

MATERIAS PRIMAS

POLIESTIRENO SULFONATO DE SODIO



DESCRIPCIÓN: Presentación 500 gr. 1.000 gr. y 20 kilos.

ESPECÍFICACIONES TÉCNICAS

Composición:	Poliestireno sulfonato de sodio
Apariencia:	Polvo fino color crema
Solubilidad:	Prácticamente indisoluble en agua y etanol (96%)
Presentación:	Envase de, a partir de 100 g. (Peso neto)
Características del envases:	pote con sello de inviolabilidad.
Almacenamiento:	El preparado se debe mantener en su envase bien cerrado y lejos del alcance de los niños. Conservar a temperatura ambiente a no más de 25°C, en un lugar limpio, seco y PROTEGER DE LA LUZ.

contacto@zagopharm.cl







2 Oliver GF, Winkelmann RK. The current treatment of sclero-derma. Drugs 1989; 37: 87-96.

derma. Drugs 1907, 97 (1979).

3 steen VD, et al. p-Penicillamine therapy in progressive systemic sclerosis (scleroderma): a retrospective analysis. Ann Intern Med 1982; 97: 652-9.

Hepatitis crónica activa. Se ha probado la penicilamina en la hepatitis crónica activa (p.920) como alternativa al trata-miento prolongado de mantenimiento con corticosteroides, miento piotoligamento del control de la enfermedad. La dosis una vez se incrementa durante algunos meses hasta de penicilamina se incrementa durante algunos meses hasta as dosis de mantenimiento adecuada, con la respectiva reducción de la dosis de corticosteroides.

Intoxicación por plomo. La penicilamina puede emplear-Intoxicación asintomática por plomo y alcanzar valores deseables de plomo en los pacientes con intoxicación asintomática por plomo una vez que ya hayan estado en tratamiento con calcioedetato de sodio y dimercaprol (v. p.1833).

Retinopatía en prematuros. Se ha investigado la penicinina para la profilaxis de la retinopatía de la prematuridad (p.1595), en niños considerados con riesgo de nacer pretérmino. En una revisión sistemática de 2 estudios, se consideró que había habido indicios de una incidencia reducida de retinopatía aguda. Este hallazgo justificó la realización de otros estudios en los que se prestó especial atención a los posibles efectos adversos.

Phelps DL, et al. D-Penicillamine for preventing retinopathy of prematurity in preterm infants (updated 5 December 2000).
 Available in The Cochrane Library; Issue 4. Oxford: Update

Especialidades y formas farmacéuticas

BP 2001: Penicillamine Tablets; USP 25: Penicillamine Capsules; Penicillamine Tablets.

Especialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3) Especialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3)
Al. Metaleaptase; Trisorcin; Trolovol; Aust.: Artamin†, Distamine†, Austral.: D-Penamine; Bélg.: Kelatin; Bras.: Cuprimine;
Cuprimine; Depen; Din.: Atamir, Rhumantin†, EE.UU.:
Cuprimine; Depen; Esp.: Cupripen; Sufortanon; Fr.: Trolovol;
Hol.: Cuprimine†; Distamine†; Kelatin; Irl.: Distamine; Isr.: Cuprimine; Il.: Pemine; Méx.: Adalken; Sufortan; N.Zel.: D-Penamine; No.: Cuprimine; Port.: Kelatine; RU: Distamine;
Pendramine†; Sing.: Artamin; Sudáf.: Metaleaptase; Suec.: Cuprimine; Suita: Mercaptyl; Tail.: Cuprimine.

Pentetato cálcico trisódico (1032-q)

Pentetato cálcico trisódico (erINN).

Calcium Trisodium Pentetate (idNN, BAN); Pentetate Calcium Trisodium (USAN); Calcium Trisodium DTPA; NSC-34249; Trisodium Calcium Diethylenetriaminepentaacetate. Calcium trisodium nitrilodiethylenedinitrilopenta-acetate; [[(Carboximetil)imino]bis(etilenonitilo)]tetraacetato de calcio y trisodio. $C_{14}H_{18}CaN_3Na_3O_{10} = 497.4.$

CAS — 12111-24-9 (calcium trisodium pentetate); 67-43-6 (pentetic acid).

