (70%).
Mecanismo de acción	Como antipalúdico, inhibe la enzima hemopolimerasa parasitaria; interfiere en el uso de la hemoglobina por los parásitos.
Toxicología	La toxicidad es debida al bloqueo de los canales del Na y K en el sistema cardiovascular y en el sistema nervioso central. Tiene un efecto quinidina-like (disminuye la contractilidad cardíaca y altera la conducción).

Efectos tóxicos	**Medicamento altamente tóxico** • *Clínica neurológica:* cefalea, mareo, somnolencia, diplopía, *tinnitus*, parestesias, hiperexcitabilidad con agitación y convulsiones (frecuentes y de difícil manejo), depresión neurológica hasta el coma, edema cerebral. • *Clínica cardiovascular:* taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial que puede evolucionar a shock cardiogénico, alteraciones en el ECG (ensanchamiento del PR, QRS y QT, depresión del ST y de la onda T, aumento de la onda U, bloqueo AV, fibrilación ventricular, *torsade de pointes*); puede producir paro cardíaco en 1 – 2 horas tras la ingesta. • *Clínica respiratoria:* taquipnea, disnea, edema pulmonar, apnea. • *Clínica digestiva:* molestias gastrointestinales náuseas, vómitos, diarrea, hemorragia gástrica. • *Alteraciones metabólicas:* hipokalemia que puede ser intensa y se correlaciona con la gravedad de la toxicidad (se asocia a cardiotoxicidad), acidosis metabólica. • *Otros:* metahemoglobinemia, leucopenia, CID, hepatotoxicidad, nefritis con hematuria, miopatía, alteraciones visuales (retinopatía).
Comienzo de síntomas	1 – 3 horas
Dosis tóxica	Niños: cualquier dosis puede ser tóxica. Adultos: > 10 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	Niños: 27 mg/kg (cloroquina base) Adolescentes: 30 mg/kg
Pruebas complementarias	ECG seriados y monitorización cardíaca. Glucemia capilar Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl; los iones, sobre todo el potasio, deben ser monitorizados estrechamente), glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, creatínquinasa y metahemoglobinemia. Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiólisis.
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. Dado que pueden aparecer cardiotoxicidad o convulsiones de forma brusca, no se recomienda descontaminar si el paciente está sintomático y no se ha aislado la vía aérea mediante la intubación. De manera excepcional, valorar el lavado gástrico si ha transcurrido < 1 hora de la ingesta, se trata de una dosis masiva y se cuenta con personal experto en la técnica.

Tratamiento de soporte	• ABC y monitorización. Si existen signos de intoxicación grave (deterioro del nivel de conciencia, agitación, convulsiones, signos de cardiotoxicidad): intubación precoz (no usar tiopental sódico). En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. En situación de parada cardiorrespiratoria sin respuesta, valorar emulsión lipídica. En intoxicaciones graves, la intubación precoz, junto a las dosis altas de diazepam y adrenalina reducen la mortalidad. • Si vómitos, es recomendable evitar el uso de ondansetrón por riesgo de prolongamiento del QT. • Si existen alteraciones electrolíticas: tratamiento específico con sueroterapia e iones. La hipokalemia debe corregirse de forma cautelosa por el riesgo de hiperpotasemia de rebote. • Si hipotensión arterial, prolongación del QRS (> 100 mseg) o arritmias ventriculares: 1) bicarbonato sódico i.v. (si no hay hipokalemia); 2) intubación; 3) diazepam i.v. (2 mg/kg en 30 minutos seguido de 1 – 2 mg/kg/d en perfusión contínua; 4) adrenalina i.v. inicialmente a 0,25 µg/kg/min en perfusión contínua con aumentos de 0,25 µg/kg/min, si es necesario. Si no ceden las arritmias: lidocaína i.v. Los antiarrítmicos IA, IC y III están contraindicados. Fluidoterapia i.v. • Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia. • Si *torsades de pointes*: sulfato de magnesio i.v. • Si agitación o convulsiones: benzodiacepinas i.v. En estatus epiléptico, evitar fenitoína por el riesgo de cardiotoxicidad.
Antídotos	**Bicarbonato sódico** *Indicaciones:* QRS > 100 mseg, arritmias ventriculares o hipotensión refractaria a líquidos. *Dosis:* 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 < 2 años, diluir 1:1 en agua estéril para su administración directa). Continuar con 1 mEq/kg/h en perfusión contínua con el objetivo de mantener el pH entre 7,45 – 7,55. **Azul de metileno** *Indicaciones:* pacientes con metahemoglobinemia sintomática. Los síntomas aparecen generalmente con metahemoglobinemia > 20%, pero pueden aparecer con valores inferiores si existen factores de riesgo que favorezcan la hipoxia tisular (anemia, enfermedades cardiopulmonares o afectación del SNC). *Dosis:* 1 mg/kg i.v. en 5 – 15 minutos (en menores de 3 meses se recomienda 0,3 – 0,5 mg/kg). Si no existe respuesta, la dosis puede repetirse cada 30 – 60 minutos. Dosis máxima acumulada: 4 mg/kg. El uso de flumazenilo está contraindicado por el riesgo de convulsiones.
Depuración extrarrenal	No

