

PRALIDOXIMA (PAM)

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial 200mg/10mL (ME)

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación por insecticidas organofosforados en combinación con atropina. Tiene mayor eficacia si se administra precozmente (<3-4 horas) y siempre que el paciente presente respuesta al tratamiento con atropina. Mejora el síndrome nicotínico y muscarínico.

Sin embargo, las oximas no son universalmente efectivas; su eficacia puede verse limitada por el rápido envejecimiento de algunos organofosforados (por ejemplo, el tabún), su incapacidad para atravesar la barrera hematoencefálica, las diferencias estructurales entre los organofosforados y la rápida reinactivación de la acetilcolinesterasa regenerada en presencia del tóxico.

El inicio y finalización del tratamiento con oximas debe ser en función de las manifestaciones clínicas del paciente (fasciculaciones musculares, debilidad o parálisis), no de los niveles de colinesterasa.

No está indicado en el tratamiento de las intoxicaciones por insecticidas carbamatos.

POSOLOGÍA ADULTOS

30 mg/kg (máx. 2g) en 100 mL SG5% o SF en 1 h. Proseguir con 8-10 mg/Kg/h (máx. 650 mg/h) en perfusión IV continuar hasta 12 h posteriores al cese del uso de atropina.

POSOLOGÍA NIÑOS

30 mg/kg (máx. 2 g) diluido en SF a concentración 10mg/ml (o en 100 ml), en 30 minutos. Proseguir con perfusión IV continua a 10-20 mg/kg/h (máx. 650 mg/h), hasta mejora clínica.

REACCIONES ADVERSAS

Se han descrito casos de hipertensión arterial, taquicardia, cefalea, escalofríos, náuseas, vómitos, laringoespasma, fasciculaciones y, excepcionalmente, apnea y paro cardíaco.

EMBARAZO Y LACTANCIA

La pralidoxima es un fármaco de categoría C y su administración en el embarazo debe realizarse tras valorar el beneficio/riesgo ya que el daño fetal no se puede descartar.

PRALIDOXIMA (PAM)

Se desconoce si la pralidoxima se excreta por leche materna, por lo que su indicación debe realizarse valorando el beneficio/riesgo para el neonato.

OBSERVACIONES

La pralidoxima se reconstituye con el disolvente acompañante (10 ml de agua para inyectables) y a su vez se diluye en 100-250 ml de SF o SG 5%. Tras la reconstitución la pralidoxima debe usarse inmediatamente. Evitar la administración concomitante con otros fármacos.

En pacientes pediátricos o que precisen una restricción hídrica, se podría realizar la administración directa de la primera dilución de 10 mg/mL, con una velocidad de infusión máxima de 200 mg/min.

Pralidoxima debería ser administrada después de que el paciente haya respondido a atropina y continuar la administración concomitante de atropina durante el tratamiento para evitar el empeoramiento de los síntomas a causa de la inhibición transitoria de la acetilcolinesterasa.

En caso de insuficiencia renal es necesario reducir la dosis, aunque la ficha técnica no da recomendaciones específicas.

TRATAMIENTO PACIENTE DÍA (TPD)

17 g = 85 viales

DISPONIBILIDAD HOSPITALES

- **Nivel A:** No se recomienda la disponibilidad de este antídoto.
- **Nivel B:** 85 viales

BIBLIOGRAFÍA

1. Contrathion®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse>. Consultado el 22/03/2025.
2. Howland MA. Pralidoxime. En: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS, editores. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 11ª ed. McGraw-Hill; 2019. p. 1508-13.
3. Arroyave-Hoyos CL, Nogué-Xarau S. Insecticidas Organofosforados. En: Toxicología clínica 2ª Edición. Base para el diagnóstico y tratamiento de las

PRALIDOXIMA (PAM)

intoxicaciones en los servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. Elsevier, Barcelona, 2024: 599-600

4. Pralidoxime. Micromedex® online. Disponible en: <https://www.micromedexsolutions.com>. Consultado el 22/03/2025.
5. Lavonas EJ, et al. 2023 American Heart Association Focused Update on the Management of Patients With Cardiac Arrest or Life-Threatening Toxicity Due to Poisoning: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2023;148:e149–e184.