NOTA. El ácido pentético es DOE. Formacopeas. La USP incluye ácido pentético.

El ácido pentético y sus sales son quelantes y tienen las pro-piedades generales de los edetatos (v. Calcioedetato de sodio, p.1645). El pentetato cálcico trisódico se utiliza para tratar intoxicaciones por metales pesados y metales radiactivos como el plutonio. Se administran dosis de 1 g diario en infusión intravenosa lenta de 3 a 5 días. Después de un intervalo de 3 días puede darse un tratamiento adicional.

También se utiliza pentetato cálcico.

Los pentetatos, marcados con radionúclidos metálicos, se utizan en medicina nuclear (v. Indio-111, p.1675, y Tecnecio-

Talasemia. Se administraron de 0,5 a 1 g de pentetato cálci-co por infusión subcutánea en días alternos o 5 días a la sema-na a 5 pacientes con talasemia (p.1411) en los que se interrumpió el tratamiento con deferoxamina debido a la elevada incidencia de sordera. El pentetato cálcico fue tan eficaz como la deferoxamina en el aumento de la excreción de hierro, y en residente de la como la deferoxamina en el aumento de la excreción de hierro. hierro, y se mejoró la audición durante el tratamiento. Fueron necesarios suplementos de zinc por vía oral durante el tratamiento con pentetato cálcico para mantener las concentraciones adecuadas de zinc en plasma.

Wonke B, et al. Reversal of desferrioxamine induced auditory neurotoxicity during treatment with Ca-DTPA. Arch Dis Child 1989; 64: 77–82.

Especialidades y formas farmacéuticas

Pecialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3) AL: Ditripentat-Hevl.

Poliestirenosulfonato cálcico (5004-1)

Calcium Polystyrene Sulfonate; Calcium Polystyrene Sulpho-

CAS - 37286-92-3.

Farmacopeas. En BP y F. Jap.

Sal cálcica del polímero de estireno sulfonatado.

Referencias en farmacopeas

BP 2001: polvo fino de color crema o marrón claro. El contenido en calcio no es inferior al 6,5% ni superior al 9,5%, con respecto a la sustancia seca. Cada gramo intercambia un mínimo de 1,3 mmol y un máximo de 2,0 mmol de potasio con respecto a la sustancia seca. Prácticamente insoluble en agua y en alcohol. Conservar en envases herméticos.

Efectos adversos y precauciones

Igual que Poliestirenosulfonato sódico, p.1667. No debe usarse sorbitol con el poliestirenosulfonato cálcico debido al riesgo de necrosis del colon. El poliestirenosulfonato cálcico no ocasiona sobredosificación de sodio, pero sí puede producirse sobredosificación de calcio e hipercalcemia. Debe evitarse en pacientes con hiperparatiroidismo, mieloma múltiple, sarcoidosis o carcinoma metastásico que puede presentarse con insuficiencia renal junto a hipercalcemia. Debe monitorizarse a los pacientes para detectar posibles desequilibrios electrolíticos, en especial hipopotasemia e hipercalcemia.

Efectos sobre los pulmones. En la necropsia de un anciano que falleció por una parada cardíaca se observó que padecía una bronconeumonía debida a la inhalación de poliestirenosulfonato cálcico; la resina se le administró por vía oral para tratar una hiperpotasemia.

Chaplin AJ, Millard PR. Calcium polystyrene sulphonate: an unusual cause of inhalation pneumonia. BMJ 1975; 3: 77-8.

Interacciones

Igual que Poliestirenosulfonato sódico, p.1668. Los iones de calcio se liberan de la resina en el tubo digestivo y esto puede reducir la absorción de la tetraciclina por vía oral.

