

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

Seleccionar página

# Haloperidol

# Haloperidol

[Antipsicóticos](#)

Buscar:  Botón de búsqueda 

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre                | Haloperidol  |
| Presentaciones orales | Comprimidos 10 mg. Gotas orales solución 2 mg/ml.  |
| Categoría             | Antipsicótico típico (butirofenona).   |
| Uso en pediatría      | Agresividad intensa en mayores de 6 años. Trastornos de tics, incluido el síndrome de Gilles de la Tourette, a partir de 10 años. Esquizofrenia a partir de 13 años (AEMPS). |
| Farmacocinética       |  |
| Pico sérico           | Concentración plasmática máxima a las 2 – 6 horas. Alta variabilidad interindividual en las concentraciones plasmáticas.   |
| Metabolismo           | Hepático. Se producen varios metabolitos activos (hidroxihaloperidol). Unión a proteínas plasmáticas: 90%  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Vida media           | 14 – 37 horas  |
| Vol. distribución    | 19,5 – 21,7 L/kg   |
| Eliminación          | Renal y fecal.   |
| Mecanismo de acción  | Potente antagonista de los receptores dopaminérgicos centrales de tipo 2.  |
| Toxicología          | La toxicidad es causada, fundamentalmente, por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos (toxicidad neurológica central y extrapiramidal), alfa-adrenérgicos (hipotensión) y sobre los canales del potasio (riesgo de alargamiento del QT y torsade de pointes), siendo menor el efecto sobre los canales del sodio (prolongación QRS).  |
| Efectos tóxicos      | <p><b>Medicamento altamente tóxico en la infancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Clínica neurológica</i>: disminución del nivel de conciencia con progresión a coma; puede haber agitación y convulsiones.</li> <li>• <i>Clínica extrapiramidal (frecuente)</i>: distonías agudas, tortícolis, opistótonos, crisis oculógiras, <i>nistagmus</i>, trismus, movimientos oro-linguales, temblores e hiperreflexia. Distonía laríngea-faríngea que puede ocasionar compromiso de la vía aérea (poco frecuente).</li> <li>• <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia o bradicardia, hipotensión o hipertensión, alteraciones en el ECG (prolongación del QT, <i>torsade de pointes</i>, prolongación del QRS), depresión miocárdica.</li> <li>• <i>Otros</i>: vómitos, hipopotasemia.</li> </ul> <p>Puede desencadenar un síndrome neuroléptico maligno, dosis-independiente (disminución del nivel de conciencia, rigidez, fiebre y rabdomiolisis).</p> |
| Comienzo de síntomas | Dentro de las primeras 6 horas (pueden durar entre 1 y 3 días).  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <p>Dosis tóxica</p>            | <p>Niños: 0,1 mg/kg<br/>         Adultos: 0,5 mg/kg<br/>         En caso de ingesta con voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.<br/>         En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p>      |
| <p>Dosis letal</p>             | <p>No descrita<br/>         Dosis altamente tóxica en niños: 1,5 mg/kg</p>  |
| <p>Pruebas complementarias</p> | <p>ECG seriados y monitorización cardíaca.<br/>         Si aparece clínica de toxicidad: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea, creatinina, creatínquinasa y función hepática.<br/>         Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis.</p> |
| <p>Descontaminación</p>        | <p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido &lt; 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.</p>   |

Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora.
- Si vómitos, es recomendable evitar el uso de ondansetrón por riesgo de prolongamiento del QT.
- Si hipotensión arterial: fluidoterapia. Si no responde, valorar inotropos-vasopresores (evitar adrenalina; se recomienda noradrenalina), guiándose por la monitorización vascular invasiva y por la ecocardiografía para valorar su efecto.
  - Si prolongación de QRS (> 100 mseg): bicarbonato sódico i.v.
- Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.
- Si torsade de pointes: sulfato de magnesio i.v.
- Si agitación o convulsiones: benzodiazepinas i.v.
  - Si distonías: biperideno i.m. o i.v. (alternativa: difenhidramina 1 mg/kg; máximo 50 mg, i.m. o i.v.).
  - Si rabdomiolisis: fluidoterapia con suero salino fisiológico para mantener una diuresis de 3 – 4 ml/kg/hora en niños y 200 ml/hora en adolescentes (aproximadamente 2 veces las necesidades basales). Control de creatinina y signos de insuficiencia renal.
    - Síndrome neuroléptico maligno: estabilización (ABC con intubación precoz si el paciente está grave). Medidas físicas (ventilador, «packs» de hielo en ingles y axilas, baño helado). Hidratación. Benzodiazepinas i.v. En casos graves: dantroleno 2 – 3 mg/kg, i.v. (si no hay respuesta se puede ir aumentando la dosis hasta máximo 10 mg/kg en 24 horas) ± bromocriptina 2,5 mg cada 8 horas por sonda nasogástrica. Parálisis muscular.

|   |  |
|---|--|
| <p>Antídotos</p>                          | <p style="text-align: center;"><b>Bicarbonato sódico</b></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> <p style="text-align: center;"><b>Biperideno</b></p> <p><i>Indicaciones:</i> reacciones distónicas.</p> <p><i>Dosis:</i> 0,04 – 0,1 mg/kg i.m. o i.v. en 15 minutos. Dosis máxima &lt; 1 año: 1 mg; 1 – 6 años: 2 mg; 6 – 12 años: 3 mg; &gt; 10 años: 5 mg. Se puede repetir a los 30 minutos (alternativa: difenhidramina i.m. o i.v.).</p> |
| <p>Depuración extrarrenal</p>             | <p style="text-align: center;">No</p>  |
| <p>Observación – Alta a domicilio</p>     | <p>Los niños que hayan ingerido una dosis &lt; 0,1 mg/kg podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p> <p>En caso de dosis tóxica (<math>\geq 0,1</math> mg/kg), podrán ser dados de alta tras 8 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p> <p>En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta &lt; 0,5 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 (<math>\geq 0,5</math> mg/kg), podrá ser dado de alta tras 8 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p>   |
| <p style="text-align: center;">Nombre</p> |  |

|  |
|--|
| Haloperidol  |
| Presentaciones orales  |
| Comprimidos 10 mg. Gotas orales solución 2 mg/ml.  |
| Categoría  |
| Antipsicótico típico (butirofenona).   |
| Uso en pediatría   |
| Agresividad intensa en mayores de 6 años. Trastornos de tics, incluido el síndrome de Gilles de la Tourette, a partir de 10 años. Esquizofrenia a partir de 13 años (AEMPS). |
| Farmacocinética  |
| Pico sérico  |
| Concentración plasmática máxima a las 2 – 6 horas. Alta variabilidad interindividual en las concentraciones plasmáticas.   |
| Metabolismo  |
| Hepático. Se producen varios metabolitos activos (hidroxihaloperidol).<br>Unión a proteínas plasmáticas: 90%   |
| Vida media   |
| 14 – 37 horas  |
| Vol. distribución  |
| 19,5 – 21,7 L/kg   |
| Eliminación  |
| Renal y fecal.   |
| Mecanismo de acción  |
| Potente antagonista de los receptores dopaminérgicos centrales de tipo 2.  |
| Toxicología  |

La toxicidad es causada, fundamentalmente, por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos (toxicidad neurológica central y extrapiramidal), alfa-adrenérgicos (hipotensión) y sobre los canales del potasio (riesgo de alargamiento del QT y torsade de pointes), siendo menor el efecto sobre los canales del sodio (prolongación QRS).

