

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO  
C/ Ramón y Cajal, 3  
47005 - VALLADOLID



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO  
COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA  
SERVICIO DE FARMACIA

# GUÍA

# FARMACOTERAPÉUTICA

3ª Edición  
Enero, 2006

Redacción: Servicio de Farmacia  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Edita Comisión de Farmacia y Terapéutica  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Autores:

Abad Lecha, Encarnación (*FEA de Servicio de Farmacia*)  
Sánchez Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa (*Jefe de Sección de Farmacia*)  
Salvador Palacios, Amparo (*FEA de Servicio de Farmacia*)  
Frutos Soto, Antonio de (*FEA de Servicio de Farmacia*)  
López González, Ana (*FEA de Servicio de Farmacia*)

Colaboradores:

Fernández Prieto, Mercedes (*FIR de Servicio de Farmacia*)  
Herreras Cantalapiedra, José M. (*FEA de Servicio de Oftalmología*)  
Jiménez Hernández, M<sup>a</sup> Paz (*FIR de Servicio de Farmacia*)  
Para Cabello, Julián (*Jefe de Servicio de Neumología*)  
Pastor Jimeno, José Carlos (*Jefe de Servicio de Oftalmología*)  
Rubio Sanz, Jerónimo (*FEA de Servicio de Cardiología*)  
Saornil Alvarez, Antonia (*Jefe de Sección de Oftalmología*)

© 2006 Edita: Junta de Castilla y León  
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León  
Comisión de Farmacia y Terapéutica  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Depósito Legal: VA / 419 / 2006

Imprime: Impresos Angelma, S.A.

**NOTA:**

La información contenida en esta Guía ha sido revisada cuidadosamente para evitar posibles errores. Los autores y editores no pueden asumir la responsabilidad de erratas incontroladas y recomiendan contrastar la información con fuentes de referencia.

## **PRÓLOGO**

*Esta Guía Farmacoterapéutica que tienes en tus manos, es el resultado del esfuerzo paciente y continuado de los miembros del Servicio de Farmacia y de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital, bajo la dirección de M<sup>a</sup>. Teresa Sánchez.*

*Aún cuando se publica como 3<sup>a</sup> Edición, basta una lectura superficial, para comprobar que se trata de una obra nueva, rigurosa y completa, por la gran cantidad de información que se ha introducido en cada uno de los medicamentos disponibles para su uso en el Hospital, encaminada no sólo a facilitar su selección, sino también a mejorar la formación médica.*

*De entre los distintos actos médicos que componen el ejercicio de la medicina, la prescripción farmacológica ocupa un lugar claramente destacado, debido a su habitualidad y a las consecuencias de orden social y económico que de la misma se derivan, sin olvidar que una eficaz gestión clínica de la farmacoterapia, constituye uno de los objetivos capitales de SACYL.*

*Por todo ello, merece una calurosa acogida esta herramienta cuya finalidad no es otra que la de facilitar la selección de medicamentos y su utilización con criterios de calidad y de seguridad.*

Valladolid, Octubre de 2005

Fdo.: Juan Manuel Gil González  
(Director Médico)

## **PRESENTACIÓN**

*La tercera edición de la Guía Farmacoterapéutica, la última en formato bolsillo y la primera en formato electrónico, es el resultado de un trabajo riguroso de revisión de los medicamentos ya disponibles en el Hospital y de selección de los nuevos medicamentos con una relación beneficio/riesgo favorable.*

*Según la FDA, “El 78% de los 487 nuevos medicamentos comercializados desde 1998 no eran mejores que los ya existentes”; la rápida aprobación de un nuevo medicamento, “en 6 meses frente a 2 años como venía siendo habitual” – según David Kessler, exdirector de la FDA -; y la continua retirada de medicamentos del mercado farmacéutico, como la reciente de algunos antiinflamatorios (inhibidores de la enzima COX-2) “por la posible asociación con infartos cerebrales y de miocardio”, nos lleva a tener presente que los medicamentos aportan beneficios y también riesgos, por lo que el proceso de selección de medicamentos, se convierte en un acto de responsabilidad con el paciente para garantizar una atención farmacoterapéutica efectiva, segura y de calidad.*

*Seleccionar medicamentos no es una tarea fácil, se necesita tiempo, experiencia y conocimientos para interpretar correctamente los resultados de los ensayos clínicos, y de esta forma poder elegir del amplio arsenal terapéutico “lo mejor”. Esta tarea la viene desarrollando de forma continuada el Servicio de Farmacia a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.*

*En esta edición de la Guía se recoge, para cada medicamento incluido, las dosis en adultos y niños para las principales indicaciones autorizadas, recomendaciones de uso, así como las distintas presentaciones disponibles en Farmacia. De esta forma, la Guía se convierte en una herramienta de selección y utilización de los medicamentos más seguros y eficaces que dan cobertura a las necesidades terapéuticas de los pacientes bajo la responsabilidad del Hospital.*

*Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los autores, miembros de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, colaboradores y al equipo Directivo que han hecho posible la publicación de esta nueva edición de la Guía Farmacoterapéutica. Por último, quiero aprovechar para invitar a todos los facultativos a colaborar en la selección continuada de nuevos medicamentos. Esta es una obra abierta, de todos los que trabajamos con el medicamento y para los pacientes.*

*El Presidente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica*

*Fdo.: M.Teresa Sánchez Sánchez  
(Jefe del Sección de Farmacia)*

## **ÍNDICE DE MATERIAS**

ABREVIATURAS .....	7
INTRODUCCIÓN	
Guía Farmacoterapéutica .....	9
Comisión de Farmacia y Terapéutica .....	9
Política de selección de medicamentos de la CFyT .....	10
Sistemas de distribución de medicación	
Dosis unitaria. Orden médica informatizada .....	11
Petición por paciente/día .....	13
Botiquines .....	13
Reposición de stock de planta .....	14
Solicitud urgente de medicamentos. Tubo neumático .....	16
Medicamentos con requisitos especiales de dispensación	
Medicamentos psicotropos .....	16
Medicamentos estupefacientes .....	17
Medicamentos extranjeros .....	18
Citostáticos .....	18
Medicamentos de uso compasivo .....	19
Medicamentos para investigación clínica .....	19
Fórmulas normalizadas y magistrales .....	20
Medicamentos de uso restringido .....	20
Medicamentos no incluidos en Guía .....	21
Dispensación a pacientes externos	
Medicamentos de uso hospitalario .....	22
Medicamentos para pacientes con fibrosis quística .....	22
GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	
A - Aparato digestivo y metabolismo .....	23
B - Sangre y órganos hematopoyéticos .....	45
C - Aparato cardiovascular .....	67
D - Dermatológicos .....	83
G - Preparados genitourinarios y hormonas sexuales .....	93
H - Preparados hormonales sistémicos .....	97
J - Antiinfecciosos vía general .....	105
L - Antineoplásicos .....	129
M - Aparato locomotor .....	141
N - Sistema nervioso central .....	147
P - Antiparasitarios .....	169
R - Aparato respiratorio .....	173
S - Órganos de los sentidos .....	181
V - Varios .....	187

ANEXOS

1 - Guía para la preparación y administración parenteral de antiinfecciosos	199
2 - Principales antídotos de interés clínico disponibles en el Servicio de Farmacia	205
3 - Extravasación de citostáticos	206
4 - Monitorización de concentraciones plasmáticas de medicamentos	208
5 - Gestión de botiquines de planta	210
6 - Farmacovigilancia	211
7 - Emetogenicidad de los citostáticos	213
8 - Medicamentos y embarazo	214
9 - Impresos:	
Solicitud de inclusión de nuevos medicamentos	216
Impreso de órdenes médicas (dosis unitaria)	217
Impreso de órdenes médicas (1ª prescripción en OMI)	218
Impreso de órdenes médicas (petición por paciente/día)	219
Petición de medicamentos para botiquín de planta	220
Petición de mezclas de gran volumen y fórmulas normalizadas	221
Receta de estupefacientes y psicotropos	222
Impreso de preparación de citostáticos	223
Impreso de órdenes médicas de ensayos clínicos	224
Solicitud de medicamentos de uso restringido	225
Solicitud de inclusión en protocolo de farmacoterapia	226
Informe clínico "medicamentos de uso hospitalario"	227
Orden de dispensación de especialidades de uso hospitalario	228
ÍNDICE ALFABÉTICO (PRINCIPIOS ACTIVOS y especialidades)	229

## **ABREVIATURAS**

* . . . .	conservar en nevera	C <sub>máx</sub>	concentración máxima
** . . . .	conservar en congelador	C <sub>mín</sub>	concentración mínima
● . . . .	estupefaciente	Col . . .	colirio
◐ . . . .	psicotropo	col . . .	colirio
🌐 <sup>1</sup> . . .	medicamento extranjero de libre dispensación	Comp	comprimido
🌐 <sup>2</sup> . . .	medicamento extranjero con informe individualizado (A <sub>2</sub> , A <sub>3</sub> )	comp . .	comprimido
🌐 <sup>3</sup> . . .	medicamento extranjero con protocolo de uso	Conc . .	concentración
📄 <sup>1</sup> . . .	precisa informe clínico	d . . . .	día
📄 <sup>2</sup> . . .	precisa informe clínico excepto unidades citadas	D . . . .	dosis
📄 <sup>3</sup> . . .	protocolo de farmacoterapia	DH . . .	medicamento de diagnóstico hospitalario
⊖ . . . .	citostático	Dil . . .	dilución
4°C . . .	refrigeración	E.C.M.	Especial Control Médico
a . . . .	año	efv . . .	efervescente
Aa . . . .	aminoácido	EP . . .	embolismo pulmonar
AAS . . .	ácido acetilsalicílico	Equiv.	equivalente
ac . . . .	1 h antes ó 2 h después de las comidas (“ante cibum”)	FAME	fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
Act. . . .	actividad	Fe . . . .	hierro
ACTP	angioplastia coronaria transluminal percutánea	FM . . .	fórmula magistral
ACV . . .	accidente cerebro vascular	FN . . .	fórmula normalizada
Ad . . . .	adultos	FQ . . .	fibrosis quística
Ag . . . .	plata	g . . . .	gramo
AINE . . .	antiinflamatorio no esteroideo	G5% . .	glucosado al 5%
AIT . . . .	accidente isquémico transitorio	Gg . . .	gragea
Amp . . .	ampolla	gg . . .	gragea
amp . . .	ampolla	GI . . .	gastrointestinal
API . . .	agua para inyección	Gts . . .	gotas
aplic . .	aplicaciones	gts . . .	gotas
aprox . .	aproximadamente	h . . . .	hora
AUC . . .	área bajo la curva	H . . . .	medicamento de uso hospitalario
Ca . . . .	calcio	Hb . . . .	hemoglobina
Cáps . . .	cápsula	HBMP	heparina de bajo peso molecular
cáps . . .	cápsula	Hg . . . .	mercurio
CID . . .	coagulación intravascular diseminada	HNF . .	heparina no fraccionada
Cl . . . .	cloro	hs . . . .	al acostarse (“hora somni”)
cm . . . .	centímetro	HTA . .	hipertensión arterial
		IAM . . .	infarto agudo de miocardio
		ICC . . .	insuficiencia cardiaca congestiva
		ID . . . .	vía intradérmica
		IE . . . .	instilación endotraqueal

IH . . .	insuficiencia hepática	Pda . .	pomada
IM . . .	vía intramuscular	pda . .	pomada
Inasal	vía intranasal	PF . . .	protocolo de farmacoterapia
Inf . . .	infantil	PL . . .	proteger de la luz
InfIV .	infusión intravenosa	Rec . .	reconstitución
Inh . . .	inhalación	Resp .	respirador
INR . .	Ratio Normalizado	Sb . . .	sobre
	Internacional para tiempo de	SC . . .	vía subcutánea
	protrombina	seg . .	segundo
IR . . .	insuficiencia renal	sem . .	semana
ISRS .	inhibidores selectivos de la	SF . . .	cloruro sódico al 0,9%
	recaptación de serotonina	SL . . .	vía sublingual
IT . . .	vía intratecal	SNC .	sistema nervioso central
ITU . .	infección del tracto urinario	SNG .	sonda nasogástrica
IV . . .	vía intravenosa	Sol . .	solución
IVdir .	vía intravenosa directa	sol . . .	solución
Jbe . .	jarabe	Sup . .	supositorio
Jer . . .	jeringa	sup . .	supositorio
Kcal . .	caloría	Susp .	suspensión
K . . . .	potasio	susp .	suspensión
Kg . . .	kilogramo	T . . . .	vía tópica
L . . . .	litro	TA . . .	temperatura ambiente
LES . .	lupus eritematoso sistémico	Tb . . .	tableta
m . . . .	mes	tb . . . .	tableta
M . . . .	molar	tto . . .	tratamiento
Máx . .	máximo	tts . .	tratamientos
máx . .	máximo	TTPA	tiempo de tromboplastina
mcg . .	microgramo		parcial activada
mEq . .	miliequivalentes	TVP . .	trombosis venosa profunda
mg . . .	miligramos	U . . . .	unidad
Mg . . .	magnesio	UI . . .	unidad internacional
mill . .	millón	UT . . .	unidad de tuberculina
min . .	minuto	v/d . . .	veces al día
ml . . .	mililitro	VE . . .	vesical
mm . .	milímetro	VHC .	virus de hepatitis C
mMoles	milimol	VIH . .	virus de inmunodeficiencia
mOsm	miliosmol		humana
Na . . .	sodio	Vit . . .	vitamina
Nebul	nebulización	VO . .	vía oral
Nñ . . .	niños	VR . . .	vía rectal
NP . . .	uso exclusivo para Nutrición	VRS .	virus respiratorio sincitial
	Parenteral	vs . . .	versus, frente a
P . . . .	fósforo	VT . . .	vía tópica
pág. . .	página		
pc . . .	tomar inmediatamente		
	después de las comidas		
	(con estómago lleno)		



## **INTRODUCCIÓN**

### **GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA**

La Guía Farmacoterapéutica que ahora editamos, es una herramienta de selección y administración de los medicamentos disponibles para su uso en el Hospital. Su contenido es el resultado de la **Selección Continuada de Medicamentos**, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, basada en la evaluación objetiva y contrastada de su relación beneficio-riesgo y coste-eficacia.

La selección de medicamentos es una tarea difícil e imprescindible, ante la amplia proliferación de nuevos fármacos, que en la mayoría de los casos, no aportan ventajas sustanciales al arsenal terapéutico, pero sí crean un estado de gran confusión entre medicamentos muy similares y encarecen los costes de tratamiento.

### **COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA**

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) es una comisión clínica dependiente de la Comisión Central de Garantía de Calidad (R.D. 521/1987). Es el órgano asesor de la Dirección del Hospital, a través de la Dirección Médica, en los temas relacionados con medicamentos.

Los miembros de la CFyT son nombrados por la Dirección Médica, a propuesta de la Junta Técnico Asistencial entre los facultativos y enfermeras que voluntariamente se presenten como candidatos.

La composición actual es la siguiente:

Presidente: M.T. Sánchez Sánchez (Farmacia)  
Secretario: A. Salvador Palacios (Farmacia)  
Vocales: M.P. Aragón García (Neonatología)  
M.L. Bautista García (Enfermería)  
M.A. Bratos Pérez (Microbiología)  
F. Buisán Garrido (Anestesia-Reanimación)  
L. Fernández Domínguez (Urología)  
I. González Guilabert (Infecciosos)  
J.L. González Martínez de Zárate (Farmacología)  
J.G. González Perea (C. General A)  
A. Mateos Otero (Subdirección Médica)  
A. de la Torre Burgoa (Oncología)

La CFyT celebra, al menos, 4 sesiones ordinarias al año. Desarrolla las

siguientes funciones:

- a.- Selección de medicamentos, proponiendo la inclusión o exclusión de medicamentos de la Guía Farmacoterapéutica, a propuesta de los facultativos del Hospital o de la propia Comisión.
- b.- Actualización y edición periódica de la Guía Farmacoterapéutica.
- c.- Elaboración y actualización del Protocolo de Equivalentes Terapéuticos.
- d.- Elaboración, actualización y seguimiento de protocolos terapéuticos.
- e.- Seguimiento del uso de medicamentos, proponiendo las medidas correctoras necesarias.
- f.- Seguimiento presupuestario del consumo de medicamentos.

La “aprobación” de un medicamento por la CFyT y su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica es imprescindible para que el Servicio de Farmacia pueda adquirirlo del laboratorio fabricante y mantenga el stock necesario del mismo. Para los medicamentos “no aprobados” por la CFyT que se soliciten al Servicio de Farmacia, se hará propuesta de sustitución por el equivalente terapéutico más próximo entre los disponibles en el Hospital de acuerdo al Protocolo de Equivalentes Terapéuticos.

