

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

Seleccionar página

[Gliclazida](#)

Gliclazida

[Hipoglucemiantes orales](#)

Buscar: Botón de búsqueda 🔍

Nombre	Gliclazida
Presentaciones orales	Comprimidos 30 mg de liberación modificada, comprimidos 60 mg de liberación modificada.
Categoría	Sulfonilurea de segunda generación.
Uso en pediatría	No recomendado en menores de 18 años (AEMPS).
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima a las 2 – 6 horas. En liberación modificada: concentración máxima a las 6 horas, manteniéndose en una meseta hasta las 12 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 95%
Vida media	Liberación inmediata: 10 -12 horas Liberación retardada: 12 – 20 horas
Vol. distribución	30 L
Eliminación	Renal
Mecanismo de acción	Estimula la secreción de insulina del páncreas al bloquear los canales del potasio de las células beta. Inhibe parcialmente la adhesión y agregación plaquetaria y favorece la fibrinólisis del endotelio.
Toxicología	La principal toxicidad se debe a la aparición de hipoglucemia, que puede ser intensa y prolongada (48 horas), incluso con pequeñas dosis (en niños) y producir daño neurológico. Con el uso terapéutico se han descrito discrasias sanguíneas.

Efectos tóxicos	Medicamento altamente tóxico en la infancia • La sintomatología es propia de la hipoglucemia • <i>Clínica neurológica</i>: hormigueo en los labios y la lengua, letargia, confusión, agitación o nerviosismo, focalidad neurológica (hemiparesia); en los casos graves se han descrito convulsiones, estupor, coma, edema cerebral y muerte. • <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia por incremento de la actividad simpática, arritmias, extrasístoles ventriculares, bloqueo de rama izquierda, fibrilación auricular. • <i>Clínica digestiva</i>: náuseas, vómitos, dolor epigástrico de intensidad moderada. • <i>Otros</i>: sensación intensa de hambre y temblores, daño renal agudo en los casos graves. La co-ingesta de etanol puede intensificar y prolongar la hipoglucemia.
Comienzo de síntomas	La hipoglucemia puede ser tardía, hasta 24 horas tras la ingesta.
Dosis tóxica	Niños: cualquier dosis puede ser tóxica. Adultos sin tratamiento de base: 1,3 mg/kg Adultos con tratamiento de base: > 2 veces la dosis terapéutica diaria. En caso de ingesta de otros hipoglucemiantes (como tratamiento de base o no): cualquier dosis supraterapéutica. 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	La ingesta de un solo comprimido puede producir hipoglucemia grave y potencialmente letal en un niño pequeño.
Pruebas complementarias	Glucemia capilar horaria. ECG y monitorización cardiaca. Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, función hepática, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea, creatinina y lactato. TC craneal si persiste el bajo nivel de conciencia tras normalizarse la glucemia.
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	• ABC y monitorización (canalizar vía i.v.). • El objetivo es mantener la glucemia en niveles adecuados (la hiperglucemia puede producir hipoglucemia secundaria al estimular la liberación de insulina). Alimentación precoz si el paciente está asintomático. No administrar glucosa i.v. profiláctica. • Si hipoglucemia leve y el paciente está consciente, administrar glucosa por vía oral. Si la hipoglucemia es sintomática, administrar 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. Si no se consigue una vía endovenosa, se puede probar glucagón i.m., pero el efecto depende de los depósitos hepáticos de glucógeno (escasos en niños). Si persiste la hipoglucemia pese a los aportes de glucosa i.v., considerar octeotride.
Antídotos	Octeotride <i>Indicaciones:</i> hipoglucemia persistente pese a aportes adecuados de glucosa i.v. <i>Dosis:</i> 1 µg/kg (máximo: 50 µg) i.v. o s.c., puede repetirse cada 6 horas si la hipoglucemia recurre. Disminuir gradualmente la dosis de glucosa i.v. durante el tratamiento.
Depuración extrarrenal	No
Observación – Alta a domicilio	Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 24 horas de observación, si no han presentado síntomas, la glucemia se ha mantenido normal y se ha comprobado la tolerancia oral. En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 1,3 mg/kg en pacientes sin tratamiento o no superior a 2 veces la dosis terapéutica en pacientes con tratamiento, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes vitales y la glucemia son normales, y se ha comprobado la correcta tolerancia oral. En caso de dosis tóxica ($\geq$ 1,3 mg/kg o > 2 veces la dosis terapéutica), podrá ser dado de alta tras 24 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y la glucemia son normales, y se ha comprobado la correcta tolerancia oral. Si se ha requerido la administración de glucosa u octeotride, el tiempo de observación será mayor: mínimo de 6 horas tras suspender el aporte de glucosa i.v. y de 12 horas tras la administración de octeotride.
Nombre	
Gliclazida	
Presentaciones orales	
Comprimidos 30 mg de liberación modificada, comprimidos 60 mg de liberación modificada.	
Categoría	