#### Efectos tóxicos

##### **Medicamento altamente tóxico en la infancia**

- *Clínica neurológica*: disminución del nivel de conciencia con progresión a coma; puede haber agitación y convulsiones.
- *Clínica extrapiramidal (frecuente)*: distonías agudas, tortícolis, opistótonos, crisis oculógiras, *nistagmus*, trismus, movimientos oro-linguales, temblores e hiperreflexia. Distonía laríngea-faríngea que puede ocasionar compromiso de la vía aérea (poco frecuente).
- *Clínica cardiovascular*: taquicardia o bradicardia, hipotensión o hipertensión, alteraciones en el ECG (prolongación del QT, *torsade de pointes*, prolongación del QRS), depresión miocárdica.
- *Otros*: vómitos, hipopotasemia.

Puede desencadenar un síndrome neuroléptico maligno, dosis-independiente (disminución del nivel de conciencia, rigidez, fiebre y rabdomiolisis).

#### Comienzo de síntomas

Dentro de las primeras 6 horas (pueden durar entre 1 y 3 días).

#### Dosis tóxica

Niños: 0,1 mg/kg

Adultos: 0,5 mg/kg

En caso de ingesta con 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

|   |
|---|
| <p>No descrita</p> <p>Dosis altamente tóxica en niños: 1,5 mg/kg</p>  |
| <p>Pruebas complementarias</p>  |
| <p>ECG seriados y monitorización cardíaca.</p> <p>Si aparece clínica de toxicidad: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea, creatinina, creatínquinasa y función hepática.</p> <p>Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis.</p> |
| <p>Descontaminación</p>   |
| <p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido &lt; 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.</p>   |
| <p>Tratamiento de soporte</p>   |



- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora.
- Si vómitos, es recomendable evitar el uso de ondansetrón por riesgo de prolongamiento del QT.
- Si hipotensión arterial: fluidoterapia. Si no responde, valorar inotropos-vasopresores (evitar adrenalina; se recomienda noradrenalina), guiándose por la monitorización vascular invasiva y por la ecocardiografía para valorar su efecto.
- Si prolongación de QRS (> 100 mseg): bicarbonato sódico i.v.
- Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.
  - Si torsade de pointes: sulfato de magnesio i.v.
  - Si agitación o convulsiones: benzodiazepinas i.v.
  - Si distonías: biperideno i.m. o i.v. (alternativa: difenhidramina 1 mg/kg; máximo 50 mg, i.m. o i.v.).
  - Si rabdomiolisis: fluidoterapia con suero salino fisiológico para mantener una diuresis de 3 – 4 ml/kg/hora en niños y 200 ml/hora en adolescentes (aproximadamente 2 veces las necesidades basales). Control de creatinina y signos de insuficiencia renal.
- Síndrome neuroléptico maligno: estabilización (ABC con intubación precoz si el paciente está grave). Medidas físicas (ventilador, «packs» de hielo en ingles y axilas, baño helado). Hidratación. Benzodiazepinas i.v. En casos graves: dantroleno 2 – 3 mg/kg, i.v. (si no hay respuesta se puede ir aumentando la dosis hasta máximo 10 mg/kg en 24 horas) ± bromocriptina 2,5 mg cada 8 horas por sonda nasogástrica. Parálisis muscular.

Antídotos

### **Bicarbonato sódico**

*Indicaciones:* QRS > 100 mseg o arritmias ventriculares con QRS ancho.

*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 continua con el objetivo de mantener el pH entre 7,45 – 7,55.

### **Biperideno**

*Indicaciones:* reacciones distónicas.

*Dosis:* 0,04 – 0,1 mg/kg i.m. o i.v. en 15 minutos. Dosis máxima < 1 año: 1 mg; 1 – 6 años: 2 mg; 6 – 12 años: 3 mg; > 10 años: 5 mg. Se puede repetir a los 30 minutos (alternativa: difenhidramina i.m. o i.v.).

Depuración extrarrenal

No

Observación – Alta a domicilio

Los niños que hayan ingerido una dosis < 0,1 mg/kg podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.

En caso de dosis tóxica ( $\geq 0,1$  mg/kg), podrán ser dados de alta tras 8 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.

En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 0,5 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 ( $\geq 0,5$  mg/kg), podrá ser dado de alta tras 8 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.*

## 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 hidrocloreuro](#)
- [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](#)

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