## **POLÍTICA DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA CFyT**

El Servicio de Farmacia debe disponer de los medicamentos necesarios, en cantidad y calidad, para cubrir las necesidades terapéuticas de los pacientes bajo la responsabilidad del Hospital. El número de principios activos en cada grupo terapéutico, debe ser proporcional a la frecuencia, diversidad o gravedad de las patologías que cubre.

Se evitará la duplicidad tanto de principios activos como de terapéuticas para conseguir:

- Un menor número de principios activos que se conocerán y manejarán mejor (dosis, administración, manipulación, efectos secundarios, etc.) por todos los profesionales sanitarios.
- Un menor número de nombres comerciales que disminuirá las oportunidades de error, tanto en dispensación como en administración.
- Un menor número de medicamentos que reducirá el trabajo de reposición y control de stock, tanto en las unidades clínicas como en Farmacia.
- Menos roturas de stock (falta de medicamentos).
- Disminución de los costes financieros de inventario y de la medicación no utilizada (caducada, no identificada, etc.).

La solicitud de inclusión o exclusión de medicamentos irá referida a **PRINCIPIOS ACTIVOS O GENÉRICOS**, no a marcas comerciales concretas.

La solicitud de inclusión de un nuevo medicamento (ver pág.216) debe venir acompañada de un informe técnico elaborado por el servicio que realiza la solicitud. El informe técnico debe contener como mínimo los siguientes epígrafes:

- 1.- Identificación del medicamento.
- 2.- Servicio que lo solicita e indicaciones para las que se pretende utilizar.
- 3.- Descripción del medicamento.
- 4.- Área farmacológica que cubre y situación que ocupa en la Guía.
- 5.- Evaluación de eficacia.
- 6.- Evaluación de la seguridad.
- 7.- Evaluación económica.
- 8.- Bibliografía.
- 9.- Autores del informe.

El Servicio de Farmacia (secretaría de la Comisión) facilitará al servicio/facultativo interesado modelo de ambos documentos. El informe técnico se cumplimentará en todos sus apartados con el máximo rigor posible adjuntando fotocopias de los trabajos originales que avalen las ventajas objetivas del medicamento solicitado.

Así mismo, el CIM elaborará y presentará a la CFyT otro informe técnico, con los epígrafes citados anteriormente además de:

- 1.- Evaluación económica.
- 2.- Propuesta de indicaciones y servicios en los que se pretende utilizar.
- 3.- Condiciones de uso en el Hospital.

La CFyT únicamente evaluará las solicitudes de inclusión de nuevos principios activos que dispongan de ambos informes.

La CFyT evaluará la significación clínica de los datos obtenidos a partir de estudios clínicos metodológicamente correctos y factores como comodidad para el enfermo, trabajo de enfermería, determinaciones analíticas complementarias, consumo previsto, plazo de caducidad y coste de adquisición para estimar la relación coste/efectividad.

La CFyT remitirá al servicio solicitante un informe escrito justificando el resultado de su evaluación.

## **SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICACIÓN**

**A.- DOSIS UNITARIA** (3ª Norte, 3ª Sur, 4ª Sur, 6ª Sur, 9ª Norte, 9ª Sur, 11ª Oeste)

Se distribuye la medicación una vez al día (entre 14:00-15:00 h) para cubrir el tratamiento de 24 horas, excepto domingos y festivos que no se dispensa medicación de forma normalizada (sólo peticiones urgentes).

La prescripción médica se realiza en el impreso de "Órdenes Médicas" (H.U.V.- 4-32-1-A, ver impreso en pág.217), utilizando una nueva sección del impreso cada vez que se modifique el tratamiento.

El personal de enfermería recorta las copias de las órdenes médicas que impliquen un inicio o cambio en el tratamiento del paciente y las envía a Farmacia a través de un celador o por fax. Comprobar que las copias disponen de la etiqueta identificativa del paciente o, en su defecto, nº de cama, nombre y servicio.

Las órdenes médicas deben llegar al Servicio de Farmacia antes de las 12:00 h para garantizar la correcta distribución de los carros de medicación. Si la recepción es posterior o se trata de una prescripción médica urgente, se deberá recoger la medicación directamente en Farmacia o se enviará a través del tubo neumático (según horario), dispensándose las dosis necesarias hasta el próximo envío normalizado de medicación. Cada carro de medicación se distribuye junto a un listado de los medicamentos enviados por paciente.

La medicación ha de ser comprobada al llegar a la Unidad Clínica por el personal de enfermería y se comunicará al Servicio de Farmacia cualquier incidencia o reclamación. La medicación de cada paciente se mantendrá en su cajetín (excepto los medicamentos termolábiles) hasta el momento de la administración. No se harán intercambios de medicamentos entre cajetines. Los medicamentos no administrados se dejarán en los cajetines, para su devolución a Farmacia (los termolábiles se entregarán en mano).

Medicamentos que no se dispensan por este sistema de distribución: estupefacientes, soluciones hidroelectrolíticas de gran volumen, citostáticos, fórmulas magistrales y muestras de ensayos clínicos (ver apartado de medicamentos con requisitos especiales de dispensación, pág.16).

Para la solicitud de medicación destinada a la reposición de los botiquines de planta, ver el apartado C (Botiquines).

**ORDEN MÉDICA INFORMATIZADA (OMI):** en las unidades que dispongan de dosis unitaria con orden médica informatizada, la normativa de funcionamiento es igual a la descrita para el sistema tradicional de dosis unitaria exceptuando los siguientes aspectos:

- Distribución de medicación para cubrir un máximo de 24 horas.
- Sólo la primera prescripción médica se realiza en el impreso "Órdenes Médicas" (H.C.U.V.- 2-2, ver impreso en pág.218).
- El Servicio de Farmacia es responsable de la elaboración de los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes, de la validación y edición de la

OMI para el pase de planta del día siguiente.

- Una vez recibida en la planta la OMI, el médico prescribe directamente sobre dicha orden. Las modificaciones se transmiten por fax a Farmacia para su actualización en el aplicativo informático. La enfermera anota la hora de administración de cada medicamento en este mismo documento.

## **B.- PETICIÓN POR PACIENTE/DÍA**

Se distribuye la medicación una vez al día (horario variable en función de la hora de recepción de las fichas de los pacientes) para cubrir el tratamiento de 24 horas. Los domingos y festivos no se dispensa de forma normalizada medicación (sólo peticiones urgentes), con lo que el día anterior ha de solicitarse medicación para dos días.

La prescripción médica precisa transcripción de enfermería al impreso de "Órdenes Médicas" (H.U.V.- 4-32-1, ver impreso en pág.219) para la petición de medicamentos al Servicio de Farmacia, por paciente y cada día.

En el caso de prescripciones médicas urgentes, se recogerá la medicación directamente en Farmacia, o se enviará por el tubo neumático siempre que sea factible, dispensándose las dosis necesarias hasta la próxima distribución de la medicación. Para evitar iniciar múltiples fichas para un mismo paciente, los medicamentos urgentes se pedirán en la misma ficha del paciente con la pauta completa del día y con una marca al margen.

Para los medicamentos de uso restringido ver pág.20. Para evitar errores o retrasos en dispensaciones sucesivas adjuntar siempre en el impreso de órdenes médicas la etiqueta de "informe en farmacia".

Medicamentos que no se dispensan por este sistema de distribución: estupefacientes, soluciones hidroelectrolíticas de gran volumen, citostáticos, formulas magistrales y muestras de ensayos clínicos (ver apartado de medicamentos con requisitos especiales de dispensación, pág.16).

Para la solicitud de medicación destinada a la reposición de los botiquines de planta, ver el apartado C (Botiquines).

## **C.- BOTIQUINES**

Tanto en el sistema de dispensación de dosis unitaria como en el de dispensación por paciente y día, es necesario establecer en la unidad de enfermería un stock de medicamentos adicional o botiquín, cuya función es cubrir ciertas necesidades como primeras dosis de medicamentos urgentes, antisépticos, sueros y soluciones de gran volumen, etc.

La medicación se solicita en el impreso de "Petición de Medicamentos para Botiquín de Planta" (H.U.V.- 4-32-18, ver impreso en pág.220) o en el impreso específico de la Unidad Clínica correspondiente o por petición electrónica. **Se preparan** en el Servicio de Farmacia, en turno de tarde, según la siguiente tabla:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	DOMINGO
2 <sup>a</sup> N 2 <sup>a</sup> S 4 <sup>a</sup> N 5 <sup>a</sup> S	5 <sup>a</sup> N 5 <sup>a</sup> O 6 <sup>a</sup> N 7 <sup>a</sup> N	11 <sup>a</sup> N 11 <sup>a</sup> S	7 <sup>a</sup> S 8 <sup>a</sup> S	10 <sup>a</sup> N 10 <sup>a</sup> S	3 <sup>a</sup> N 3 <sup>a</sup> S 4 <sup>a</sup> S 6 <sup>a</sup> S 9 <sup>a</sup> N 9 <sup>a</sup> S 11 <sup>a</sup> O

#### D.- REPOSICIÓN DE STOCK DE PLANTA

La medicación se solicita en el impreso de "Petición de Medicamentos para Botiquín de Planta" (H.U.V.- 4-32-18, ver impreso en pág.220) o en el impreso específico de la Unidad Clínica correspondiente o por petición electrónica. **Se preparan** en el Servicio de Farmacia según la siguiente planificación:

##### TURNO DE MAÑANA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	DOMINGO
Coronarias	Urgencias	Hemodiálisis	Coronarias	Urgencias	
UVI REA 1 <sup>a</sup> REA 2 <sup>a</sup>	Rayos Tac- scanner	UVI REA 1 <sup>a</sup> REA 2 <sup>a</sup>		UVI REA 1 <sup>a</sup> REA 2 <sup>a</sup>	
Nefrología	Nefrología	Nefrología	Nefrología	Nefrología	Nefrología
	Lactantes Neonatos	Preventiva	Lactantes Neonatos		Lactantes Neonatos
Hospitales de Día	Hospitales de Día	Hospitales de Día	Hospitales de Día	Hospitales de Día	

TURNO DE TARDE

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	DOMINGO
Consulta Digestivo	Cuidados Paliativos	Dietética	Consultas externas	Quirófanos	M. Nuclear "Alta Tasa"
Hemodinámica	Hosp. Día de Hematología		Ecocardiografía		C.E.Pilárica C.E.Delicias
Paritorios	Hospitaliz. a Domicilio		Ergometría		
	Prevención				
	Rehabilitación				

Para los medicamentos de uso restringido ver pág.20.

Medicamentos que no se dispensan por este sistema de distribución: estupefacientes, citostáticos, fórmulas magistrales y muestras de ensayos clínicos (ver apartado de medicamentos con requisitos especiales de dispensación, pág.16).

Las soluciones hidroelectrolíticas de gran volumen (sueros) y los antisépticos se solicitan en el impreso de "Petición de Mezclas de Gran Volumen y Fórmulas Normalizadas" (H.U.V.- 4-32-6, ver impreso en pág.221). Los pedidos normalizados deberán estar en el Servicio de Farmacia 24 horas antes del día designado para su dispensación. Los pedidos urgentes se dispensarán el mismo día que se soliciten, comprobar que se consigna en el vale "urgente". La **dispensación** a las Unidades se realiza según cuadro adjunto, la periodicidad se ha establecido según necesidades.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
2ªN, 2ªS 4ªN, 4ªS, 4ªO 8ªS	3ªN	3ªS 6ªN, 6ªS	5ªN, 5ªS, 5ªO 9ªN, 9ªS 11ªS, 11ªO	7ªN, 7ªS 10ªN, 10ªS	
UVI	Urgencias	UVI		UVI	Urgencias
REA 1ª REA 2ª	Nefrología	REA 1ª REA 2ª		REA 1ª REA 2ª	Quirófanos
Neonatos Lactantes	Coronarias Hemodinámica	Dietética		Coronarias	

Dispensación MENSUAL (1<sup>er</sup> jueves de mes): el resto de Unidades (Policlínicas, Radiología, Hematología, Medicina Nuclear, Radioterapia, Rehabilitación, otros).

## **E.- SOLICITUD URGENTE DE MEDICAMENTOS. TUBO NEUMÁTICO**

El tubo neumático se reservará **sólo** para la solicitud y dispensación de pedidos **urgentes** de pequeño volumen.

El Servicio de Farmacia atenderá las solicitudes que vayan llegando por el tubo neumático en intervalos horarios predefinidos, lo que supondrá un tiempo de espera, con las siguientes horas límite de recogida de cartuchos en Farmacia: **09:15, 12:15, 16:30, 19:30 h.** Para solicitudes urgentes de **dispensación inmediata** la supervisora o enfermera solicitante contactará con un farmacéutico (teléfono 20482). Sólo podrán ser objeto de dispensación inmediata medicamentos en situaciones debidamente justificadas. El resto se diferirá hasta el siguiente turno de envío por tubo neumático o como pedido ordinario.

El envío de la medicación se hará en los mismos cartuchos en los que se reciban las solicitudes. Deberán estar provistos de la correspondiente almohadilla protectora. En general no se enviarán medicamentos con peso superior a 700 g, volumen superior al cartucho, que no se puedan agitar (toxina botulínica, hemoderivados, medicamentos biológicos, etc), de alto coste, estupefacientes, citostáticos, muestras de ensayos clínicos y medicamentos preparados por el Servicio de Farmacia. El Servicio de Farmacia enviará la cantidad necesaria hasta el próximo envío normalizado de medicación. Si el volumen a enviar supera la capacidad del cartucho, se enviará sólo la dosis más próxima y el celador de planta retirará en el Servicio de Farmacia el resto de la medicación.

## **MEDICAMENTOS CON REQUISITOS ESPECIALES DE DISPENSACIÓN**

### **MEDICAMENTOS PSICOTROPOS**

La petición de psicotropos puede realizarse para cada paciente en su hoja de "Órdenes Médicas" (H.U.V.-4-32-1-A ó H.U.V.-4-32-1, ver impresos en pág.217 y 219) con la firma y nº de colegiado del facultativo prescriptor o bien para reponer el stock de planta mediante el impreso de "Petición de Medicamentos para Botiquín de Planta" (H.U.V.-4-32-18, ver impreso en pág.220) adjuntando la "Receta de Estupefacientes y Psicotropos" (P.3/10, ver impreso en pág.222) debidamente cumplimentada (excepto el nombre del enfermo) y firmada por un facultativo.



### PSICOTROPOS INCLUIDOS EN LA GUÍA

Alprazolam <sup>G</sup> (Alprazolam)	Lormetazepam <sup>G</sup> (Lormetazepam)
Diazepam <sup>G</sup> (Diazepam)	Rivotril® (Clonazepam)
Midazolam <sup>G</sup> (Midazolam)	Rohipnol® (Flunitrazepam)
Idalprem® (Lorazepam)	Rubifen® (Metilfenidato)
Lexatin® (Bromazepam)	Stesolid® (Diazepam)
Lorazepam <sup>G</sup> (Lorazepam)	Trankimazin Retard® (Alprazolam)
Luminal® (Fenobarbital)	Tranxilium® (Clorazepato)
Luminaletas® (Fenobarbital)	Valium® (Diazepam)
Noiafren® (Clobazam)	

### **MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES**

La petición de estupefacientes se realiza mediante la "Receta de Estupefacientes y Psicotropos" (P.3/10, ver impreso en pág.222) acompañada de la presentación del Libro de Control de Estupefacientes del servicio correspondiente debidamente actualizado. La receta debe estar totalmente cumplimentada y sellada. **Puede solicitarse como máximo la cantidad necesaria para una semana de tratamiento.** La custodia del stock de estupefacientes en la Unidad Clínica es responsabilidad del Jefe de Servicio, a cuyo nombre se ha diligenciado el Libro de Control de Estupefacientes.

La dispensación de estupefacientes, salvo casos de urgencia, se realiza de lunes a viernes en el turno de mañana.

La receta cumplimentada y el Libro de Estupefacientes de la unidad se entregará al Servicio de Farmacia, a través de cada celador, antes de las 11:00 h de la mañana. La entrega de los estupefacientes solicitados se hará de las 11:30 a las 12:00 h, a la Supervisora de cada Unidad o enfermera en quién delegue.

Las solicitudes que de forma excepcional hayan sido enviadas al Servicio de Farmacia después de las 11:00 h, no se dispensarán en el momento pudiéndose recoger los estupefacientes solicitados de las 14:30 a las 15:00 h.

Para la devolución de estupefacientes sobrantes o caducados, la Supervisora de la Unidad acudirá al Servicio de Farmacia de las 11:30 a las 12:00 h con el libro de estupefacientes y los medicamentos a devolver.

