

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

Seleccionar página

[Hidroxicloroquina](#)

Hidroxicloroquina

[Antirreumáticos, antipalúdicos](#)

Buscar: Botón de búsqueda 

Nombre	Hidroxicloroquina
Presentaciones orales	Comprimidos 400 mg (310 mg hidroxycloroquina base) y 200 mg (148 mg de hidroxycloroquina base).
Categoría	Antipalúdico.
Uso en pediatría	Tratamiento y profilaxis de la malaria y del lupus eritematoso sistémico en mayores de 6 años (AEMPS).
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima en 1 – 2 horas.
Metabolismo	Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 40%
Vida media	40 días
Vol. distribución	580 – 815 L/kg
Eliminación	Renal (15 – 25 %).
Mecanismo de acción	Inhibe la hemopolimerasa parasitaria. Interviene en la presentación de antígenos y producción de citoquinas.
Toxicología	Los síntomas son debidos al bloqueo de los canales del sodio y del potasio en el sistema cardiovascular y sistema nervioso central. Tiene un efecto quinidina-like (disminuye la contractilidad cardíaca y altera la conducción). La hipokalemia es debida a una alteración de la distribución intracelular de potasio (precaución al corregirla).

Efectos tóxicos	<p>Medicamento altamente tóxico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica neurológica:</i> cefalea, mareo, somnolencia, diplopía, : <i>tinnitus</i>, : parestesias; hiperexcitabilidad con agitación y convulsiones (frecuentes y de difícil manejo); depresión neurológica hasta el coma. • <i>Clínica cardiovascular:</i> taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial que puede evolucionar a shock cardiogénico; alteraciones en el ECG (trastornos de la conducción, ensanchamiento del PR, QRS y QT, depresión ST y de la onda T, aumento de la onda U, bloqueo AV, <i>torsade de pointes</i>, fibrilación ventricular); paro cardíaco que puede producirse entre la 1ª- 2ª horas tras la ingesta. • <i>Clínica respiratoria:</i> taquipnea, disnea, edema pulmonar, apnea. • <i>Clínica digestiva:</i> náuseas, vómitos, diarrea, hemorragia gástrica. • <i>Alteraciones metabólicas:</i> hipokalemia (puede ser intensa y se asocia a cardiotoxicidad), acidosis metabólica. • <i>Otros:</i> metahemoglobinemia, leucopenia, CID, hepatotoxicidad, nefritis con hematuria, alteraciones visuales (retinopatía).
Comienzo de síntomas	1 – 3 horas
Dosis tóxica	<p>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.</p>
Dosis letal	<p>No descrita Dosis altamente tóxica en niños: 20 mg/kg</p>
Pruebas complementarias	<p>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 metahemoglobina. Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis.</p>
Descontaminación	<p>Carbón activado (1 g/kg, max. 50 g) si han transcurrido < 2 h tras la ingesta y el paciente no presenta síntomas de toxicidad y tiene la vía aérea 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.</p>

Tratamiento de soporte	<ul style="list-style-type: none">• ABC y monitorización. Si existe clínica de toxicidad grave (deterioro del nivel 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 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 msec) 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 continua; 4) adrenalina i.v. inicialmente a 0,25 µg/kg/min en perfusión continua 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 <i>torsades de pointes</i>: sulfato de magnesio i.v.• Si agitación o convulsiones: benzodiazepinas i.v. En el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por riesgo de cardiotoxicidad.• 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.
------------------------	---