Observación – Alta a domicilio	Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 12 horas de observación, si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 10 mg/kg, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (≥ 10 mg/kg), podrá ser dado de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.

Nombre
Cloroquina
Presentaciones orales
Comprimidos 155 mg (250 mg cloroquina fosfato = 155 mg cloroquina base).
Categoría
Antipalúdico.
Uso en pediatría
Tratamiento y profilaxis de la malaria. Tratamiento de la artritis reumatoide, lupus eritematoso, espondilitis, actinodermatosis y rosácea. Tratamiento de la amebiasis y lambliasis.
Farmacocinética
Pico sérico
Concentración plasmática máxima en 1 – 2 horas.
Metabolismo
Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 50 – 65%
Vida media
3 – 5 días
Vol. distribución
Adolescentes: 116 – 285 L/kg
Eliminación
Renal (70%).
Mecanismo de acción
Como antipalúdico, inhibe la enzima hemopolimerasa parasitaria; interfiere en el uso de la hemoglobina por los parásitos.
Toxicología
La toxicidad es debida al bloqueo de los canales del Na y K en el sistema cardiovascular y en el sistema nervioso central. Tiene un efecto quinidina-like (disminuye la contractilidad cardíaca y altera la conducción).
Efectos tóxicos

Medicamento altamente tóxico • *Clínica neurológica:* cefalea, mareo, somnolencia, diplopía, *tinnitus*, parestesias, hiperexcitabilidad con agitación y convulsiones (frecuentes y de difícil manejo), depresión neurológica hasta el coma, edema cerebral. • *Clínica cardiovascular:* taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial que puede evolucionar a shock cardiogénico, alteraciones en el ECG (ensanchamiento del PR, QRS y QT, depresión del ST y de la onda T, aumento de la onda U, bloqueo AV, fibrilación ventricular, *torsade de pointes*); puede producir paro cardíaco en 1 – 2 horas tras la ingesta. • *Clínica respiratoria:* taquipnea, disnea, edema pulmonar, apnea. • *Clínica digestiva:* molestias gastrointestinales náuseas, vómitos, diarrea, hemorragia gástrica. • *Alteraciones metabólicas:* hipokalemia que puede ser intensa y se correlaciona con la gravedad de la toxicidad (se asocia a cardiotoxicidad), acidosis metabólica. • *Otros:* metahemoglobinemia, leucopenia, CID, hepatotoxicidad, nefritis con hematuria, miopatía, alteraciones visuales (retinopatía).
Comienzo de síntomas
1 – 3 horas
Dosis tóxica
Niños: cualquier dosis puede ser tóxica. Adultos: > 10 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
Niños: 27 mg/kg (cloroquina base) Adolescentes: 30 mg/kg
Pruebas complementarias
ECG seriados y monitorización cardíaca. Glucemia capilar Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl; los iones, sobre todo el potasio, deben ser monitorizados estrechamente), glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, creatínquinasa y metahemoglobinemia. Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiólisis.
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. Dado que pueden aparecer cardiotoxicidad o convulsiones de forma brusca, no se recomienda descontaminar si el paciente está sintomático y no se ha aislado la vía aérea mediante la intubación. De manera excepcional, valorar el lavado gástrico si ha transcurrido < 1 hora de la ingesta, se trata de una dosis masiva y se cuenta con personal experto en la técnica.
Tratamiento de soporte