Para la solicitud de nuevos talonarios, antes de las 11:00 h de la mañana se hará llegar al Servicio de Farmacia a través de cada celador, el impreso de solicitud (incluido en los talonarios entre la receta 90 y 91) debidamente cumplimentado y firmado por el Jefe de Servicio. Entre las 11:30 y las 12:00 h podrá recogerlo la Supervisora de la Unidad.

### ESTUPEFACIENTES INCLUIDOS EN LA GUÍA

Buprex® (Buprenorfina)	Metasedin® (Metadona)
Cloruro mórfico <sup>G</sup> (Morfina)	Morfina 0,1% <sup>FM</sup> (Morfina)
Dolantina® (Meperidina)	Morfina 2% <sup>FM</sup> (Morfina)
Durogesic® (Fentanilo)	MST continus® (Morfina)
Fentanest® (Fentanilo)	Sevredol® (Morfina)
Limifen® (Alfentanilo)	Ultiva® (Remifentanilo)
Metadona sol <sup>FN</sup> (Metadona)	

### **MEDICAMENTOS EXTRANJEROS**

Los medicamentos no registrados en España son importados por el Negociado de Medicamentos Extranjeros dependiente de la Dirección General de Farmacia. Existen tres modalidades a la hora de tramitar su solicitud para los pacientes hospitalizados:

- 🌐<sup>1</sup>: No requiere ningún tipo de informe clínico por parte del facultativo. Puede disponerse del medicamento libremente.
- 🌐<sup>2</sup>: El facultativo deberá solicitar el medicamento por paciente cumplimentando los modelos oficiales A-2 y A-3, que el Servicio de Farmacia remitirá al Negociado de Medicamentos Extranjeros para que autorice la importación del medicamento si procede.
- 🌐<sup>3</sup>: Los servicios implicados deberán presentar un Protocolo de uso para la concesión de un stock al Hospital. Para reponer dicho stock, el facultativo deberá solicitar el medicamento por paciente mediante informe clínico que el Servicio de Farmacia remitirá al Negociado de Medicamentos Extranjeros.

Para pacientes no ingresados, el facultativo debe cumplimentar los mismos modelos oficiales A-2 y A-3 y la receta médica de la Seguridad Social, y remitirlos a través del paciente a la Gerencia de Salud de Área. Subdirección de Asistencia Sanitaria, c/Álvarez Taladriz, s/n, Valladolid. La administración sanitaria avisará telefónicamente al paciente. Éste recogerá el medicamento en el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, c/Ramón y Cajal, 6, Valladolid.

### **CITOSTÁTICOS**

La reconstitución y dilución de la totalidad de los medicamentos citostáticos prescritos a los pacientes ingresados y en régimen ambulatorio tiene lugar en el Servicio de Farmacia a través de la Unidad Centralizada de Reconstitución de Citostáticos.

Para su solicitud, el facultativo cumplimenta el impreso de "Hoja de Prescripción y Preparación de Citostáticos" (H.U.V.-4-36-19, ver impreso en

pág.223), que se envía al Servicio de Farmacia cada día de tratamiento.

Los citostáticos se preparan sólo de lunes a viernes en dos turnos:

- Turno 1: a primera hora de la mañana (de 9:00 a 11:00 h), para las solicitudes recibidas el día anterior en el Servicio de Farmacia.
- Turno 2: a partir de las 12:00 h de la mañana, para las solicitudes recibidas hasta las 13:00 h de ese mismo día, en el Servicio de Farmacia.

Los citostáticos solicitados fuera de este horario o cuya estabilidad no permita su preparación anticipada, deberán ser preparados por el personal de enfermería de la Unidad solicitante.

### **MEDICAMENTOS DE USO COMPASIVO**

Se entiende como uso compasivo la utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de productos en fase de investigación clínica, o la utilización de especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad lo considera indispensable (RD 223/2004).

La solicitud de autorización a la Dirección General de Farmacia por el Facultativo prescriptor, requiere:

- El consentimiento informado del paciente o de su representante legal.
- Informe clínico justificando la necesidad del tratamiento.
- Autorización del Director Médico del Hospital.

El Servicio de Farmacia cursará estos documentos a través de la línea "caliente" del Ministerio de Sanidad (fax: 91 822 53 12 // teléfono: 91 822 53 08/02). El tratamiento se iniciará una vez recibida la autorización.

### **MEDICAMENTOS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

El Servicio de Farmacia asume la responsabilidad de la recepción, conservación y dispensación de las muestras de medicamentos para ensayos clínicos (RD 223/2004).

La solicitud la realiza el investigador mediante el impreso "Órdenes Médicas de Ensayos Clínicos" (H.U.V.- 4-32-19, ver impreso en pág.224) cumplimentado en todos sus apartados. Los impresos de solicitud se entregarán al investigador principal al inicio del ensayo.

## FORMULAS NORMALIZADAS Y MAGISTRALES

Las **fórmulas normalizadas** se preparan de forma habitual en el Servicio de Farmacia y vienen recogidas en la presente Guía. Pueden ser solicitadas por el personal de enfermería utilizando el impreso de "Petición de Mezclas de Gran Volumen y Fórmulas Normalizadas" (H.C.U.V.- 4-32-6, ver impreso en pág.221), con la salvedad de no pedir simultáneamente sueros en la misma hoja. Se dispensan junto con el pedido ordinario de botiquín de la Unidad, ajustándose al mismo calendario y la misma normativa que éste.

### Fórmulas Normalizadas

Aceite salicilado 5% . . . . .	100 ml
Aceite salicilado 10% . . . . .	100 ml
Brea de hulla pomada . . . . .	125 g
Clorhexidina 0,05% en agua . . . . .	100 - 500 ml
Dexametasona cáps . . . . .	10 mg *
Eosina 2% en agua . . . . .	100 ml
Perclorato potásico cáps . . . . .	200 mg
Sulfato de cobre 0,1% en inf. flor de sauco . . . . .	500 ml
Urokinasa 7.500 U.I jer. . . . .	1,5 ml
Vaselina salicilada 5% . . . . .	125 g
Vaselina salicilada 10% . . . . .	125 g

\* Pedir en la hoja de medicación del paciente como medicamento incluido en Guía

Las **fórmulas magistrales** se preparan únicamente ante la demanda de un facultativo para un paciente concreto. La petición al Servicio de Farmacia se realiza en una hoja con membrete del Hospital, indicando los datos del paciente, la composición cuantitativa y cualitativa del preparado, la cantidad deseada y la firma y nº de colegiado del facultativo prescriptor. Se dispensan 24 h después de su petición, o el primer día laborable si ésta se hace en sábado o festivo; en situaciones de urgencia el facultativo deberá contactar con un farmacéutico.

## MEDICAMENTOS DE USO RESTRINGIDO

Para su dispensación precisan la presentación del impreso específico del medicamento o en su defecto "Solicitud de Medicamentos de Uso Restringido" (ver impreso en pág.225).

En la descripción de los medicamentos de uso restringido, se especifican los motivos de la restricción o las recomendaciones de uso y el ámbito de la restricción, que puede ser de tres tipos:

👉<sup>1</sup>: Precisa informe clínico para su dispensación en todas las Unidades Clínicas.

↵<sup>2</sup>: Precisa informe clínico excepto en determinadas Unidades Clínicas (éstas se indican junto al ↵<sup>2</sup> en la descripción de los medicamentos).

↵<sup>3</sup>: “Protocolo de Farmacoterapia”

La dispensación por el Servicio de Farmacia de los medicamentos de “Protocolo de Farmacoterapia” requiere:

- Propuesta de inclusión en tratamiento por paciente en el impreso "Solicitud de Inclusión en Protocolo de Farmacoterapia" (H.U.V.- 4-32-14, ver impreso en pág.226), debidamente cumplimentado. En casos urgentes contactar con un farmacéutico.
- Resolución favorable de inclusión en tratamiento por la CFyT.

Los protocolos de farmacoterapia surgen ante la incorporación a la terapéutica de medicamentos de biotecnología, con múltiples indicaciones potenciales y no exentos de riesgos. Dichos protocolos tienen como objetivo garantizar el uso racional, a través de la selección de pacientes, en base a la relación beneficio/riesgo del tratamiento, en indicaciones con eficacia contrastada, de los siguientes medicamentos:

- Adalimumab
- Alfa-1-antitripsina
- Eritropoyetina (excepto anemia por insuficiencia renal crónica y anemia del prematuro).
- Etanercept
- Infliximab
- Palivizumab
- Otros medicamentos a decisión de la CFyT.

## MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN GUÍA

Los medicamentos que **ocasionalmente** deban ser prescritos a un paciente y no estén incluidos en la Guía Farmacoterapéutica, se solicitarán al Servicio de Farmacia mediante informe clínico justificando la necesidad del tratamiento.

Ante la demanda de un medicamento no incluido en Guía Farmacoterapéutica, el Servicio de Farmacia propondrá el equivalente genérico o terapéutico disponible según el Protocolo de Equivalentes Terapéuticos del Hospital. Si el cambio no es factible, el Servicio de Farmacia enviará el medicamento solicitado a la mayor brevedad posible dependiendo de la disponibilidad del medicamento en los proveedores habituales.

## **DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS**

### **MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO**

Vienen identificados en el cartonaje con una "H". Únicamente pueden ser dispensados por el Servicio de Farmacia de un hospital ante la prescripción de un facultativo especialista adscrito al área de ese hospital.

El facultativo en la primera prescripción debe cumplimentar el impreso de Informe Clínico "Medicamentos de Uso Hospitalario" (H.U.V.- 4-32-13, ver impreso en pág.227) y la receta de color negro de medicamentos hospitalarios (H.C.U.V.4.32.20, ver impreso en pág.228) y remitirlos al Servicio de Farmacia a través del paciente. Para las siguientes dispensaciones, únicamente es necesaria la receta cumplimentada por el especialista, excepto en el caso de cambio de tratamiento, dosis o, al menos, una vez al año, que será necesario también el informe.

Por cada receta se dispensará medicación para un periodo máximo de 2 meses de tratamiento. La dispensación se realiza de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 h.

### **MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA**

Se dispensará a los pacientes con fibrosis quística todos los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad que hayan sido prescritos por un facultativo adscrito al área del Hospital.

Para la primera dispensación, el facultativo debe enviar al Servicio de Farmacia, a través del paciente, un informe clínico y la receta de color negro de medicamentos hospitalarios (H.C.U.V.4.32.20, ver impreso en pág.228) y remitirlos al Servicio de Farmacia a través del paciente. Para las siguientes dispensaciones, únicamente es necesaria la receta cumplimentada por el especialista.

En cada visita se dispensa únicamente medicación para un mes de tratamiento. El horario de dispensación es de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 h.

## **Grupo A: APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO**

### **A01 - ESTOMATOLÓGICOS**

#### **A01A1 - ANTISÉPTICOS BUCALES TÓPICOS**

##### **■ CLORHEXIDINA + SODIO, FLUORURO**

*Cariax Gingival®* • Sol 0,12 % + 0,05 % 12 ml

**Ad:** 1 sobre en enjuagues o gargarismos durante medio min, c/8-12 h. No utilizar en los 30 min después del cepillado con dentífrico (se inactiva), ni enjuagar con agua después de su uso (aumenta el sabor amargo). En uso prolongado oscurece los dientes.

##### **■ POVIDONA YODADA**

*Betadine Bucal®* • Sol 10 % 125 ml

**Ad:** Diluir 10 ml en ½ vaso de agua y hacer enjuagues o gargarismos 1-3 min, c/6-8 h. No utilizar más de 14 d seguidos.

#### **A01A2 - ANTIFÚNGICOS BUCALES Y GASTROINTESTINALES**

##### **■ NISTATINA**

*Mycostatin®* • Gg 500.000 UI  
• Susp 100.000 UI/ml (60 ml)

Candidiasis esofágica o intestinal: **Ad:** 5-10 ml ó 1-2 gg x 4 v/d VO; **Nñ > 1a:** 2,5-7,5 ml x 4 v/d VO; **lactantes:** 1-3 ml x 4 v/d VO. Para tragar la suspensión, mezclar con agua u otro líquido o alimento blando no ácido. Candidiasis oral: **Ad y Nñ > 1a:** enjuagues con 2,5-5 ml x 4 v/d manteniendo en la boca el mayor tiempo posible antes de ingerirla; **lactantes:** 2,5 ml x 4 v/d, extendidos sobre la zona afectada; **neonatos:** 1 ml x 4 v/d, extendidos sobre la zona afectada.

#### **A01A5 - PREPARADOS CONTRA ÚLCERAS BUCALES**

##### **■ HIDROCORTISONA**

*Oralson®* • Comp 2,5 mg

**Ad y Nñ > 1 a:** 1 comp x 3-4 v/d (máx. 4 comp/d durante 4 d). Disolver en la boca durante 15-30 min lo más cerca posible de la zona ulcerada, si lesiones múltiples, succionar para que la saliva lo distribuya por las ulceraciones.

##### **■ LIDOCAÍNA, CLORHIDRATO + CLORHEXIDINA**

*Lidocaína al 2% en carboxi-metilcelulosa* • Gel (2 + 0,075) g/100 ml \* , FM

**Ad:** 15 ml tantas veces como sea necesario (máx c/3 h) en enjuagues que luego se

expelen, o si afectación faríngea en gárgaras y luego tragar. Puede afectar a la deglución e incrementar el riesgo de aspiración en pacientes encamados.

## **A02 - ANTIÁCIDOS / ANTIFLATULENTOS Y ANTIÚLCERA PÉPTICA**

### **A02A1 - ANTIÁCIDOS**

① Útiles para el alivio de las molestias asociadas con la hiperacidez. Pueden aliviar la dispepsia asociada a AINE pero no previenen las complicaciones ulcerosas como hemorragia, obstrucción o perforación. Los mejor tolerados son los complejos moleculares con Al y Mg o las asociaciones de ambos. Utilizar con precaución los antiácidos en el caso de IR, edema, hipertensión e ICC. Se han de tomar 1-3 h después de las comidas y antes de acostarse, espaciar 2-3 h de la toma de anti-H<sub>2</sub> y ½ h de sucralfato. Los antiácidos pueden disminuir la absorción de otros fármacos (digoxina, tetraciclinas, quinolonas, hierro, isoniazida, ketoconazol, etc), separar las tomas 2-3 h para minimizar la interacción.

#### **■ALGEDRATO**

*Pepsamar®* • Comp 233 mg

**Ad:** *Acidez:* 1-2 comp x 4 v/d VO (pc y hs) o cuando se presenten molestias. *Hiperfosfatemia asociada a IRC:* 6-8 comp x 3-4 v/d VO. Masticar completamente antes de tragar, seguido de un vaso de agua (no leche). Ver ①.

#### **■ALUMINIO Y MAGNESIO, HIDROXICARBONATO (ALMAGATO)**

*Almax®* • Comp 500 mg  
*Almax Forte®* • Susp 1,5 g/15 ml

**Ad:** 15 ml ó 2-3 comp x 4 v/d VO (pc y hs). **Nñ:** ½ D Ad. Masticar completamente los comp antes de tragar, seguido de un vaso de agua (no leche). Ver ①.

#### **■SODIO, BICARBONATO**

*Bicarbonato Sódico<sup>G</sup>* • Comp 500 mg  
• Polvo 60 g  
• Polvo 200 g

*Alcalinización de orina:* **Ad:** inicio 4 g VO seguido de 1-2 g/4-6 h hasta que pH > 7, máx= 16 g/d; **Nñ:** 80-800 mg/kg/d VO ajustando según respuesta. Disolver el polvo en ½ vaso de agua.

☞ No recomendado como antiácido, presenta una acción más rápida pero poco duradera y con posible efecto rebote, además puede inducir alcalosis metabólica, edema e hipertensión (12 mEq Na/g), sobre todo en ancianos; útil como alcalinizante urinario. Ver ①.

### **A02A2 - ANTIFLATULENTOS**

#### **■DIMETICONA**

*Aero Red®* • Comp 40 mg  
• Gotas 100 mg/ml (25 ml)

**Ad:** 40-80 mg x 3-4 v/d VO (pc y hs), máx= 400 mg/d. **Nñ:** 20-40 mg x 3-4 v/d VO pc.



Masticar completamente los comp antes de tragarlos. Eficacia en aerofagia y meteorismo dudosa, pueden ser más efectivas las medidas generales no farmacológicas.

## **A02B - ANTIÚLCERA PÉPTICA**

### **A02B1 - ANTAGONISTAS H<sub>2</sub>**

① Eficacia similar a los inhibidores de la bomba de protones y sucralfato en la curación de úlcera gástrica o duodenal, sospechar infección por *H. pylori* en las recaídas. En Zollinger-Ellison, reflujo gastroesofágico sintomático y esofagitis erosiva es superior omeprazol. En la profilaxis de úlcera de estrés en pacientes críticos son el tto de elección. No son eficaces en la profilaxis de úlceras gástricas asociadas a AINE. Los antiH<sub>2</sub> presentan una eficacia similar entre ellos. Espaciar 2-3 h de la toma de antiácidos y de otros medicamentos que requieran un pH ácido para la absorción.