Indicaciones y administración

El poliestirenosulfonato cálcico es una resina de intercambio catiónico que intercambia iones de calcio por iones de potasio y otros cationes en el tubo digestivo. Se emplea de forma similar al poliestirenosulfonato sódico (p.1668) para intensificar la excreción de potasio en el tratamiento de la hiperpotasemia (p.1023) y es preferible a la resina sódica en los pacientes que no toleran un incremento en su cantidad de sodio. Se estima que 1 g de poliestirenosulfonato cálcico podría unirse a 1,3 a 2 mmol de potasio, pero en la práctica esto es dificil de conseguir.

Se administra por vía oral, a dosis de hasta 15 g 4 veces al día, en forma de suspensión en agua o jarabe o como una pasta edulcorada. No debe administrase junto con zumos de frutas con un elevado contenido en potasio. La dosis infantil para tratar la hiperpotasemia aguda es, como máximo, de 1 g/kg/día en varias tomas, que se reduce a una dosis de mantenimiento de 500 mg/kg/día en varias tomas; no se recomienda administrarlo por vía oral a recién nacidos.

Cuando la administración oral es dificil, se administra por vía rectal en forma de enema. La dosis diaria habitual es de 30 g en forma de suspensión en 100 ml de metilcelulosa «450» al 2% y 100 ml de agua; este líquido debe retenerse, siempre que sea posible, durante al menos 9 h. Inicialmente, la vía de administración puede ser tanto oral como rectal. Tras la retención del enema, debe irrigarse el colon para eliminar la resina. A los niños y recién nacidos se les han de administrar dosis rectales similares a las recomendadas para niños por vía oral.

Especialidades y formas farmacéuticas

Especialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3) Al.: Anti-Kalium; Calcium Resonium; CPS Pulver; Eluti-Calcium; Sorbisterit; Aust.: CPS Pulver; Sorbisterit; Aust.: CPS Pulver; Sorbisterit; Aust.al.: Calcium Resonium; Bélg.: Kayexalate Calcium; Bras.: Sorcal; Can.: Calcium; Calcium; Din.: Resonium Calcium; Esp.: Resincalcio; Calcium; Calcium; Din.: Resonium Calcium; Esp.: Resonium Calcium;

Kong: Calcium Resonium; Inl.: Calcium Resonium; Jap.: Kalimate; N.Zel.: Calcium Resonium; Nor.: Resonium Calcium; RU: Calcium Resonium; Suec.: Resonium Calcium; Suiza: Sorbisterit. Especialidades farmacéuticas compuestas: Port.: Resical.

Poliestirenosulfonato potásico (13157-g)

Potassium Polystyrene Sulfonate; Potassium Polystyrene Sulphonate; Sulfonato potásico de poliestireno.

CAS - 9011-99-8.

Sal potásica del polímero sulfonatado de estireno.

Descripción

El sulfonato potásico de poliestireno es una resina de intercambio catiónico que cambia iones de potasio por iones de calcio y otros cationes y se usa para tratar la hipercalciuria y los cálculos renales.

Especialidades y formas farmacéuticas

Especialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3) AL: Campanyl.

Especialidades farmacéuticas compuestas: Al.: Ujostabil.

Poliestirenosulfonato sódico (5009-k)

Sodium Polystyrene Sulfonate; Sodium Polystyrene Sulphonate; Sulfonato sódico de poliestireno.

CAS — 9003-59-2; 9080-79-9; 25704-18-1.

Farmacopeas. En BP, F. Jap. y USP.

Sal sódica del copolimero sulfonatado de estireno con divinilbenzeno.

Referencias en farmacopeas

BP 2001: polvo fino de color crema o marrón claro. Contiene un mínimo del 9,4% y un máximo del 11% de sodio, calculado con respecto a la sustancia seca. Cada gramo intercambia un mínimo de 2,8 y un máximo de 3,4 mmol de potasio, calculado con respecto a la sustancia seca. Prácticamente insoluble en agua y en alcohol. Conservar en envases herméticos.