Antídotos	<p>Bicarbonato sódico <i>Indicaciones:</i> QRS > 100 mseg, arritmias ventriculares o hipotensión refractaria a líquidos. <i>Dosis:</i> 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.</p> <p>Azul de metileno <i>Indicaciones:</i> 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). <i>Dosis:</i> 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.</p>
Depuración extrarrenal	No
Observación – Alta a domicilio	<p>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.</p> <p>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.</p>
Nombre	
Hidroxyclo-roquina	
Presentaciones orales	
Comprimidos 400 mg (310 mg hidroxyclo-roquina base) y 200 mg (148 mg de hidroxyclo-roquina base).	
Categoría	
Antipalúdico.	
Uso en pediatría	
Tratamiento y profilaxis de la malaria y del lupus eritematoso sistémico en mayores de 6 años (AEMPS).	
Farmacocinética	
Pico sérico	
Concentración plasmática máxima en 1 – 2 horas.	
Metabolismo	
Hepático Unión a proteínas plasmáticas: 40%	
Vida media	

40 días
Vol. distribución
580 – 815 L/kg
Eliminación
Renal (15 – 25 %).
Mecanismo de acción
Inhibe la hemopolimerasa parasitaria. Interviene en la presentación de antígenos y producción de citoquinas.
Toxicología
Los síntomas son debidos al bloqueo de los canales del sodio y del potasio en el sistema cardiovascular y sistema nervioso central. Tiene un efecto quinidina-like (disminuye la contractilidad cardíaca y altera la conducción). La hipokalemia es debida a una alteración de la distribución intracelular de potasio (precaución al corregirla).
Efectos tóxicos
<p>Medicamento altamente tóxico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clínica neurológica</i>: cefalea, mareo, somnolencia, diplopía, : <i>tinnitus</i>, ;parestesias; hiperexcitabilidad con agitación y convulsiones (frecuentes y de difícil manejo); depresión neurológica hasta el coma. • <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial que puede evolucionar a shock cardiogénico; alteraciones en el ECG (trastornos de la conducción, ensanchamiento del PR, QRS y QT, depresión ST y de la onda T, aumento de la onda U, bloqueo AV, <i>torsade de pointes</i>, fibrilación ventricular); paro cardíaco que puede producirse entre la 1^a- 2^a horas tras la ingesta. • <i>Clínica respiratoria</i>: taquipnea, disnea, edema pulmonar, apnea. • <i>Clínica digestiva</i>: náuseas, vómitos, diarrea, hemorragia gástrica. • <i>Alteraciones metabólicas</i>: hipokalemia (puede ser intensa y se asocia a cardiotoxicidad), acidosis metabólica. • <i>Otros</i>: metahemoglobinemia, leucopenia, CID, hepatotoxicidad, nefritis con hematuria, alteraciones visuales (retinopatía).
Comienzo de síntomas
1 – 3 horas
Dosis tóxica
<p>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.</p>
Dosis letal
No descrita
Dosis altamente tóxica en niños: 20 mg/kg
Pruebas complementarias
<p>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 metahemoglobina. Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis.</p>
Descontaminación

Carbón activado (1 g/kg, max. 50 g) si han transcurrido < 2 h tras la ingesta y el paciente no presenta síntomas de toxicidad y tiene la vía aérea 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 existe clínica de toxicidad grave (deterioro del nivel 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 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 continua; 4) adrenalina i.v. inicialmente a 0,25 µg/kg/min en perfusión continua 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 el estatus epiléptico, evitar la fenitoína por riesgo de cardiotoxicidad.
- 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.

Antídotos

Bicarbonato sódico

Indicaciones: QRS > 100 mseg, arritmias ventriculares o hipotensión refractaria a líquidos.

Dosis: 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.

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 ▼

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

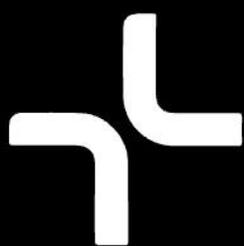
- [Tapentadol](#)
- [Teofilina](#)
- [Terbutalina](#)
- [Tiagabina](#)
- [Topiramato](#)
- [Tramadol](#)

V

- [Valproico, ácido](#)
- [Valsartán](#)
- [Verapamilo](#)
- [Vigabatrina](#)
- [Vitamina A](#)
- [Vitamina D](#)

Z

- [Ziprasidona](#)
- [Zolpidem](#)



lainco

PROTECTING LIFE SINCE 1934