#### **■FAMOTIDINA**

*Tamin*®

- Comp 20 mg
- Comp 40 mg
- Vial 20 mg

**Ad:** *Úlcera péptica:* 40 mg/24 h VO hs ó 20 mg/12 h x 4-8 sem, mantenimiento= 20 mg/24 h VO hs. Ver ①.

#### **■RANITIDINA**

*Zantac*®

- Comp 150 mg
- Amp 50 mg/5 ml

**Ad:** *Úlcera péptica:* 150 mg/12 h ó 300 mg/24 h hs VO x 4-8 sem ó 50 mg/6-8 h IM o IV; mantenimiento= 150 mg/24 h VO hs. **Nñ:** 1-2 mg/kg/12 h VO. Ver ①.

### **A02B2 - PROTECTORES DE LA MUCOSA GÁSTRICA**

#### **■SUCRALFATO**

*Urbal*®

- Comp 1 g
- Susp 1 g/5 ml

**Ad:** *Úlcera péptica:* 1 g x 4 v/d VO (ac y hs) ó 2 g/12 h x 4-8 sem; mantenimiento= 1 g/12 h. Tomar 1-2 h antes de las comidas (es más eficaz). Disolver los comp en ½ vaso de agua. Separar su toma con la de otros medicamentos al menos 2 h. Separar la toma al menos ½ h con antiácidos.

☞ Eficacia similar a los antiH<sub>2</sub> pero ejerce su acción a nivel local. Se puede administrar por sonda nasogástrica (aunque en ocasiones provoca problemas de obstrucción) y puede ser útil en la profilaxis de la úlcera de estrés en pacientes críticos (no modifica el pH gástrico con lo que teóricamente dificulta la colonización bacteriana). No combinar con antiH<sub>2</sub> o inhibidores de la bomba de protones, la eficacia de la combinación no está documentada y además el sucralfato necesita un medio ácido para actuar.

### **A02B3 - INHIBIDORES DE LA BOMBA DE POTASIO-HIDROGENIONES**

**■ OMEPRAZOL**Omeprazol<sup>®</sup>

• Cáps 20 mg

Losec<sup>®</sup>

• Vial 40 mg

H

**Ad:** Úlcera duodenal: 20 mg/24 h VO (antes del desayuno) x 4 sem (máx= 40 mg/d) ó 40 mg/24 h InfIV en 20-30 min (en 100 ml SF o G5%, estabilidad= 12 h en SF y 6 h en G5%). Reflujo gastro-esofágico: 20 mg/24 h VO (antes del desayuno) x 4-8 sem (máx= 40 mg/d). Úlcera péptica asociada a H. pylori (tto de erradicación): omeprazol 20 mg/12 h + claritromicina 500 mg/12 h + amoxicilina 1 g/12 h (o metronidazol 500 mg/12 h si alergia a betalactámicos) VO x 7 d. Zollinger-Ellison: 60 mg/d VO, ajustar dosis en función de respuesta. Prevención 2<sup>ª</sup> de úlceras asociadas a AINE: 20 mg/24 h VO. La inhibición del enzima es irreversible, por lo que la duración de acción es de 30-48 h y es suficiente la pauta de una vez al día. Reservar la vía IV para pacientes que no toleren la VO (se requiere menor dosis y el efecto antisecreto es más duradero) y no sea posible un antiH<sub>2</sub> IV (menor coste y mayor experiencia). Se puede administrar por sonda dispersando las microcápsulas de la cáps en un zumo ácido de pH < 5,3, o bien disolviendo las microcápsulas (20 mg) en 10 ml de bicarbonato sódico 1 M.

☞ De elección en esofagitis por reflujo y en Zollinger-Ellison. Es eficaz en la curación de úlceras activas asociadas al tratamiento con AINE cuando éstos no se pueden retirar y puede ser eficaz para prevenir la recurrencia de nuevos procesos (reduce la incidencia de úlceras gastrointestinales endoscópicas). No combinar con antiH<sub>2</sub>, misoprostol u octreotide, además de que se desconoce la eficacia de la combinación, los inhibidores de la bomba de protones actúan sobre la célula parietal activa, que es inhibida por los anteriores.

**A02B4 - PROSTAGLANDINAS****■ MISOPROSTOL**Cytotec<sup>®</sup>

• Comp 200 mcg

Prevención de úlceras asociadas a AINE en pacientes de alto riesgo: 200 mcg x 4 v/d VO pc.

☞ Disminuye en un 40% la incidencia de complicaciones ulcerosas (hemorragia, perforación o estenosis pilórica) en pacientes en tto con AINE, pero su posología incómoda (4 veces al día), su mala tolerancia (diarrea y dolor abdominal) y su elevado coste hacen que se recomiende sólo en los casos de alto riesgo (≥ 75 años, previa historia de úlcera o complicación ulcerosa y/o tratamiento concomitante con corticoides o anticoagulantes orales). Categoría X de la FDA, puede inducir contracciones, sangrado uterino y aborto, descartar el embarazo en mujeres fértiles.

**A03 - ANTIESPASMÓDICOS Y ANTICOLINÉRGICOS GASTROINTESTINALES**

① La dosis de antimuscarínicos debe ajustarse de acuerdo a la respuesta del paciente y la tolerancia. Producen supresión de la secreción de saliva y pueden producir un aumento rápido de la temperatura corporal. Los niños y ancianos son más susceptibles a los efectos adversos de los anticolinérgicos.

■ **ATROPINA**

*Atropina Sulfato*<sup>6</sup> • Amp 1 mg/1 ml

**Ad:** Asístole: 1 mg IV, seguido de 0,5-1 mg c/5 min (máx 2 mg). Bradycardia: 0,5-1 mg IV c/3-5 min, máx= 2-3 mg, repetir si es preciso c/4-6 h, dosis <0,5 mg pueden causar bradicardia paradójica. Espasticidad GI: 0,3-1,2 mg c/4-6 h SC, IM o IV. Preanestesia: 0,4 mg SC, IM o IV, rango 0,3-1,2 mg. **Nñ:** Bradycardia: 0,02 mg/kg (mínimo 0,1 mg y máx= 0,5-1 mg), pudiendo repetir c/5 min (máx= 1 mg en Nñ y 2 mg en adolescentes). Intoxicación por insecticidas organofosforados (combinar con pralidoxima, ver pág.193): **Ad:** 2-6 mg IV (IM en pacientes cianóticos) c/5-60 min hasta desaparición de signos y síntomas muscarínicos y repetir si reaparecen. **Nñ:** 0,05 mg/kg IV c/2-5 min hasta atropinización y después c/1-4 h según necesidades.

■ **BUTILESCOPOLAMINA, BROMURO**

*Buscapina*<sup>®</sup> • Gg 10 mg  
• Sup 10 mg  
• Amp 20 mg/1 ml

**Ad:** 10-20 mg x 3-5 v/d VO o VR (eficacia dudosa por absorción escasa o irregular por VO); 10-40 mg IM, SC, IV lenta, máx 100 mg/d. **Nñ > 6a:** 10-20 mg x 3-5 v/d VO o VR. **Nñ 1-6a:** 5 mg x 3-5 v/d VR. **Nñ < 1a:** 5 mg x 2-3 v/d VR. **Nñ < 6a, parenteral:** 5 mg hasta 3 v/d IM, SC o IV lenta.

■ **ESCOPOLAMINA, BROMHIDRATO**

*Escopolamina*<sup>6</sup> • Amp 0,5 mg/1 ml H

**Ad:** Preanestesia: 0,3-0,6 mg IM, IV o SC. **Nñ:** 6 mcg/kg/6-8 h (máx= 0,3 mg/dosis).

■ **MAGNESIO, GLUCONATO + PAPAVERINA, CLORHIDRATO + ATROPINA, METILBROMURO + PROPIFENAZONA**

*Sulmetin Papaverina Oral*<sup>®</sup> • Comp (100+30+0,3+150) mg

**Ad:** 1-3 comp/d VO.

■ **MAGNESIO, SULFATO + PAPAVERINA, CLORHIDRATO**

*Sulmetin Papaverina*<sup>®</sup> IV • Amp (600 + 30) mg/5 ml

**Ad:** 1-2 amp/d IV.

■ **MAGNESIO, SULFATO + PAPAVERINA, CLORHIDRATO + ATROPINA, METILBROMURO + PROPIFENAZONA**

*Sulmetin Papaverina Rectal*<sup>®</sup> • Sup Inf (140+21+0,1+105) mg  
• Sup Ad (200+30+0,5+150) mg

**Ad:** 1 sup Ad/12 h VR. **Nñ:** 1 sup Inf/12 h VR.

■ **MEBEVERINA**

*Duspatalin*<sup>®</sup> • Gg 135 mg

**Ad:** 1 gg/8 h VO ac.

**■OTILONIO, BROMURO**

Spasmoclyl®

- Gg 40 mg

**Ad:** 40 mg/8-12 h VO ac, durante 4 sem máx.

**A04 - ANTIEMÉTICOS Y PROCINÉTICOS**

① La decisión del agente antiemético a utilizar en cada caso debe hacerse en función de la causa desencadenante de las náuseas y/o vómitos y por supuesto de las características propias del paciente a tratar.

En la prevención de la **emesis por quimioterapia** considerar inicialmente el potencial emetógeno de la quimioterapia a administrar (ver anexo pág.213). Si la emetogenicidad < 10% no es necesario administrar profilaxis, si es 10-30% administrar dexametasona y si es > 30 % administrar dexametasona + ondansetron. Si es necesario administrar antieméticos, el tto debe ser preventivo, administrado desde el 1<sup>er</sup> ciclo, y considerar la posibilidad de emesis retardada (a partir de 48 h postquimioterapia). La vía oral e intravenosa son iguales en cuanto eficacia y seguridad tanto en adultos como en niños. Si aparecen vómitos a pesar de la profilaxis, administrar **tratamiento** de rescate: en adultos son efectivos dexametasona, metoclopramida o haloperidol; en niños se recomienda clorpromazina, dexametasona o metilprednisolona.

Para la prevención de la **emesis retardada** en adultos, se recomienda dexametasona más metoclopramida. El ondansetron más dexametasona no ha demostrado mayor eficacia, por lo que debería reservarse para los pacientes en los que esté contraindicada la metoclopramida (niños).

En **radioterapia** de alto riesgo emetógeno se recomienda profilaxis con ondansetron oral (ó IV) cada día de la terapia. No hay evidencia para el uso del ondansetron 24 horas después de la última dosis de radiación. Si es necesario tto de rescate se recomienda la metoclopramida, la tietilperazina o el ondansetron en adultos y la clorpromazina en pacientes pediátricos.

**■METOCLOPRAMIDA**

Primperan®

- Comp 10 mg
- Sol 10 mg/10 ml (250 ml)
- Amp 10 mg/2 ml

**Ad:** Profilaxis emesis retardada postquimioterapia: 0,5 mg/kg/6 h VO (30 min ac) x 4 d + dexametasona 8 mg/12 h VO ac ó IM x 2 d seguido de 4 mg/12 h VO x 2 d. Tto vómitos postquimioterapia: 2 mg/kg c/2-3 h IV (máx= 5 dosis). Tto.vómitos postcirugía: 10 mg c/4-6 h IV. Las dosis > 10 mg IV deben diluirse en 50 ml de ClNa 0,9% ó G5% y administrarse al menos en 15 min.

**■ONDANSETRON**

Zofran®

- Comp 4 mg
- Comp 8 mg
- Amp 4 mg/2 ml
- Amp 8 mg/2 ml

Profilaxis emesis aguda postquimioterapia de riesgo emetógeno intermedio/alto: **Ad:** 8 mg IV (ó 0,15 mg/kg IV ó 24 mg VO) más dexametasona 20 mg VO-IV, 30 min antes

de la quimioterapia. **Nñ > 11a:** 0,15 mg/kg IV (ó 24 mg VO) más dexametasona 10-14 mg/m<sup>2</sup> VO-IV, 30 min antes de la quimioterapia; o bien 8 mg VO 30 min antes y 4 y 8 h después de la quimioterapia más dexametasona 10-14 mg/m<sup>2</sup> VO-IV en 1 ó varias dosis. **Nñ 4-11a:** 4 mg VO 30 min antes y 4 y 8 h después de la quimioterapia ó 12 mg VO 30 min antes de la quimioterapia, más dexametasona 10-14 mg/m<sup>2</sup> VO-IV en dosis única o dividida. IV: diluir en 50 ml de SF ó G5% y administrar en al menos 15 min. Tto emesis postquirúrgica: 4 mg IM o IV en dosis única.

#### ■PROMETAZINA

Frinova®

- Amp 50 mg/2 ml

Antiemético: **Ad:** 25-50 mg/d IM, en casos necesarios se puede administrar IVdir lenta (diluir en 10 ml SF) o InfIV (diluir en SF o G5%), máx= 100 mg/d. **Nñ:** 0,25-0,5 mg/kg/4-6 h IM.

#### ■TIETILPERAZINA, MALATO

Torecan®

- Gg 6,5 mg
- Sup 6,5 mg

**Ad:** 6,5 mg x 2-3 v/d VO ó VR. No recomendado en Nñ < 15 a por los efectos extrapiramidales.

### **A05 - COLAGOGOS Y PROTECTORES HEPÁTICOS**

#### ■URSODESOXICÓLICO, ÁCIDO

Ursochol®

- Comp 150 mg

**Ad:** Litiasis biliar: 8-10 mg/kg/d VO. Cirrosis biliar primaria: 8-15 mg/kg/d VO. **Nñ:** Colestasis crónica asociada a fibrosis quística: 15-20 mg/kg/d VO. Dar la dosis diaria en 2-4 tomas, con comidas, tomar la dosis mayor en el momento de acostarse.

### **A06 - LAXANTES**

① Tratar el problema de base y los factores que predisponen a la aparición del estreñimiento (dieta pobre en fibra, reducida ingesta de líquidos (< 1 L/d) y vida sedentaria). El uso de laxantes para resolver el estreñimiento simple a largo plazo, sólo está recomendado cuando las medidas dietéticas (fibra, hidratación, ejercicio) han fracasado. Antes de prescribir un laxante es necesario hacer un diagnóstico del estreñimiento y descartar que sea secundario a una enfermedad de base no diagnosticada. Ningún laxante es inocuo, el uso crónico de laxantes puede originar efectos secundarios como alteraciones electrolíticas, dependencia para conseguir la evacuación y disminución de la función intestinal normal.

#### **A06A1 - LAXANTES LUBRICANTES / EMOLIENTES**

① Ablandadores de heces útiles para reducir esfuerzos en la defecación (hemorroides, cirugía abdominal, anorrectal, fisura anal, infarto reciente).

#### ■ACEITE DE PARAFINA

*Hodernal*®

- Sol 4 g/5 ml (300 ml)

**Ad:** 15 ml/24 h VO hs. **Nñ 6-12a:** 5 ml/24 h VO hs, si es necesario, dar una dosis adicional por la mañana. Administrar diluido en un vaso de agua o mezclado con algo de alimento, 1 h antes ó 2 h después de las comidas (retrasa el vaciado gástrico).

- ☞ Inicio de acción 6-8 h VO. No utilizar de forma continuada, los efectos secundarios están asociados a su uso repetido y ligados a su absorción: reacción de cuerpo extraño, neumonía lipídica por aspiración (precaución en pacientes encamados, niños, ancianos o pacientes muy debilitados con dificultad para la deglución), pérdidas anales y, a largo plazo, deficiencia de vitaminas liposolubles A, E, D y K.

### **A06A2 - LAXANTES DRÁSTICOS / ESTIMULANTES**

- ① Actúan por estimulación directa del colon. El uso prolongado produce colon catártico, alteraciones electrolíticas y hábito.

#### **■BISACODILO**

*Dulco-Laxo*®

- Gg 5 mg

**Ad:** 5-15 mg/d VO hs. **Nñ > 10a:** 5 mg/d VO hs. Tragar enteros. No tomar con leche, antiácidos o antiulcerosos (pueden disolver la cubierta entérica de la gragea originando irritación gástrica y duodenal). Inicio de acción en 6-12 h VO.