USP 25: polvo inodoro, fino, marrón dorado que contiene un máximo del 10% de agua. El contenido en sodio no es inferior al 9,4% ni superior al 11,5%, calculado en relación con la sustancia anhidra. Cada gramo intercambia un mínimo de 110 mg y un máximo de 135 mg de potasio, calculado en re-lación con la sustancia anhidra. Insoluble en agua.

Efectos adversos

Durante el tratamiento con poliestirenosulfonato sódico puede aparecer anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento y, ocasionalmente, diarrea. El estreñimiento puede ser grave; las dosis elevadas pueden provocar retención fecal a los pacientes ancianos y los niños, y tras la administración por vía oral en recién nacidos se han producido concreciones gastrointestinales. Si es necesario, debe usarse un laxante moderado para evitar y tratar el estreñimiento; no deben emplearse laxantes que contengan magnesio (v. Interacciones, más adelante).

El poliestirenosulfonato sódico puede ocasionar deficiencias de potasio; los signos de la hipopotasemia grave pueden ser irritabilidad, confusión, anomalías en el electrocardiograma, arritmias cardíacas y debilidad muscular grave. Como otras resinas de intercambio catiónico, el poliestirenosulfonato sódico no es totalmente selectivo y su empleo puede dar lugar a otras alteraciones electrolíticas como la hipocalcemia. También puede producirse una retención grave de sodio, especialmente en pacientes con insuficiencia renal, que puede conducir a insuficiencia cardíaca.

Efectos sobre los pulmones. En la autopsia pulmonar de 3 pacientes que habían tomado la resina por via oral se halla-ron partículas de poliestirenosulfonato sódico, lo que pudo haber ocasionado bronquitis aguda, bronconeumonía en 2 de ellos y bronquitis prematura en el tercero. 1 Se ha propuesto que es preferible la administración rectal, pero si es necesaria la administración oral, hay que disponer cuidadosamente al paciente para facilitar la ingestión de la resina y evitar su aspiración.

1. Haupt HM, Hutchins GM. Sodium polystyrene sulfonate pneu-monitis. Arch Intern Med 1982; 142: 379-81.

Efectos sobre el tubo digestivo. Seis pacientes12 sufrieron necrosis de colon tras la administración de poliestirenosulfonato sódico junto con sorbitol en forma de enemas. Se consideró que la adición de sorbitol contribuyó a este efecto, 1,2 a pesar de que posteriormente se indicó que la irrigación del colon, tal como recomendaba el fabricante, no se llevó a cabo para eliminar la resina residual. 3,4

1668 Quelantes, antídotos y antagonistas

- Lillemoe KD, et al. Intestinal necrosis due to sodium polysty-rene (Kayexalate) in sorbitol enemas: clinical and experimental support for the hypothesis. Surgery 1987; 101: 267–72.
 Wootton FT, et al. Colonic necrosis with Kayexalate-sorbitol enemas after renal transplantation. Ann Intern Med 1989; 111: 947–9
- 34/-9.

 Burnett RJ. Sodium polystyrene-sorbitol enemas. Ann Intern Med 1990; 112: 311-12.
- Med 1990; 112: 311-12. Shepard KV. Cleansing enemas after sodium polystyrene sulfonate enemas. Ann Intern Med 1990; 112: 711.

Precauciones

No debe administrarse poliestirenosulfonato sódico por vía oral a los recién nacidos y está contraindicado por cualquier vía en los que tienen la motilidad intestinal reducida o en cualquier paciente con enfermedad intestinal obstructiva. La administración rectal a recién nacidos y niños también debe realizarse con precaución con el fin de evitar la retención de la resina. Debe interrumpirse el tratamiento si se presenta un estreñimiento clínicamente significativo. Para la profilaxis y el tratamiento del estreñimiento se recomienda sorbitol (v. Efectos sobre el tubo digestivo, antes); no deben usarse laxantes que contengan magnesio (v. Interacciones, más adelante).