Sulfonilurea de segunda generación.
Uso en pediatría
No recomendado en menores de 18 años (AEMPS).
Farmacocinética
Pico sérico
Concentración plasmática máxima a las 2 – 6 horas. En liberación modificada: concentración máxima a las 6 horas, manteniéndose en una meseta hasta las 12 horas.
Metabolismo
Hepático
Unión a proteínas plasmáticas: 95%
Vida media
Liberación inmediata: 10 -12 horas
Liberación retardada: 12 – 20 horas
Vol. distribución
30 L
Eliminación
Renal
Mecanismo de acción
Estimula la secreción de insulina del páncreas al bloquear los canales del potasio de las células beta. Inhibe parcialmente la adhesión y agregación plaquetaria y favorece la fibrinólisis del endotelio.
Toxicología
La principal toxicidad se debe a la aparición de hipoglucemia, que puede ser intensa y prolongada (48 horas), incluso con pequeñas dosis (en niños) y producir daño neurológico. Con el uso terapéutico se han descrito discrasias sanguíneas.
Efectos tóxicos
Medicamento altamente tóxico en la infancia • La sintomatología es propia de la hipoglucemia • <i>Clínica neurológica</i>: hormigueo en los labios y la lengua, letargia, confusión, agitación o nerviosismo, focalidad neurológica (hemiparesia); en los casos graves se han descrito convulsiones, estupor, coma, edema cerebral y muerte. • <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia por incremento de la actividad simpática, arritmias, extrasístoles ventriculares, bloqueo de rama izquierda, fibrilación auricular. • <i>Clínica digestiva</i>: náuseas, vómitos, dolor epigástrico de intensidad moderada. • <i>Otros</i>: sensación intensa de hambre y temblores, daño renal agudo en los casos graves. La co-ingesta de etanol puede intensificar y prolongar la hipoglucemia.
Comienzo de síntomas
La hipoglucemia puede ser tardía, hasta 24 horas tras la ingesta.
Dosis tóxica

Niños: cualquier dosis puede ser tóxica. Adultos sin tratamiento de base: 1,3 mg/kg Adultos con tratamiento de base: > 2 veces la dosis terapéutica diaria. En caso de ingesta de otros hipoglucemiantes (como tratamiento de base o no): cualquier dosis supraterapéutica. 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
La ingesta de un solo comprimido puede producir hipoglucemia grave y potencialmente letal en un niño pequeño.
Pruebas complementarias
Glucemia capilar horaria. ECG y monitorización cardiaca. Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, función hepática, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea, creatinina y lactato. TC craneal si persiste el bajo nivel de conciencia tras normalizarse la glucemia.
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
• ABC y monitorización (canalizar vía i.v.). • El objetivo es mantener la glucemia en niveles adecuados (la hiperglucemia puede producir hipoglucemia secundaria al estimular la liberación de insulina). Alimentación precoz si el paciente está asintomático. No administrar glucosa i.v. profiláctica. • Si hipoglucemia leve y el paciente está consciente, administrar glucosa por vía oral. Si la hipoglucemia es sintomática, administrar 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. Si no se consigue una vía endovenosa, se puede probar glucagón i.m., pero el efecto depende de los depósitos hepáticos de glucógeno (escasos en niños). Si persiste la hipoglucemia pese a los aportes de glucosa i.v., considerar octeotride.
Antídotos
Octeotride <i>Indicaciones:</i> hipoglucemia persistente pese a aportes adecuados de glucosa i.v. <i>Dosis:</i> 1 µg/kg (máximo: 50 µg) i.v. o s.c., puede repetirse cada 6 horas si la hipoglucemia recurre. Disminuir gradualmente la dosis de glucosa i.v. durante el tratamiento.
Depuración extrarrenal
No
Observación – Alta a domicilio

Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 24 horas de observación, si no han presentado síntomas, la glucemia se ha mantenido normal y se ha comprobado la tolerancia oral. En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 1,3 mg/kg en pacientes sin tratamiento o no superior a 2 veces la dosis terapéutica en pacientes con tratamiento, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes vitales y la glucemia son normales, y se ha comprobado la correcta tolerancia oral. En caso de dosis tóxica ($\geq 1,3$ mg/kg o > 2 veces la dosis terapéutica), podrá ser dado de alta tras 24 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y la glucemia son normales, y se ha comprobado la correcta tolerancia oral. Si se ha requerido la administración de glucosa u octeotride, el tiempo de observación será mayor: mínimo de 6 horas tras suspender el aporte de glucosa i.v. y de 12 horas tras la administración de octeotride.

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 ▼

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](#)