#### **■EXTRACTOS DE SEN, CASSIA, CORIANDRO Y TAMARINDO**

*Pruina*®

- Pasta 240 g

**Ad:** ¼ -1 cucharada de café/d VO hs. **Nñ > 5a:** ¼ cucharada de café/d VO hs.

#### **■PICOSULFATO SÓDICO**

*Evacuol*®

- Gts 7,5 mg/ml (30 ml) (0,5 mg/gota)

**Ad:** 5-15 mg/d VO hs. **Nñ > 6a:** 1-2,5 mg/d VO hs. Tomar con cualquier tipo de bebida o alimento. Inicio de acción en 8-12 h VO.

#### **■SENÓSIDOS A Y B**

*X Prep*®

- Sol 150 mg/75 ml

*Limpieza intestinal prerradiografía o preoperatorio:* **Ad:** 1 frasco (dosis única) el día anterior a la exploración con la comida del mediodía (ligera y sin contenido graso), después no tomar alimentos sólidos y a partir de las 22 h de ese día tampoco tomar líquidos. Efecto a las 5-8 h. Contiene 49,5 g de sacarosa.

### **A06A3 - LAXANTES INCREMENTADORES DEL BOLO INTESTINAL**

#### **■MUCÍLAGO DE PLANTAGO OVATA**

*Plantaben*®

- Sb 3,4 g

**Ad:** 1-2 sobres antes del desayuno, con 1-2 vasos de agua. Puede tomarse una dosis adicional de 3,4 g/noche. **Nñ 6-12a:** ½ D Ad. Tomar abundante cantidad de líquido, al menos 1 L de agua/d.

- ☞ Inicio de acción en 1-3 d. Es de elección en tratamientos prolongados, útil en

estreñimiento cuando las medidas dietéticas no son suficientes y para reducir esfuerzos durante la defecación.

### **A06A4 - LAXANTES POR VÍA RECTAL**

#### **■ CITRATO SÓDICO + LAURIL SULFATO SÓDICO**

*Micralax*® • Enema (450 + 45) mg/5 ml

**Ad:** 1 canuleta/d VR. **Nñ > 12a:** ½ canuleta/d VR. Efecto inmediato.

☞ Tratamientos prolongados pueden producir tolerancia a la acción laxante y hábito.

#### **■ FOSFATO SÓDICO MONO Y DIBÁSICO**

*Enema Casen*® • Enema (16+8) g/100 ml (80 ml)  
• Enema (16+8) g/100 ml (140 ml)  
• Enema (16+8) g/100 ml (250 ml)

**Ad:** 1 enema de 140-250 ml/d VR. **Nñ:** 80 ml/d VR.

☞ Evacuación intestinal rápida. Indicado en exploraciones radiológicas, cirugía intestinal, parto, etc.

#### **■ GLICEROL (GLICERINA)**

*Supo-gliz*® • Sup Ad 2,85 g  
*Sup. Glicerina Cuve*® • Sup Inf 1,37 g

**Ad:** 1 sup Ad/d VR. **Nñ:** 1 sup Inf/d VR.

☞ Laxante estimulante vía rectal para uso esporádico, útil en colon catártico secundario a laxantes estimulantes.

### **A06A5 - LAXANTES OSMÓTICOS ORALES**

#### **■ FOSFATO SÓDICO MONO Y DIBÁSICO**

*Fosfosoda*® • Sol (24,4 + 10,8) g/45 ml

**Ad:** 2 dosis de 45 ml VO, diluyendo cada dosis en ½ vaso de agua fría, 1ª dosis 24 h y 2ª dosis 12 h antes de la exploración. Después de cada dosis tomar 1 vaso de líquido (agua, caldo o zumo), a las 6 h de la 1ª dosis tomar 3 vasos más. No tomar alimentos sólidos durante las 24 h previas a la exploración.

☞ Útil para la preparación del colon. La absorción intestinal de fósforo y sodio, dosis dependiente, conlleva riesgo de hiperfosfatemias. Precaución en pacientes con IR, IH, ICC y alteraciones electrolíticas.

#### **■ MAGNESIO, SULFATO (HEPTAHIDRATADO)**

*Sulfato de Magnesio* • Sb 5 g FN

**Ad:** 10-15 g/d VO, disuelto en 250 ml de agua. En intoxicaciones hasta 30 g en 300 ml de agua.

☞ Superado como laxante. Riesgo de hipermagnesemia y depleción hidrosalina en IR.

#### **■ SOLUCION DE GOLYTELY (Polietilenglicol 400 + Electrolitos balanceados)**

*Sol. Evacuante Bohm*® • Sb para 250 ml

**Preparación colorectal:** Ad: 4 L de solución reconstituida (1 sobre/250 ml de agua, total 16 sobres). Tomar a razón de 250 ml c/10-15 min VO ó 20-30 ml/min por sonda, hasta completar los 4 L o que el afluyente rectal sea claro. Iniciar la administración la tarde/noche anterior de la exploración. No tomar alimentos sólidos en las 3-4 h anteriores a la administración de la solución. La solución fría tiene mejor sabor.

- ☞ De elección para la limpieza del colon, respuesta en 4 h. El polietilenglicol 400 es el responsable del efecto osmótico, los electrolitos balanceados evitan pérdidas o ganancias netas de sodio, potasio o agua en el organismo. Parece ser segura en pacientes con IR, IH y ICC. No es necesario el ajuste de dosis en pacientes con restricción de volumen y es más costo/efectivo que Fosfosoda®. En limpieza de colon, bisacodilo 15 mg seguido de 2 L de solución de Golytely, es igual de efectivo a las 8 h y mejor tolerado que 4 L de la solución de Golytely.

## **A06A6 - OTROS LAXANTES, INCLUIDAS ASOCIACIONES**

### **■ LACTULOSA**

Duphalac®

- Sol 10 g/15 ml
- Sol 3,33 g/5 ml (200 ml)

**Encefalopatía hepática:** Ad: 30-40 ml/6-8 h VO, hasta conseguir 2-3 deposiciones blandas diarias y reducir después a la dosis mínima que mantenga esas 2 deposiciones/d. Enema: 200 ml + 700 ml de agua, reteniendo durante 30-60 min/4-6 h VR. **Estreñimiento:** Ad = 1-2 Sb/d VO, en 1 ó 2 tomas, ajustar dosis para conseguir 1 deposición/d.

- ☞ Eficacia demostrada y buena tolerancia en el tto de la encefalopatía hepática, el enema es útil en pacientes en coma o cuando se busca un efecto más rápido. Asociado a un estimulante de la motilidad es útil para prevenir o tratar la constipación producida por opioides (lactulosa 15-30 ml/12-24 h VO más bisacodilo 5-10 mg/24 h VO hs). La lactulosa también es útil en estreñimiento crónico cuando las medidas dietéticas no son suficientes, enfermos encamados y para reducir los esfuerzos de la defecación.

## **A07 - ANTIDIARREICOS, ANTIINFECCIOSOS Y ANTIINFLAMATORIOS INTESTINALES**

- ① Antes de utilizar un antidiarreico, descartar que sea un proceso autolimitado, de origen infeccioso o, especialmente, si se trata de una sobreinfección por uso prolongado de antibióticos (colitis pseudomembranosa).

## **A07A - ANTIINFECCIOSOS INTESTINALES, INCLUIDAS ASOCIACIONES**

### **■ NEOMICINA**

Neomicina<sup>6</sup>

- Comp 500 mg

**Ad:** **Encefalopatía hepática:** 1-2 g/4-6 h VO durante 5-6 d; **Preparación preoperatoria intestinal:** 1 g a las 19 h, 18 h y 9 h VO antes del inicio de la cirugía (acompañado de 1 g de eritromicina a las mismas horas y limpieza intestinal). **Nñ:** **Encefalopatía hepática:** 625 mg-1,75 g/m<sup>2</sup>/6 h VO x 5-6 d.

## **A07B - ANTIDIARREICOS**



■ **LOPERAMIDA**

*Fortasec*® • Cáps 2 mg

Diarrea aguda: **Ad**: inicio 4 mg VO, seguido de 2 mg tras cada deposición, máx= 16 mg/d. Interrumpir si aparece fiebre o si a las 48 h no hay mejoría clínica. **Nñ 8-12a (>30 kg)**: 2 mg x 3 v/d VO. **Nñ 6-8a (20-30kg)**: 2 mg x 2 v/d VO. **Nñ 2-5a (13-20 kg)**: 1 mg x 3 v/d VO. No utilizar en < 2a (se ha descrito enterocolitis necrotizante y toxicidad). Diarrea crónica: **Ad**: 4-8 mg/d VO en varias tomas y ajustar según respuesta.

☞ Su uso puede ser perjudicial en las gastroenteritis infecciosas en niños y en adultos cuando existe fiebre elevada o heces sanguinolentas.

■ **SACCHAROMYCES BOULARDII**

*Ultra Levura*® • Cáps 10<sup>9</sup> microorganismos

**Ad**: 2 cáps/8 h VO (preferible ac), mantenimiento= 1 cáps/12 h. No administrar junto a líquidos calientes (>30°C) ni antibióticos por posible inactivación del fármaco. Eficacia clínica discutible, probable inactivación por la acidez gástrica.

■ **TANATO DE GELATINA**

*Tanagel Infantil*® • Sb 250 mg

**Nñ**: 1 sb/4-6 h VO. Buen perfil de seguridad, modesta eficacia. Separar 2-3 h de la toma de otros fármacos (posible interferencia a nivel de la absorción gastrointestinal).

**A07C - ANTIINFLAMATORIOS INTESTINALES**

■ **MESALAZINA**

*Claversal*® • Comp 500 mg

Colitis ulcerosa (mantenimiento de la remisión): **Ad**: 3-5 comp/d en varias dosis. Comprimidos con cubierta entérica, no masticar ni triturar.

■ **SULFASALAZINA**

*Salazopyrina*® • Comp 500 mg

Colitis ulcerosa: **Ad**: inicio 3-4 g/d VO pc en varias dosis, mantenimiento= 500 mg x 4 v/d. **Nñ >2a**: inicio 40 a 60 mg/kg/d VO pc en 3-6 dosis, mantenimiento= 30 mg/kg/d en 4 dosis.

**A07D - RESTAURADORES ELECTROLÍTICOS ORALES**

■ **SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL**

*Sueroral*® • Sb para 1 L de agua  
*Sueroral Hiposódico*® • Sb para 1 L de agua

**Ad**: 200-400 ml VO por cada deposición diarreica. Continuar tto mientras haya diarrea y 4-5 d después de finalizada ésta para conseguir rehidratación. **Nñ**: 50-120 ml/kg VO (*Sueroral Hiposódico*®) en 4-6 h, mantenimiento en Nñ > 2a con 1-3 L/24 h y en Nñ < 2a con 1 L/24 h.

Composición/1 L	Sodio	Potasio	Bicarbonato	Cloro	Glucosa	Sacarosa
Sueroral®	90 mEq	20 mEq		80 mEq	20 g	
Sueroral Hiposódico®	50 mEq	20 mEq	30 mEq	41 mEq	20 g	20 g

## **A09 - DIGESTIVOS, INCLUIDAS ENZIMAS**

### **■ PANCREATINA (AMILASA + LIPASA + PROTEASA)**

*Kreon® 10.000* • Cáps (8.000 + 10.000 + 600) U FIP DH

Individualizar dosis en función de dieta, consistencia de las deposiciones y tolerancia.  
**Ad:** aprox. 5-15 cáps/d VO repartidas en las distintas comidas. **Nñ:** ½ dosis del Ad. Las cáps contienen gránulos con recubrimiento entérico para que las enzimas pancreáticas no se inactiven en el pH ácido gástrico, no masticar ni triturar los gránulos, dar con comidas, evitar antiácidos o antiulcerosos (por encima de pH 5,5 se disuelve la capa entérica). En lactantes o si problemas en la deglución, abrir la cáps y mezclar los gránulos con una pequeña cantidad de comida blanda no muy caliente (se inactiva con el calor) y tragar inmediatamente sin masticar (no retener en boca porque puede irritar mucosa oral). Conversión de U FIP a U USP: multiplicar por 4,15 / 1 / 62,5, respectivamente.

## **A10 - ANTIDIABÉTICOS**

### **A10A - INSULINAS**

#### **■ INSULINA REGULAR HUMANA**

*Actrapid®* • Vial 100 UI/ml (10 ml) \*

#### **■ INSULINA-PROTAMINA HUMANA**

*Insulatard®* • Vial 100 UI/ml (10 ml) \*

#### **■ INSULINA-ZINC (30 % amorfa + 70 % cristalina) HUMANA**

*Monotard®* • Vial 100 UI/ml (10 ml) \*

#### **■ ■ INSULINA REGULAR 30 % + INSULINA-PROTAMINA 70 % HUMANAS**

*Mixtard® 30* • Vial 100 UI/ml (10 ml) \*

	Inicio (h)	Máximo (h)	Duración (h)
<i>Actrapid®</i>	0,5	1-3	8
<i>Insulatard®</i>	1,5	4-12	24
<i>Monotard®</i>	2,5	7-15	20-24
<i>Mixtard® 30</i>	0,5	2-8	24

Utilizar siempre preparados del mismo fabricante para realizar las mezclas. No mezclar la insulina protamina con las cristalizadas ("Monotard®"). La insulina "regular" se puede mezclar con todas las presentaciones, siempre que se utilice antes de 5 min.

## **A10B - ANTIDIABÉTICOS ORALES**

### **■ACARBOSA**

*Glucobay®*

- Comp 50 mg
- Comp 100 mg

**Ad:** inicio 50 mg/8 h VO, habitual 100 mg/8 h, máx= 200 mg/8 h. Masticar el comp con el primer bocado de comida o bien tragar entero con líquido justo antes de la comida.

☞ En pacientes ingresados, los cambios de dieta y las alteraciones metabólicas tienen un efecto superior al fármaco.

### **■GLIBENCLAMIDA**

*Daonil®*

- Comp 5 mg

**Ad:** inicio 2,5 mg/d VO antes del desayuno, ajustar con incrementos semanales de 2,5 mg hasta control, máx= 15 mg/d (en dosis > 10 mg/d administrar antes de desayuno y cena).

### **■GLICLAZIDA**

*Diamicron®*

- Comp 80 mg

**Ad:** inicio 40-80 mg/d VO antes del desayuno, ajustar con incrementos semanales de 80 mg hasta control (usual 160-200 mg/d), máx= 320 mg/d (en dosis > 160 mg/d administrar antes de desayuno y cena).

### **■GLIMEPIRIDA**

*Amaryl®*

- Comp 2 mg

**Ad:** inicio 1-2 mg/24 h VO un poco antes o en el desayuno, ajustar con incrementos de 1-2 mg c/1-2 sem hasta control (usual 1-4 mg/d), máx= 8 mg/d.

### **■METFORMINA**

*Dianben®*

- Comp 850 mg

**Ad:** 850 mg/8-12 h VO pc, máx= 3 g/d.

## **A11 - VITAMINAS**

① Normalmente una alimentación suficientemente variada cubre las necesidades orgánicas de vitaminas. En caso de ciertas patologías crónicas, cirugías específicas, situaciones metabólicas especiales, etc., puede aparecer hipovitaminosis subclínica, y puede recurrirse al empleo de complejos polivitamínicos formulados con la mayoría de las vitaminas en cantidades similares a los requerimientos diarios mínimos fisiológicos, de fácil dosificación y con riesgo de toxicidad prácticamente nulo. El empleo de vitaminas por separado debe limitarse a situaciones patológicas con déficit marcado de alguna de ellas que requieran aportes en cantidades más elevadas.

## **A11A/A11B - POLIVITAMINAS**

### **■ COMPLEJO MULTIVITAMÍNICO**

(Se indica únicamente el contenido de vitaminas liposolubles)

*Protovit®*

- Gts 15 ml (Vit A 3.000 UI/ml, Vit D 900 UI/ml), 24 gts/ml

**Ad:** 20-25 gotas/d VO. **Nñ:** 10-12 gotas/d VO. Sola o diluida en agua o con comidas.

*Cernevit®*

- Vial (Vit A 3.500 UI, Vit D 220 UI, Vit E 10,2 mg)

H

**Ad y Nñ > 11a:** 1 vial/d en la NP

*Soluvit®*

- Vial (Vitaminas hidrosolubles)

H

**Nñ < 11a:** diluir el vial en la ampolla de *Vitalipid® Infantil* y administrar la dosis necesaria en la NP

*Vitalipid® Infantil*

- Amp (Vit A 2300 UI, Vit D 400 UI, Vit E 7 UI, Vit K 200 mcg)/ 10 ml

H

**Nñ < 11a:** 1 ml /kg/d, máx= 10 ml.

### **■ COMPLEJO MULTIVITAMÍNICO CON MINERALES**

(Se indica únicamente el contenido de vitaminas liposolubles)

*Hidropolivit Mineral®*

- Comp (Vit A 2.500 UI, Vit D 500 UI)

**Ad:** 2 comp/d VO. **Nñ:** ½-1 comp/d VO. Administrar preferentemente con comidas.

## **A11C - VITAMINAS A y D**

### **■ CALCIFEDIOL**

*Hidroferol®*

- Gts 100 mcg (240 UI)/ml (20 ml) (25 gotas/ml)

**Nñ:** 240-960 UI/d (1-4 gts/d) VO según signos clínicos y biológicos. Tomar solo o con una cucharada de leche o zumo, no dar con biberón (se adhiere).