Hay que monitorizar a los pacientes que toman poliestirenosulfonato sódico para controlar las alteraciones electrolíticas, especialmente la hipopotasemia. Dado que las concentraciones séricas no reflejan siempre las deficiencias de potasio intracelular, deben vigilarse los síntomas de hipopotasemia y la decisión de suspender el tratamiento debe analizarse de forma individual.

El uso de poliestirenosulfonato sódico puede provocar sobrecarga de sodio y debe usarse con precaución en los pacientes con insuficiencia renal o trastornos que requieran restringir la ingesta de sodio, como la insuficiencia cardíaca o la hipertensión grave; para estos pacientes es preferible el poliestirenosulfonato cálcico (p.1667).

En los pacientes que requieran este tratamiento deben tenerse en cuenta para las medidas diagnósticas los posibles efectos del poliestirenosulfonato sódico sobre los electrolitos plasmáticos.

Tras la administración de enemas para la retención de poliestirenosulfonato sódico, se debe irrigar el colon para asegurar la eliminación de la resina.

Interacciones

El poliestirenosulfonato sódico no es totalmente selectivo para el potasio y puede unirse a otros cationes. Se ha descrito alcalosis metabólica, particularmente en pacientes con insuficiencia renal, tras la administración oral concomitante de poliestirenosulfonato sódico y antiácidos liberadores de cationes, y laxantes como hidróxido de magnesio, hidróxido de aluminio o carbonato cálcico; la unión del catión con la resina evita la neutralización de iones de bicarbonato en el intestino delgado. El efecto intercambiador de potasio de la resina también disminuirá.

Las resinas de intercambio iónico también pueden unirse a otros fármacos administrados de forma concomitante, reduciendo su absorción. En referencia a dicho efecto con levotiroxina [tiroxina], véase p.1531.

La hipopotasemia puede aumentar los efectos adversos de la digoxina, por lo que el poliestirenosulfonato sódico debe administrarse con precaución a los pacientes en tratamiento con glucósidos cardiotónicos.

Indicaciones y administración

El poliestirenosulfonato sódico es una resina de intercambio catiónico que intercambia iones de sodio por iones de potasio y otros cationes en el tubo digestivo tras su administración oral o rectal. La resina intercambiada se excreta por las heces. Cada gramo de resina intercambia unos 3 mmol de potasio in vitro y aproximadamente 1 mmol in vivo.

El poliestirenosulfonato sódico se utiliza para aumentar la excreción de potasio en el tratamiento de la hiperpotasemia, incluida la asociada a anuria u oliguria grave (se requiere precaución debido al contenido en sodio). El efecto no será evidente durante varias horas o más, y en la hiperpotasemia grave, en la que se requiere un efecto rápido, deben conside-

rarse otras medidas (v. p.1023). Deben monitorizarse las concentraciones séricas de electrolitos durante el tratamiento y las dosis administradas de acuerdo con la respuesta del paciente.

La dosis oral habitual es de 15 g hasta 4 veces al día en forma de suspensión en agua, o jarabe o pasta edulcorada. No debe administrarse con zumos de frutas con un contenido en potasio elevado. La dosis infantil recomendada para la hiperpotasemia aguda es de hasta 1 g/kg/día, por vía oral, en varias tomas; la dosis de mantenimiento se reduce a 500 mg/kg/día; la administración oral no se recomienda para los recién nacidos.

Cuando la administración oral es dificil, el poliestirenosulfonato sódico debe administrarse por vía rectal en forma de enema. La dosis diaria habitual es de 30 g administrados en forma de suspensión en 100 ml de metilcelulosa «450» al 2% y 100 ml de agua y retenerlo sin expulsarlo, a ser posible, durante al menos 9 h; también se han usado dosis mayores, tiempos de retención menores y vehículos alternativos. Tras la retención del enema se ha de irrigar el colon para eliminar la resina. El tratamiento inicial puede establecerse por ambas vías, oral y rectal. A los niños y recién nacidos deben administrárseles dosis rectales similares a las recomendadas para los niños por vía oral; hay que tener especial precaución en la administración rectal a niños, ya que una dosis excesiva o la dilución inadecuada podría producir un tapón de resina.