• ABC y monitorización. Si existen signos de intoxicación grave (deterioro del nivel de conciencia, agitación, convulsiones, signos de cardiotoxicidad): intubación precoz (no usar tiopental sódico). En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora. En situación de parada cardiorrespiratoria sin respuesta, valorar emulsión lipídica. En intoxicaciones graves, la intubación precoz, junto a las dosis altas de diazepam y adrenalina reducen la mortalidad.
• Si vómitos, es recomendable evitar el uso de ondansetrón por riesgo de prolongamiento del QT.
• Si existen alteraciones electrolíticas: tratamiento específico con sueroterapia e iones. La hipokalemia debe corregirse de forma cautelosa por el riesgo de hiperpotasemia de rebote.
• Si hipotensión arterial, prolongación del QRS (> 100 mseg) o arritmias ventriculares: 1) bicarbonato sódico i.v. (si no hay hipokalemia); 2) intubación; 3) diazepam i.v. (2 mg/kg en 30 minutos seguido de 1 – 2 mg/kg/d en perfusión contínua; 4) adrenalina i.v. inicialmente a 0,25 µg/kg/min en perfusión contínua con aumentos de 0,25 µg/kg/min, si es necesario. Si no ceden las arritmias: lidocaína i.v. Los antiarrítmicos IA, IC y III están contraindicados. Fluidoterapia i.v.
• Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.
• Si *torsades de pointes*: sulfato de magnesio i.v.
• Si agitación o convulsiones: benzodiacepinas i.v. En estatus epiléptico, evitar fenitoína por el riesgo de cardiotoxicidad.

Antídotos

Bicarbonato sódico
Indicaciones: QRS > 100 mseg, arritmias ventriculares o hipotensión refractaria a líquidos.
Dosis: 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 < 2 años, diluir 1:1 en agua estéril para su administración directa). Continuar con 1 mEq/kg/h en perfusión contínua con el objetivo de mantener el pH entre 7,45 – 7,55.
Azul de metileno
Indicaciones: pacientes con metahemoglobinemia sintomática. Los síntomas aparecen generalmente con metahemoglobinemia > 20%, pero pueden aparecer con valores inferiores si existen factores de riesgo que favorezcan la hipoxia tisular (anemia, enfermedades cardiopulmonares o afectación del SNC).
Dosis: 1 mg/kg i.v. en 5 – 15 minutos (en menores de 3 meses se recomienda 0,3 – 0,5 mg/kg). Si no existe respuesta, la dosis puede repetirse cada 30 – 60 minutos. Dosis máxima acumulada: 4 mg/kg.
El uso de flumazenilo está contraindicado por el riesgo de convulsiones.

Depuración extrarrenal

No

Observación – Alta a domicilio

Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 12 horas de observación, si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.
En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 10 mg/kg, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (≥ 10 mg/kg), podrá ser dado de alta tras 12 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales 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. Red de Antídotos Grupo de trabajo de Antídotos de la SEFH-SCFC. UpToDate.*

Categorías

Categorías Elegir la categoría

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 hidrocloruro

- 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
- Sildenafilo
- 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