### **■ CALCITRIOL**

*Rocaltrol®*

- Cáps 0,25 mcg

*Calcijex®*

- Amp 1 mcg/1 ml

H

**Ad:** dosis según necesidades para mantener un nivel de Ca = 9-11 mg/dl. Hipocalcemia en IR crónica: inicio 0,25 mcg /24-48 h VO, incrementando si es necesario 0,25 mcg/2-4 sem, dosis usual 0,5-1 mcg/d VO; 0,5 mcg x 3 v/sem IV incrementando si es necesario 0,25-0,5 mcg/2-4 sem, dosis usual 0,5-3 mcg x 3 v/sem IV. Acompañar de aporte suficiente de Ca. Hipoparatiroidismo: inicio 0,25 mcg/24 h VO (por la mañana) incrementando si es necesario 0,25 mcg/2-4 sem, dosis usual 0,5-2 mcg/d.

### **■ COLECALCIFEROL (Vit D)**

*Vitamina D<sub>3</sub><sup>G</sup>*

- Gts 2.000 UI/ml (10 ml) (30 gotas/ml)

Profilaxis del déficit por baja exposición a la luz solar o ingesta insuficiente: **Ad y Nñ > 6m:** 200-800 UI/d (3 -12 gts) VO. Tto del déficit con absorción intestinal normal: **Ad:**

1200 UI/d (18 gts) VO x 7-10 d. **Nñ:** 600-1200 UI/d (9 -18 gts) x 10 d seguido de 400 UI/d (6 gts) hasta curación.

■ **RETINOL (Vit A)**

*Auxina A Masiva®* • Cáps 50.000 UI

**Ad y Nñ > 8a:** 100.000 UI/d VO x 3 d seguido de 50.000 UI/d x 2 semanas. **Nñ 1-8a:** 10.000 UI/kg/d VO x 5 d seguido de 17.000-35.000 UI/d (ó 50.000 UI/48 h) x 10 d.

**Nñ < 1a:** 10.000 UI/kg/d VO x 5 d seguido de 7.500 UI/d x 10 d. Categoría X de la FDA, teratógena a dosis > 3.300 UI/d.

**A11D - VITAMINA B<sub>1</sub> Y ASOCIACIONES B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub> Y B<sub>12</sub>**

■ **TIAMINA (Vit B<sub>1</sub>)**

*Benerva®* • Comp 300 mg  
• Amp 100 mg/1 ml

**Ad:** Deficiencia moderada: 40 mg/d VO. Deficiencia severa o malabsorción intestinal: 100 mg/d IM. Síndrome de Wernicke: 100 mg/8 h IV muy lento (> 10 min) x 2 d, seguido de 100 mg/d VO.

■ **HIDROXOCOBALAMINA (Vit B<sub>12</sub>) + PIRIDOXINA (Vit B<sub>6</sub>) + TIAMINA (Vit B<sub>1</sub>)**

*Hidroxil® B<sub>12</sub> B<sub>6</sub> B<sub>1</sub>* • Comp (0,5 + 250 + 250) mg

**Ad:** 1 comp/12-24 h VO.

■ **CIANOCOBALAMINA (Vit B<sub>12</sub>) + PIRIDOXINA (Vit B<sub>6</sub>) + TIAMINA (Vit B<sub>1</sub>)**

*Nervobion®* • Amp (5 + 100 + 100) mg/3 ml

**Ad:** 1 amp/24-48 h IM.

**A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B**

■ **COMPLEJO B + VITAMINA C**

*Becozyme C Forte®* • Gg (Vit C 200 mg)

**Ad:** 1-3 gg/d VO.

**A11G - VITAMINA C**

■ **ÁCIDO ASCÓRBICO**

*Cebion®* • Sb 500 mg  
*Vitamina C<sup>G</sup>* • Amp 1 g/5 ml

Profilaxis del déficit: **Ad:** 25-75 mg/d VO (100-200 mg/d si hemodiálisis crónica). Déficit severo: **Ad:** 100-250 mg VO ó IM x 1-2 v/d. **Nñ:** 100-300 mg/d VO o IM.

Dosis > 1-2 g/d pueden producir diarrea e hiperoxaluria con formación de cálculos de oxalato. Las ampollas pueden administrarse por vía IV, IM y SC, pero es de elección la IM.

**A11H - OTRAS VITAMINAS SOLAS, EXCLUIDAS K Y P**

### ■ CIANOCOBALAMINA (Vit B<sub>12</sub>)

*Optovite B<sub>12</sub>*® • Amp 1 mg/2 ml

**Ad:** *Profilaxis del déficit por gastrectomía o síndromes de malabsorción:* 250-1000 mcg/mes IM ó 1 mg/d VO. *Anemia perniciosa y otras anemias:* 250-1000 mcg/48 h IM x 1-2 sem, seguido de 250 mcg/sem hasta recuentos sanguíneos normales, después dosis de mantenimiento de 1 mg/mes IM ó 1 mg/d VO. La cantidad de vit B<sub>12</sub> retenida por el organismo tras una inyección de 1000 mcg es un 15% (150 mcg). En pacientes con depósitos cubiertos, la administración mensual de 1000 mcg cubre las necesidades diarias (aprox 2 mcg), por lo que la forma "dépôt" no presenta ninguna ventaja frente a la presentación convencional. Por otro lado hay evidencias de que aún con déficit de factor intrínseco, al administrar dosis elevadas de vit B<sub>12</sub> VO se produce una absorción por difusión pasiva capaz de cubrir las necesidades diarias convirtiéndose la ampolla bebida de 1000 mcg/día en una alternativa a la inyección IM de 1000 mcg/mes.

### ■ DEXPANTENOL

*Bephantene*® • Amp 500 mg/2 ml

**Ad:** *Prevención y control de la atonía gastrointestinal:* 250-500 mg IM o IV muy lento (eficacia dudosa). Su déficit aislado es muy raro por lo que generalmente se formula en complejos multivitamínicos.

### ■ PIRIDOXINA (Vit B<sub>6</sub>)

*Benadon*® • Comp 300 mg  
• Amp 300 mg/2 ml

**Ad:** *Neuritis periférica por isoniazida:* profilaxis: 10-25 mg/d ó 150-300 mg/sem VO; tto: 150 mg/d VO. *Anemia sideroblástica:* 150-400 mg/d VO x 1-2 meses. *Intoxicación aguda por isoniazida:* 5 g IVdir en 3-5 min y repetir c/5-20 min hasta exceder la dosis de isoniazida, cesan las convulsiones o se recupere la consciencia.

### ■ TOCOFEROL (Vit E)

*Auxina E*® • Cáps 50 mg  
• Cáps 200 mg  
*Ephynal*® • Amp 100 mg/2 ml

**Ad:** 50 mg/d VO ó IM. *Fibrosis quística:* 100-200 mg/d VO.

## A11J - OTRAS ASOCIACIONES DE VITAMINAS

### ■ ■ RETINOL, PALMITATO + TOCOFEROL (Vit A + E)

*Auxina A + E*® • Cáps "Norm" 5.000 UI + 10 mg  
• Cáps "Fte" 50.000 UI + 100 mg

**Ad:** "Normal" y "Forte" 2-4 cáps/d VO.

## A12 - SUPLEMENTOS MINERALES

### A12A - CALCIO

■ **CALCIO, CARBONATO**

*Mastica*®

- Comp 1.250 mg (500 mg Ca)

Hipocalcemia: Ad: 1-4 g Ca/d VO pc. Osteoporosis: Ad: 1-1,5 g Ca/d VO pc, en varias tomas. Hiperfosfatemia en IR crónica: Ad: 2-5 g Ca/d VO pc en varias tomas, para fosfatemia de 4,5-6 mg/dl. Niñ: 1-2 g Ca/d VO en 2-3 tomas. Es la sal de calcio de elección inicial por VO como suplemento de calcio. La disolución de la sal es pH dependiente y puede no ser adecuada para pacientes con pH gastrointestinal elevado.

■ **CALCIO, CLORURO**

*Cloruro Cálcico*<sup>G</sup>

- Amp 10 % 10 ml (9,14 mEq Ca/10 ml, 361 mg Ca/10 ml)

Hipocalcemia severa: Ad: Inicio 100-300 mg Ca/10-15 min InfIV en 10-15 min (5-10 ml en 100 ml de G5%), mantenimiento= 2-4 mg Ca/kg/h InfIV (10 ml en 500 ml de G5%). Monitorizar calcemia/6 h. Parada cardíaca, arritmias en hiperpotasemia o hipermagnesemia: Ad: 5-10 ml IVdir lenta (1 ml/min), repetibles a los 10 min, dosis más bajas en digitalizados. Suplemento de calcio para administración IV, no administración IM ni SC. Evitar la extravasación, es muy irritante y puede producir necrosis tisular. Administrar en vena de gran calibre para minimizar la irritación.

■ **CALCIO, GLUCOBIONATO**

*Calcium Sandoz*®

- Amp 10 % 10 ml (4,5 mEq Ca/10 ml, 90 mg Ca/10 ml)



Hipocalcemia severa: Ad: inicio 100-300 mg Ca InfIV en 10-15 min (10-30 ml en 100 ml de G5%), mantenimiento= 2-4 mg Ca/kg/h InfIV (15-30 ml en 500 ml de G5%). Niñ > 1a: 5-10 ml/1-3 d IVdir lenta (1 ml/min). Niñ < 1a: 2 ml/1-3 d IVdir lenta. Intoxicación por magnesio: 10-20 ml InfIV en 10-15 min (en 100 ml de G5%). Intoxicación por antagonistas del calcio: 5-8 ml InfIV en 10-15 min (en 100 ml de G5%).

■ **CALCIO, GLUBIONATO + CALCIO, CARBONATO**

*Calcium Sandoz Forte*®

- Comp efv (2.940 + 300) mg (500 mg Ca)

Hipocalcemia: Ad: 2-8 comp/d VO pc. Suplemento: Ad: 1-3 comp/d VO pc. Osteoporosis: Ad: 2-3 comp/d VO pc, en varias tomas. Asociar vit. D<sub>3</sub> (400-800 U/d).

**A12B - POTASIO**

■ **POTASIO, ACETATO**

*Acetato Potásico*<sup>FM</sup>

- Amp 1 M 10 ml (10 mEq K/10 ml)

Suplementos en nutrición parenteral: 30-200 mEq/d.

■ **POTASIO, ASCORBATO**

*Boi-K*®

- Comp efv 390 mg K (10 mEq) + 250 mg Vit C

Prevención hipocalcemia: Ad: 1-2 comp/12 h VO (20-40 mEq/d). Tto hipocalcemia: Ad: 2-4 comp/8 h VO (60-120 mEq/d). Disolver en agua, zumo o caldo y tomar inmediatamente después de las comidas.

■ **POTASIO, BICARBONATO + VITAMINA C + ÁCIDO ASPÁRTICO**

*Boi-K Aspártico®* • Comp efv (2.502 + 500 + 350) mg (25 mEq K)

Prevención hipocalcemia: **Ad:** 1 comp/12-24 h VO (25-50 mEq/d). Tto hipocalcemia: **Ad:** = 3-5 comp/d VO, en varias tomas (75-125 mEq/d). Disolver en agua, zumo o caldo y tomar inmediatamente después de las comidas.

■ **POTASIO, CLORURO**

*Cloruro Potásico<sup>G</sup>* • Amp 14,9 % (2 M) 10 ml (2 mEq K/ml) H  
• Amp 14,9 % (2 M) 20 ml (2 mEq K/ml) H

Hipocalcemia (> 2,5 mEq/l): **Ad:** 200 mEq/d InfIV lenta (< 10 mEq/h), diluido hasta 20-40 mEq/L, como suplemento de soluciones de infusión. Hipocalcemia grave (< 2 mEq/l): máx= 400 mg/d InfIV lenta (< 20 mEq/h), diluido hasta 40-60 mEq/L. A mayor velocidad es necesario monitorización electrocardiográfica. En situaciones de alto riesgo se ha administrado a 30-40 mEq/h. **Nñ:** InfIV (siempre diluido) 3 mEq/kg/d ó 40 mEq/m<sup>2</sup>/d.

■ **POTASIO, GLUCOHEPTONATO**

*Potasion®* • Sol 26,4 g/100 ml (125 ml) (1 mEq K/ml)

Prevención hipocalcemia: **Ad:** 10-15 ml/8 h VO pc (30-45mEq/d). Tto hipocalcemia: **Ad:** 20-40 ml/8 h VO pc (60-120 mEq/d). **Nñ:** 5-20 ml/d VO (5-20 mEq/d). Repartido en 2-3 dosis. Administrar inmediatamente después de las comidas o con alimentos.

**A12C - OTROS SUPLEMENTOS MINERALES**

■ **FOSFATO, MONOPOTÁSICO**

*Fosfato Monopotásico<sup>FM</sup>* • Amp 1 M 10 ml (1 mmol/ml fósforo=309,7 mg fósforo y 1 mEq/ml K)

Hipofosfatemia severa (< 1 mg/dl): **Ad:** 0,08-0,16 mmol/kg de fósforo InfIV en 6 h (en 500 ml de hiposalino 0,45%), casos extremos: 0,15-0,35 mmol/kg InfIV en 6-12 h, mantenimiento= 0,25-0,50 mmol/kg/24 h. Hipofosfatemia: **Nñ:** inicio 0,1-0,2 mmol/kg InfIV en 6 h (máx= 0,2 mmol/kg/h), mantenimiento= 0,4-1,4 mmol/kg/d IV. Ajustar dosis para fosfatemia de 2-3 mg/dl.


■ **FOSFATO, MONOSÓDICO**

*Fosfato Monosódico<sup>FM</sup>* • Amp 1 M 10 ml (1 mmol/ml fósforo=309,7 mg fósforo y 1 mEq/ml Na)

Hipofosfatemia severa (< 1 mg/dl): **Ad:** 0,08-0,16 mmol/kg de fósforo InfIV en 6 h (en 500 ml de hiposalino 0,45%), casos extremos: 0,15-0,35 mmol/kg InfIV en 6-12 h, mantenimiento= 0,25-0,50 mmol/kg/24 h. Hipofosfatemia: **Nñ:** inicio 0,1-0,2 mmol/kg InfIV en 6 h (máx= 0,2 mmol/kg/h), mantenimiento= 0,4-1,4 mmol/kg/d IV. Ajustar dosis para fosfatemia de 2-3 mg/dl. Suplementos en nutrición parenteral: 10-40 mmol/d.

☞ La elección de la sal de fosfato, sódica o potásica, dependerá del estado hidroelectrolítico y la función renal.

■ **FOSFATO SÓDICO + BICARBONATO SÓDICO + BICARBONATO POTÁSICO**

*Phosphate Sandoz®* • Comp efv 500 mg fósforo (16,1 mmol de fósforo + 20,4 mEq Na + 3,1 mEq K) 



Hipofosfatemia: Ad: 4-6 comp/d VO. **Nñ < 5a**: 2-3 comp/d VO. Hipercalcemia: Ad: 6 comp/d VO. **Nñ < 5a**: 3 comp/d VO.

■ **FOSFATO MONOPOTÁSICO + FOSFATO MONOSÓDICO**

- Sol fosfato oral Inf* • Sol (10 mg fósforo + 0,15 mEq K + 0,15 mEq Na)/ml (50 ml) ✱, FM
- Sol fosfato oral Ad* • Sol (20 mg fósforo + 0,3 mEq K + 0,3 mEq Na)/ml (50 ml) ✱, FM

Hipofosfatemia: Ad: 250 mg de fósforo x 2-3 v/d VO. **Nñ**: 28-80 mg fósforo/kg/d VO dividido en varias tomas.

■ **MAGNESIO, LACTATO**

- Magnesiobol®* • Comp 404,8 mg (4 mEq Mg)

Hipomagnesemia leve o crónica: Ad: 5-10 comp (20-40 mEq de Mg)/24 h VO pc. **Nñ**: 2-4 comp (8-16 mEq)/24 h VO pc en 2-3 tomas.

☞ La diarrea es el efecto adverso limitante del Mg oral. Precaución en pacientes digitalizados e IR leve moderada.