Otras resinas de poliestirenosulfonato son el poliestirenosulfonato cálcico (p.1667), que se usa de forma similar a la resina sódica; el poliestirenosulfonato potásico (p.1667), que se usa para tratar la hipercalciuria; el poliestirenosulfonato de aluminio, que antiguamente se usaba para tratar la hiperpotasemia, y el poliestirenosulfonato amónico, que antiguamente se usaba para reducir la absorción de iones de sodio.

Especialidades y formas farmacéuticas

USP 25: Sodium Polystyrene Sulfonate Suspension.

Especialidades farmacéuticas simples (v. detalles en Parte 3) AL: Elutit-Natrium; Resonium A; Aust.: Resonium A; Austral.: Resonium A; Bélg.: Kayexalate Sodium; Can.: Kayexalate; Din.: Resonium; EL.UU.: Kayexalate; Kionex; SPS; Esp.: Resinsodio; Fin.: Resonium; Fr.: Kayexalate; Hol.: Resonium A; Hong Kong: Resonium A; Irl.: Resonium A; Isr.: Kayexalate; It.: Kayexalate; It.: Kayexalate; N.Zel.: Resonium A; Port.: Resonium; RU: Resonium A; Sing.: Resinsodio; Sudáf: Kexelate; Suec.: Resonium; Suiza: Resonium A: Tail.: Kayexalate; Resonium A: Tail.: Kayexalate; Resonium A; Tail.: Kayexalate; Resinsodio; Resonium A

Especialidades farmacéuticas compuestas: AL: Ujostabil.

Pralidoxima (13533-j)

Pralidoxime (BAN). 2-Hydroxyiminomethyl-I-methylpyridinium; 2-Hidroxiiminometil-I-metilpiridinio. $C_7H_9N_2O = 137,2.$

CAS — 6735-59-7; 495-94-3. ATC - VO3ABO4.

Pralidoxima, cloruro de (1050-s)

Pralidoxime Chloride (BANM, USAN); 2-Formyl-I-methylpyridinium Chloride Oxime; 2-PAM; 2-PAM Chloride; 2-PAMCI; 2-Pyridine Aldoxime Methochloride. Cloruro de 2-hidroximinometil-I-metilpiridinio.

 $C_7H_9CIN_2O = 172,6.$ CAS — 51-15-0. Farmacopeas. En USP.

Referencias en farmacopeas

USP 25: polvo cristalino, inodoro, blanco o amarillo pálido. Fácilmente soluble en agua.

Pralidoxima, ioduro de (1048-z)

loduro de pralidoxima (DOE).

Pralidoxime Iodide (irINN, BANM, USAN); NSC-7760; 2-PAM lodide; 2-PAMI; Yoduro de pralidoxima.

 $C_7H_9IN_2O = 264,1.$ CAS — 94-63-3.

Farmacopeas. En F. China.

Pralidoxima, mesilato de (1049-c)

 $C_7H_9N_2O_1CH_3O_3S = 232.3.$ CAS — 154-97-2.

m

n

ci

Pralidoxima, metilsulfato de (1047-j)

Pralidoxima, Pralidoxima Metilsufface (BANM); Pralidoxima Metilsufface Metilsufface (BANM); Pralidoxima (BANM); Pralidoxima Metilsufface (BANM); Pralidoxima $C_7H_9N_2O.CH_3SO_4 = 248.3.$ CAS — 1200-55-1. Farmacopeas. En F. It.