■ **MAGNESIO, SULFATO**

- Sulmetin® Simple IV* • Amp 1,5 g/10 ml (12,2 mEq Mg/10 ml)

Suplementos en nutrición parenteral: Ad: 1-2,5 amp (10-30 mEq de Mg)/d IV. **Nñ**: 2-8 ml (2-10 mEq de Mg)/d IV. Hipomagnesemia severa: Ad: 4 amp (48 mEq Mg) InfIV en 24 h (diluir en 1.000 ml de G5%) x 3-7 d manteniendo magnesemia <2,5 mEq/l. Gravedad extrema: 1 amp (12 mEq) InfIV en 15 min (máx= 1,2 mEq/min, diluir en 50-100 ml de G5%). Preeclampsia o eclampsia: 3-4 amp (36-48 mEq) en InfIV a 8-16 mEq/h. Extremar la precaución en pacientes digitalizados e IR con aclaramiento de creatinina <30 ml/min.

**A13 - TÓNICOS Y RECONSTITUYENTES**

■ **VITAMINAS COMPLEJO B + AMINOÁCIDOS + MAGNESIO**

- Astenolit®* • Amp bebibles

Ad: 1 ó 2 amp/d VO diluidas en medio vaso de agua.

**A16 - OTROS PREPARADOS PARA EL APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO**

■ **CARBÓN ACTIVADO**

- Carbón Activado* • Sb 10 g FN
- Carbón Ultra Adsorbente®* • Bote 50 g con adaptador para sonda

Diluir cada 20-30 g de polvo en un mínimo de 240 ml. Bote: diluir con agua hasta la marca (400 ml). **Ad y adolescentes**: 30-100 g ó 1-2 g/kg VO, repitiendo lo antes posible. **Nñ 1-12a**: 25-50 g VO, puede repetirse la mitad de la dosis c/2-6 h. **Nñ < 1a**: 1 g/kg VO.

☞ Administrar cuanto antes, máxima eficacia en la 1ª hora. Es capaz de adsorber

prácticamente todos los tóxicos, a excepción de los alcoholes, cianuro, metales, potasio, ácido bórico, derivados del petróleo, ácidos y álcalis. A dosis repetidas, elimina fármacos ya absorbidos que experimentan circulación enterohepática (digoxina, aspirina, carbamacepina, fenobarbital, fenitoína, quinina, teofilina y antidepresivos tricíclicos). No repetir dosis si íleo paralítico o hipoperistaltismo. Si dosis repetidas, utilizar sulfato de magnesio para facilitar su eliminación.


#### ■ IPECACUANA

*Jarabe de Ipecacuana* • Jarabe 100 ml FM, ✱

Inducción de emesis: **Ad y adolescentes**: 15-30 ml VO seguidos de un vaso de agua (240 ml). **Niñ 1-12a**: 15 ml VO seguidos de ½ -1 vaso de agua. **Niñ <1a**: 5-10 ml VO seguidos de 60-240 ml de agua. Administrar una 2ª dosis si a los 20-30 min no hay respuesta. No se recomienda administrar más de dos dosis (riesgo de cardiotoxicidad). No administrar con leche.

☞ Utilidad discutible, valorar preferiblemente lavado gástrico o carbón activado. No utilizar si se ha ingerido estriquina, corrosivos (álcalis o ácidos fuertes) o derivados del petróleo.

#### ■ DIAZÓXIDO

*Proglidem®* • Comp 100 mg <sup>1</sup>

Hipoglucemia: **Ad y Niñ**: inicio 3 mg/kg/d VO repartido c/8 h, ajustar en función de las condiciones del paciente y respuesta, usual: 3-8 mg/kg/d, repartido c/8-12 h, suspender si no es eficaz tras 2-3 semanas de tto.

#### ■ GLUCOSA

*Biberón Glucosa<sup>G</sup>* • Biberón 5 % 100 ml



## Grupo B: SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS

### B01 - ANTICOAGULANTES E INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA

#### B01A1 - ANTICOAGULANTES ORALES

##### ■ ACENOCUMAROL

Sintrom®

- Comp 1 mg
- Comp 4 mg

**Ad:** Hipocoagulación a largo plazo: Iniciar con 3 mg/d x 2 d VO, luego ajustar dosis según controles de INR (nivel medio de anticoagulación: 2-3, alto: 2,5-4). El nivel de anticoagulación dependerá del diagnóstico y tolerancia. Administrar la D/d de una vez y siempre a la misma hora. Realizar controles para ajuste de dosis 2-3 v/sem hasta estabilización del INR (1-2 sem), después control c/1-2 meses. Cuando se requiera anticoagulación inmediata, asociar heparina hasta INR deseado. No emplear dosis de carga, aumenta el riesgo de hemorragia en pacientes susceptibles (ancianos, cirugía mayor reciente) sin conseguir un efecto anticoagulante más rápido. Tras la suspensión del tto, el efecto anticoagulante se mantiene 2-3 d.

☞ Es imprescindible valorar el potencial de interacción antes de prescribir o retirar cualquier medicamento. Contraindicaciones: pacientes que no se implican en el tto, HTA, úlcera péptica activa, alteraciones de la hemostasia, retinopatía hemorrágica, en el 1<sup>er</sup> y 3<sup>o</sup> trimestre del embarazo (categoría D de la FDA).

Sobredosis de anticoagulantes: La fitomenadiona contrarresta el efecto anticoagulante del acenocumarol en 4-8 h. *Hemorragia moderada:* 2 mg de fitomenadiona VO (Konakion® amp). *Hemorragias intensas:* 5-10 mg fitomenadiona IV lenta (< 1 mg/min), monitorizar INR, si es necesario repetir c/8 h (máx= 40 mg/d). *Hemorragia riesgo mortal:* asociar a la fitomenadiona, plasma fresco congelado (2-3 unidades) o complejo de protrombina (ver pág.52) dependiendo de la urgencia de la situación. Dosis > 5 mg de fitomenadiona pueden causar resistencia a los anticoagulantes orales durante semanas, prescribir heparina temporalmente si existe alto riesgo de trombosis.

#### B01A2 - ANTICOAGULANTES INYECTABLES

##### ■ ANTITROMBINA III

Anbinex®

- Vial 500 UI/10 ml

☞<sup>1</sup>

**Ad:** Indicado en déficit congénitos de antitrombina-III, especialmente en situaciones de elevado riesgo tromboembólico (cirugía, parto, fracturas, politraumatismos) y déficit adquiridos severos. Dosificar según niveles plasmáticos de antitrombina-III: bolo inicial 50 UI/kg, mantenimiento= 6-8 UI/kg/6 h IV lenta (reconstituir en el disolvente adjunto y administrar a velocidad ≤0,08 ml/kg/min). 1 UI/kg eleva los niveles de antitrombina-III un 1%. Monitorizar para mantener niveles > 80%.

##### ■ DROTRECOGINA ALFA ACTIVADA

Xigris®	• Vial 5 mg	✱, ⚠ <sup>1</sup> , H
	• Vial 20 mg	✱, ⚠ <sup>1</sup> , H

**Ad:** *Sepsis grave con fallo de 2 ó más órganos:* 24 mcg/kg/h InfiV x 96 h. Preparar la mezcla IV justo antes de administrar, reconstituir con 10 ml de API (vial de 20 mg) ó 2,5 ml de API (vial de 5 mg) y diluir en SF 50-100 ml para conc de 100-200 mcg/ml, **estabilidad de 14 h a TA.** Para evitar pérdidas de producto, se recomienda diluir sólo 1 vial de 20 mg en cada preparación y calcular el tiempo que dura, en < 62 kg diluir 3 viales de 5 mg.

☞ Contraindicaciones: pacientes con hemorragia activa o reciente o alto riesgo de sangrado (traumatismos, catéter epidural, lesiones intracraneales), tto concomitante con heparina  $\geq$  15 UI/kg/h, diátesis hemorrágica no relacionada con la sepsis, enfermedad hepática grave,  $< 30.000 \times 10^6$  plaquetas/L, hipersensibilidad al fármaco.

#### ■ HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (NADROPARINA)

Fraxiparina®	• Jer 2.850 UI anti-Xa/0,3 ml
	• Jer 3.800 UI anti-Xa/0,4 ml
	• Jer 5.700 UI anti-Xa/0,6 ml
	• Jer 7.600 UI anti-Xa/0,8 ml
Fraxiparina® Forte	• Jer 11.400 UI anti-Xa/0,6 ml
	• Jer 15.200 UI anti-Xa/0,8 ml
	• Jer 19.000 UI anti-Xa/1 ml

**Ad:** *TVP:* 95 UI/kg/12 h ó 190 UI/kg/24 h SC x 10 d (mínimo 5 d), seguido de anticoagulación oral (asociar acenocumarol con 3-5 d de superposición, retirar HBPM cuando INR entre 2 y 3). *Profilaxis tromboembólica venosa:* ver protocolo en pág.47. Ver ①

#### ■ HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (ENOXAPARINA)

Clexane®	• Jer 20 mg/0,2 ml (2.000 UI anti-Xa)
	• Jer 40 mg/0,4 ml (4.000 UI anti-Xa)
	• Jer 60 mg/0,6 ml (6.000 UI anti-Xa)
	• Jer 80 mg/0,8 ml (8.000 UI anti-Xa)
	• Jer 100 mg/1 ml (10.000 UI anti-Xa)

**Ad:** *TVP:* 1 mg (100 UI)/kg/12 h SC x 10 d (mínimo 5 d), seguido de anticoagulación oral (asociar acenocumarol con 3-5 d de superposición, retirar HBPM cuando INR entre 2 y 3). *Angina inestable o IAM sin onda Q:* 1 mg/kg/12 h SC, más AAS 100-350 mg/24 h VO x 2-8 d. *Profilaxis tromboembólica venosa:* ver protocolo en pág.47

① Las HBPM son de elección en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes de moderado y alto riesgo. Útiles en TVP, por eficacia igual o superior a la heparina no fraccionada, respuesta predecible sin necesidad de ajuste de dosis en base a parámetros de coagulación (TTPA), posología c/24h y vía de administración SC (más cómoda para el paciente permitiendo el tratamiento extrahospitalario), igual riesgo de hemorragia o de recidivas tromboembólicas, menor incidencia de trombocitopenia y osteoporosis, y por tanto, más coste/efectivas.

#### ■ HEPARINA SÓDICA (HEPARINA NO FRACCIONADA, HNF)

Heparina Sódica 1% <sup>G</sup>	• Vial 50 mg/5 ml (1.000 UI/ml)
---------------------------------	---------------------------------

**Heparina Sódica 5%<sup>G</sup>**

- Vial 250 mg/5 ml (5.000 UI/ml)

**Ad: Heparinización:** bolo inicial 50-100 UI/kg (5.000 UI), seguido 15-25 UI/kg/h (1.000 UI/h) InfIV continua con bomba (diluir en SF) o bolos 75-125 UI/kg/4 h, ajustar dosis diaria para TTPA de 2,0-2,5 veces el control. En TVP y EP tratar durante 5-10 d, seguido de anticoagulación por VO a largo plazo (asociar acenocumarol con 3-5 d de superposición con heparina, retirar heparina cuando INR = 2 - 3).

- ☞ Monitorizar: TTPA, INR, recuento de plaquetas y hematocrito al inicio y diariamente durante el tto, así como signos de sangrado (melenas, hematuria, hematemesis, epístaxis). Extremar precauciones ante factores de riesgo hemorrágicos (cirugía reciente, traumatismos, edad > 60 años, cáncer, úlcera péptica, inyecciones IM). En complicaciones hemorrágicas graves por sobredosificación, administrar sulfato de protamina (ver pág.194).

**■LEPIRUDINA**

Refludin®

- Vial 50 mg

1

**Ad: Anticoagulación en trombocitopenia inmunoalérgica por heparina:** 0,4 mg/kg IVdir seguido de 0,15 mg/kg/h InfIV continua (diluir en SF o G5% hasta conc 2 mg/ml), ajustar dosis en función de TTPA.

- ☞ Restringir su uso a la indicación autorizada. Incidencia de hemorragias severas > 10%. Puede causar reacciones adversas alérgicas, incluidas las anafilácticas, sobre todo en reexposiciones. Informar al paciente de que ha sido tratado con lepirudina e indicarlo en informe de alta para valorar relación de beneficio/riesgo en posibles reexposiciones.

**PROTOCOLO DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA VENOSA CON HBPM:  
PACIENTES SUBSIDIARIOS Y PAUTAS DE TRATAMIENTO**

Los pacientes subsidiarios de profilaxis tromboembólica se clasifican en pacientes de bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo. La presencia de un factor de riesgo asociado tipo A (ver tabla, pág.48) implica clasificar al paciente como de alto riesgo.

**BAJO RIESGO**

- Pacientes:
  - Quirúrgicos < 40 años con intervención torácica, abdominal o pélvica, de duración ≤ 30 min, sin factores de riesgo asociados.
- Tratamiento:
  - Deambulación precoz, ejercicios de piernas.

**RIESGO MODERADO**

- Pacientes:
  - Quirúrgicos > 40 años con intervención torácica, abdominal o pélvica, que dure más de 30 min, sin factores de riesgo asociados.
  - Hospitalizados por patologías médicas: IAM, ACV, ICC.
  - Encamados más de 3 d que asocien 1 ó más factores de riesgo.
- Tratamiento:
  - Heparinas de bajo peso molecular, según pautas.

**Enoxaparina, 20 mg/24 h SC.**

**Nadroparina, 2.850 UI (0,3 ml)/24 h SC.**

- Duración:
  - En cirugía: al menos 7 d o hasta deambulación, la 1ª dosis se administrará 2 h antes de la cirugía.
  - No quirúrgico: hasta deambulación.

### ALTO RIESGO

- Pacientes:
  - Cirugía traumatológica/ortopédica de extremidades inferiores (cadera y rodilla)
  - Inmovilización local por lesiones de extremidades inferiores en pacientes que asocien un factor adicional tipo A.
  - Quirúrgicos > 40 años con intervención torácica, abdominal o pélvica, que dure más de 30 min con factores de riesgo asociados.
  - Hospitalizados por patologías médicas: IAM, ACV, ICC, con 1 ó más factores de riesgo.

- Tratamiento:
  - Heparina de bajo peso molecular, según pautas:  
**Enoxaparina**, 40 mg/24 h SC.  
**Nadroparina**, dosis/ajuste en función del peso:

		< 70 kg	> 70 kg
No quirúrgico		3.800 UI/24 h	5.700 UI/24 h
En cirugía	12h antes y días 1º-3º postcirugía	2.850 UI/24 h	3.800 UI/24 h
	A partir del 4º día	3.800 UI/24 h	5.700 UI/24 h

- Duración
  - No quirúrgico: hasta deambulación.
  - En cirugía: al menos 10 d o hasta deambulación. Si es traumatológica se recomienda hasta 21 d. **La 1ª dosis se administrará 12 h antes de la cirugía y la 2ª dosis, 12 h después de la intervención . Continuar c/24h.**

Factores de riesgo asociados	
<u>Factores tipo A</u>	<u>Factores tipo B</u>
Carcinoma metastásico	Edad avanzada (> 65 años)
Antecedentes personales de enfermedad tromboembólica	Diabetes
Trombofilia	Estrógenos a altas dosis
	Neoplasia
	Obesidad
	Sepsis
	Shock
	Varices

## B 0

### 1B - INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA

#### ■ ABCIXIMAB (Fragmento Fab del Anticuerpo Monoclonal)

ReoPro®

- Vial 10 mg/5 ml

✱,  $\infty^2$ , H

☞<sup>2</sup> Hemodinámica. **Ad:** Prevención de trombosis coronaria post-angioplastia, atrectomía, colocación de stent: 0,25 mg/kg bolo IV 10 min antes de la ACTP, seguido InfIV (en 250 ml de SF o G5%) de 0,125 mcg/kg/min (máx 10 mcg/min) x 12 h + AAS 300 mg/d y HNF. Extraer el contenido del vial con filtro de 0,22 micras.

- ☞ Coste/efectivo en pacientes con alto riesgo de reestenosis post-ACTP. Vigilar: hemorragias (alto riesgo en las primeras 36 h), trombocitopenia y anafilaxia (poder inmunogénico bajo).

### ■ ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

- Adiro*® • Comp 100 mg  
• Comp 300 mg  
*Aspirina Masticable*® • Comp 500 mg

**Ad:** Antiagregante: 75-325 mg/24 h VO. Prevención secundaria del tromboembolismo cerebral de origen cardíaco o tras AIT o ACV isquémicos y prevención de oclusión de by-pass aorto-coronario: 300 mg/d; prevención de la mortalidad postinfarto de miocardio y prevención del IAM en angina estable e inestable: 100 mg/d. Administrar con comidas (mejor tolerancia digestiva) y a la misma hora del día. Artritis reumatoide (ver grupo M, pág.141). Dolor (ver grupo N, pág.153).