Efectos adversos

El uso de pralidoxima puede producir somnolencia en la visión, náuseas El uso de prantocas en la visión, náuseas, taquica, mareo, alteraciones en la visión, náuseas, taquica, hiperventilación y debilidad muca. dia, cefalea, hiperventilación y debilidad muscular dia, cefalea, hiperventilación y debilidad muscular dia control de la contro dia, cetalea, imperiore di muscular Al administrar pralidoxima por vía intravenosa a mascular capacida se puede producir. ritmo demasiado rápido se puede producir laquica. dia, laringospasmos y rigidez muscular transitora Dosis elevadas de pralidoxima pueden causar ba queo neuromuscular transitorio.

Precauciones

La pralidoxima debe usarse con precaución en pa cientes con insuficiencia renal; puede que sea nece saria una reducción de la dosis. En los pacientes con miastenia grave también se requiere precaución a administrar pralidoxima, ya que puede provocar crisis miasténica. La pralidoxima no debe administra trarse para tratar la intoxicación por pesticidas car. bamatos.

La administración conjunta de pralidoxima y atropina puede ocasionar síntomas de atropinización con mayor rapidez que la de atropina sola.

Farmacocinética

La pralidoxima no se une a las proteínas plasmán. cas, no atraviesa la barrera hematoencefálica y g excreta rápidamente por la orina, en parte inalterada y en parte en forma de metabolitos. La semivida de eliminación es de 1 a 3 h.

◊ Bibliografía.

- 1. Sidell FR, Groff WA. Intramuscular and intravenous admir tration of small doses of 2-pyridinium aldoxime methochloride to man. J Pharm Sci 1971; 60: 1224-8. 2. Siddell FR, et al. Pralidoxime methansulfonate: plasma levels
- and pharmacokinetics after oral administration to man. J Pharm Sci 1972; 61: 1136-40.
- Swartz RD, et al. Effects of heat and exercise on the elimination of pralidoxime in man. Clin Pharmacol Ther 1973; 14: 83-9.

Indicaciones y administración

La pralidoxima es un reactivador de la colinesterasa Se utiliza como complemento de la atropina, pero no como su sustituto, en el tratamiento de la intoxicación por ciertos inhibidores de la colinesterasa. Su principal indicación es en la intoxicación por inserticidas organofosforados o compuestos relacionados (v. p.1629). Estos compuestos fosforilan, y conse cuentemente, inactivan la colinesterasa, lo que produce la acumulación de acetilcolina y parálisis muscular. La pralidoxima actúa principalmente en la reactivación de la colinesterasa, restaurando la des trucción enzimática de la acetilcolina en la conexión neuromuscular y remitiendo la parálisis muscular Sin embargo, es necesaria la administración conto mitante de atropina para contrarrestar directament los efectos adversos de la acumulación de acetilolina, particularmente en el centro respiratorio. La prolidoxima no tiene una misma acción antagonisti para todos los organofosforados anticolinesterásicos cos, ya que la reactivación depende de la naturaleza del grupo con la contractivación depende de la naturaleza del grupo con la contractivación depende de la naturaleza del grupo con la contractivación depende de la naturaleza del grupo contractivación depende del grupo contractivación depende del grupo contractivación del grupo contractivac del grupo fosforilo y de la velocidad a la cual la inhibición as matal la m hibición es irreversible. No es eficaz para tratal la intoxicación intoxicación por fósforo, fosfatos inorgánicos u organicos para esta con contra con contra con contra con contra con contra cont ganofosforados sin actividad anticolinesterasa contraindicado anticolinesterasa contraindicado anticolinesterasa contraindicado anticolinesterasa contraindicado anticolinesterasa contraindicado a contraindicado contraindicada en el tratamiento de las intoxicación nes causadas en el tratamiento de las intoxicación de las intoxicaci nes causadas por insecticidas carbamatos (incluida intoxicación) la intoxicación por carbarilo), ya que puede increamentar la toxicidad (v. p.1629). Se ha mencionado luso de pralidario uso de pralidoxima para tratar la sobredosis de far