- ☞ El AAS es el **antiagregante plaquetario de elección** y patrón de referencia del grupo. Superior a dipiridamol, clopidogrel, ticlopidina y trifusal por su gran experiencia de uso, mejor tolerancia y menor coste. La hemorragia gastrointestinal (dosis dependiente) y la intolerancia gástrica son los efectos adversos más frecuentes (< 1%). Contraindicado en pacientes con úlcera péptica activa y en hipersensibilidad a salicilatos.

### ■ CLOPIDOGREL

- Iscover*® • Comp 75 mg DH

**Ad:** Prevención de eventos ateroscleróticos en pacientes con antecedentes de aterosclerosis sintomática definida por: infarto cerebral isquémico (de 7 días a 6 meses después del mismo) o IAM (de pocos días a 35 días después del mismo) o arteriopatía periférica sintomática de extremidades inferiores: 75 mg/d VO.

- ☞ Alternativa al AAS cuando está indicada antiagregación y éste no se tolera, poca experiencia de uso y alto coste (175.000 € por evento isquémico evitado respecto a AAS). Frente a *ticlopidina* menos riesgo de agranulocitosis (0,02% vs 0,8%), posología más cómoda, aunque mayor coste. Contraindicado en trastornos hemorrágicos, lactancia, niños, IH severa y con anticoagulantes orales.

### ■ DIPIRIDAMOL

- Persantin*® • Gg 100 mg  
• Amp 10 mg/2 ml

**Ad:** 100 mg/6-8 h VO ac, máx= 600 mg/d. Gammagrafía cardíaca por Talio 201 en pacientes que no pueden realizar la prueba de esfuerzo: **Ad:** 0,142 mg/kg/min x 4 min IVdir (diluir a una proporción 1:2 con SF o G5%, 20-50 ml) en los 5 min previos a la administración de Talio 201, máx= 60 mg.

- ☞ Se utiliza asociado al AAS en reestenosis de angioplastias y bypass de arteria coronaria o femoral-poplítea y con anticoagulantes orales en prevención de tromboembolismos en pacientes portadores de prótesis valvulares cardíacas. En la mayoría de las aplicaciones la asociación dipiridamol + AAS no ha demostrado ser



más efectiva que AAS solo.

### ■EPOPROSTENOL

Flolan®

• Vial 500 mcg

✱,  $\infty^2$ , H

$\infty^2$  Coronarias y Hemodinámica: Hipertensión pulmonar primaria grados III y IV (NYHA): Inicio InfIV 2 ng/kg/min y aumentar 2 ng/kg/min c/15 min hasta respuesta o intolerancia, mantenimiento= reducir en 4 ng/kg/min la velocidad a la que hay respuesta (o la ½ si era < 5 ng/kg/min).  $\infty^2$  Hemodinámica: Test agudo para valoración de reversibilidad de resistencias pulmonares: Inicio InfIV 2 ng/kg/min y aumentar 2 ng/kg/min c/10 min hasta respuesta, intolerancia o máx= 16 ng/kg/min. Preparación de la solución: reconstituir con 10 ml del diluyente tamponado y añadirlo, a través del filtro, al vial con el resto del diluyente (conc. final: 10.000 ng/ml), estabilidad: 12 h a 25°C (PL) ó 48 h a 2-8°C (PL) + 8 h a 25°C (PL). Administración a través de acceso venoso central y bomba, con adecuada monitorización hemodinámica.

### ■TICLOPIDINA, CLORHIDRATO

Ticlopidina<sup>®</sup>

• Comp 250 mg

DH

**Ad:** Prevención de ACV recurrente o inicial tras AIT, episodios trombóticos coronarios en claudicación intermitente, episodios trombóticos arteriales en diabéticos con retinopatía diabética progresiva, trastornos plaquetarios en circulación extracorpórea o hemodiálisis crónica: 250 mg x 2 v/d VO. Angioplastia con stent: 250 mg x 2 v/d VO (asociado a AAS 100 mg/d) x 4 sem. Tomar con comida principal y cena (aumenta la absorción y reduce incidencia de alteraciones gastrointestinales).

- ☞ Eficacia similar o marginalmente superior al AAS en prevención de ACV pero con mayor incidencia de efectos 2<sup>arios</sup> a nivel hematológico (agranulocitosis 0,8%, anemia aplásica 1/25.000 y púrpura trombocitopénica trombótica) usualmente en los 3 primeros meses de tto. Realizar rigurosos controles hematológicos c/15 d, al menos los 3 primeros meses de tto. Alternativa a considerar cuando no se tolera el AAS.

### ■TIROFIBAN

Agrastat®

• Vial 12,5 mg/250 ml (50 mcg/ml)

$\infty^2$ , H

$\infty^2$  Unidad Coronaria. Síndrome coronario agudo - angina inestable o IAM sin onda Q - de alto riesgo: **Ad:** 0,4 mcg/kg/min x 30 min, seguido InfIV de 0,1 mcg/kg/min x 48 h + AAS (100-300 mg/d) y HNF.

- ☞ Reduce la incidencia de IAM (30 d) e isquemia refractaria (6 m) sin efecto significativo sobre la mortalidad. Contraindicado en situaciones de alto riesgo hemorrágico (cirugía mayor o traumatismo importante en las últimas 6 sem), hemorragia activa o reciente, ictus en los 30 d previos o cualquier antecedente de ictus hemorrágico, trombocitopenia (< 100.000 /mm<sup>3</sup>), alteraciones de la coagulación e IH grave.

### ■TRIFLUSAL

Disgren®

• Cáps 300 mg

**Ad:** 300-900 mg/d VO, con comidas.

- ☞ Antiagregante plaquetario de investigación española, estructuralmente relacionado con el AAS e igual mecanismo de acción, pero con menos experiencia clínica, eficacia **no** establecida satisfactoriamente y alto coste.

**B02 - HEMOSTÁTICOS****B02A - ANTIFIBRINOLÍTICOS****■ ÁCIDO TRANEXÁMICO**

*Amchafibrin®* • Amp 500 mg/5 ml

**Ad:** 0,5-1 g/8-12 h IVdir (a velocidad  $\geq$  1 ml/min) o InfIV, o inicio 0,5-1 g/4-6 h IM y mantenimiento= 0,5 g/8-12 h IM, ó 1-1,5 g x 2-3 v/d VO. Contraindicado en CID y en pacientes con hematuria por alteración del tracto urinario superior.

☞ Intercambiable terapéuticamente con el ácido aminocaproico (Caproamin®).

**■ APROTININA**

*Trasylo®* • Vial 500.000 K.I.U./50 ml (70 mg/50 ml) H

**Ad:** 1-2 mill K.I.U. (unidades inhibitoras de kalicraína) InfIV 15-20 min (máx= 5-10 ml/min), tras la inducción anestésica y previo a la esternotomía. Añadir 1-2 mill de K.I.U. a la bomba de corazón-pulmón artificial y administrar 250.000-500.000 K.I.U/h hasta el fin de la intervención (máx= 7 mill K.I.U.). Debido al riesgo elevado de una reacción de hipersensibilidad y, sobre todo, en pacientes tratados en los últimos 6 meses con aprotinina (5%), administrar una dosis de prueba: 1 ml (10.000 K.I.U.) 10 min antes de la dosis de choque, aunque no descarta una reacción anafiláctica con la dosis terapéutica. Puede administrarse 15 min antes un antiH<sub>1</sub> (p.ej. dexclorfeniramina) y un antiH<sub>2</sub> (p.ej. ranitidina).

☞ Indicado en cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, disminuye las necesidades de transfusiones sanguíneas. No se recomienda su uso en una 1ª intervención por la sensibilización que produce, dificultando su uso en posibles intervenciones futuras. Reservar para aquellos casos en que se prevea la necesidad de una transfusión (pacientes reintervenidos con sangrado anterior), o cuando ésta no vaya a poderse realizar si fuera necesaria.

**B02B1 - VITAMINA K****■ FITOMENADIONA**

*Konakion®* • Amp 10 mg/1 ml  
*Konakion Pediátrico®* • Amp 2 mg/0,2 ml

**Ad:** Sobredosis de anticoagulantes: ver en acenocumarol pág.45. Hipoprotrombinemia por otras causas: 2-25 mg y repetir si fuera necesario. Nutrición parenteral: 5-10 mg/sem IM. **Nñ:** Enf. hemorrágica del recién nacido: profilaxis, 2 mg VO al nacer y repetir 4-7 d después, ó 1 mg IM dosis única si no puede garantizarse el cumplimiento o en niños de alto riesgo (no exceder 0,4 mg/kg en prematuros < 2,5 kg); tratamiento, 1 mg IM o IV y repetir c/8 h si fuera necesario. Hipoprotrombinemia por otras causas: 2-10 mg VO, IM o IV. Nutrición parenteral: 2-5 mg/sem IM. **Las ampollas pueden administrarse por vía oral.** La vía IM no se recomienda si hipoprotrombinemia grave, por el riesgo de formación de hematomas.

**B02B3 - FACTORES DE COAGULACIÓN**

■ **FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE (EPTACOG ALFA)**

Novoseven® • Vial 1,2 mg (60 KIU) ❄️, 📄<sup>1</sup>, H

**Ad:** Hemorragias severas en pacientes con hemofilia heredada o adquirida con inhibidores a Factor VIII o Factor IX > 10 UB o en pacientes con títulos de anticuerpos < 10 UB que se espera que tengan una respuesta anamnésica alta al Factor VIII o al Factor IX: inicio 90 mcg (4,5 KIU)/kg/2 h IVdir en 2-5 min y seguir según necesidades con 60-120 mcg (3-6 KUI)/kg/4-12 h.

■ **FACTOR VIII, CONCENTRADO HUMANO**

Fanhdí® • Vial 500 UI 📄<sup>1</sup>, H

1 UI/kg incrementa la actividad plasmática de FVIII aprox. un 2%. Reconstituir cada vial con 10 ml de API, administrar la dosis pautada por Hematología a una velocidad entre 3-10 ml/min. Utilizar la solución reconstituida antes de 3 h.

■ **FACTOR IX, CONCENTRADO HUMANO**

Immunine Stim Plus® • Vial 600 UI ❄️, 📄<sup>1</sup>, H

1 UI/kg incrementa la actividad plasmática de FIX aprox. un 0,8%. Reconstituir cada vial con 10 ml de API, administrar la dosis pautada por Hematología a una velocidad ≤ 2 ml/min. La solución reconstituida debe administrarse lo antes posible.

■ **FACTORES II, VII, IX, X, CONCENTRADO HUMANO (COMPLEJO DE PROTROMBINA)**

Prothromplex Immuno

TIM 4® • Vial (600 + 500 + 600 + 600) UI ❄️, 📄<sup>1</sup>, H

Reconstituir cada vial con 20 ml de API, administrar la dosis pautada por Hematología a una velocidad ≤ 5 ml/min. Utilizar la solución reconstituida antes de 3 h.

**B02B6 - HEMOSTÁTICOS TÓPICOS**

■ **SISTEMA ADHESIVO DE FIBRINA**

Tissucol Duo® • Jer 2 ml ❄️❄️, H  
• Jer 5 ml ❄️❄️, H

**Ad:** Tto coadyuvante para conseguir la hemostasia en hemorragias en sábana, sellado y/o adhesión de tejido en intervenciones quirúrgicas: aplicación local, en función del tamaño de la superficie a tratar y del método de aplicación. Una vez descongelado puede utilizarse hasta 36 h después, conservado a TA, no volver a congelar o refrigerar.

**B03 - ANTIANÉMICOS**

**B03A - SUPLEMENTOS DE HIERRO**

① La absorción intestinal de Fe es mayor cuanto mayor es el déficit del mismo e inversamente proporcional a la dosis administrada. Se absorben mejor las sales

ferrosas ( $\text{Fe}^{2+}$ ) que las férricas ( $\text{Fe}^{3+}$ ). Los alimentos interfieren la absorción. Los efectos gastrointestinales dependen de la dosis y probablemente una mejor tolerancia se debe a una menor liberación de Fe por el preparado. Administrar preferentemente con estómago vacío para aumentar la absorción oral. Si molestias gástricas, administrar con alimentos y/o comenzar con dosis bajas y ajustar según tolerancia. 100-200 mg/d  $\text{Fe}^{2+}$  proporciona un incremento de Hb de 0,2 g/100 ml/d ó 2 g/100 ml/3-4 sem.

Los antiácidos y la colestiramina disminuyen significativamente la absorción de Fe: espaciar su administración 2 h (4 h para la colestiramina). El Fe disminuye la absorción de las quinolonas (valorar el cambio de antibiótico o administrarlo por vía IV, o interrumpir la administración de Fe) y de la levotiroxina (separar su administración tanto como sea posible y monitorizar la función tiroidea). La administración de tetraciclinas y Fe disminuye la absorción de ambos (separar la administración 2-3 h).

#### ■ HIERRO (II), SULFATO

*Fero Gradumet*®

• Comp 525 mg (105 mg de  $\text{Fe}^{2+}$ )

*Tardyferon*®

• Gg 270 mg (80 mg de  $\text{Fe}^{2+}$ )

**Ad:** Tto anemia ferropénica: 1 comp o gg/12-24 h. Mantener aprox. 3 meses después de que los valores de Hb se normalicen, para restaurar los depósitos de Fe.

#### ■ HIERRO (II), LACTATO


*Cromatonbic Ferro*®

• Vial bebible 157,1 mg (37,5 mg de  $\text{Fe}^{2+}$ )/12 ml

Tto anemia ferropénica: **Ad:** 1-2 viales/8 h. **Niñ > 2a:** 3 mg (de  $\text{Fe}^{2+}$ )/kg/d en 3-4 dosis. **Niñ 6m-2a:** 6 mg (de  $\text{Fe}^{2+}$ )/kg/d en 3-4 dosis. **Niñ < 6 m:** 10-25 mg (de  $\text{Fe}^{2+}$ )/d en 3-4 dosis. Mantener aprox. 3 meses después de que los valores de Hb se normalicen, para restaurar los depósitos de Fe. Las soluciones orales de Fe pueden colorear los dientes, administrar diluido y con la ayuda de una paja y extremar la higiene dental.

#### ■ HIERRO (III), SORBITEX

*Yectofer*®

• Amp 100 mg/2 ml (100 mg de  $\text{Fe}^{3+}$ ) 

**Ad y Niñ:** 1,5 mg de  $\text{Fe}^{3+}$ /kg/d IM profunda (máx= 100 mg/d). La duración del tto dependerá de los niveles de Hb, prolongando 5-10 d más para restablecer los depósitos de hierro. Utilizar cuando no sea posible la VO. No administrar IV.

#### ■ HIERRO (III), SACAROSA

*Venofer*®

• Amp 100 mg (de  $\text{Fe}^{3+}$ )/5 ml

H

**Ad:** Tto del déficit de Fe en pacientes donde los preparados de Fe oral no se toleran o no son eficaces: 100 mg InfIV de  $\geq 30$  min (en 100 ml SF) o IVdir en  $\geq 5$  min, x 3 v/sem, máx= 200 mg x 3 v/sem (menor riesgo de hipotensión y extravasación con la InfIV). Administrar los primeros 25 mg de la InfIV durante 15 min o una dosis prueba de 20 mg (1 ml) en IVdir de 1-2 min y esperar 15 min, para descartar reacción de hipersensibilidad. No administrar por vía SC o IM y, después de la administración IV, extender y elevar el brazo aplicando presión en el punto de inyección durante al menos 5 min para reducir el riesgo de extravasación (la solución es muy alcalina).

### **B03B - VITAMINA B<sub>12</sub> SOLA**

#### ■ CIANOCOBALAMINA (Vit B<sub>12</sub>)

Optovite B<sub>12</sub>®

- Amp 1 mg/2 ml

**Ad:** Profilaxis del déficit por gastrectomía o síndromes de malabsorción: 250-1000 mcg/mes IM ó 1 mg/d VO. Anemia perniciosa y otras anemias: 250-1000 mcg/48 h IM x 1-2 sem, seguido de 250 mcg/sem hasta recuentos sanguíneos normales, después D de mantenimiento de 1 mg/mes IM ó 1 mg/d VO. La cantidad de vit B<sub>12</sub> retenida por el organismo tras una inyección de 1000 mcg es un 15% (150 mcg). En pacientes con depósitos cubiertos, la administración mensual de 1000 mcg cubre las necesidades diarias (aprox 2 mcg), por lo que la forma "depot" no presenta ninguna ventaja frente a la presentación convencional. Por otro lado hay evidencias de que aún con déficit de factor intrínseco, al administrar dosis elevadas de vit B<sub>12</sub> VO se produce una absorción por difusión pasiva capaz de cubrir las necesidades diarias, convirtiéndose la ampolla bebida de 1000 mcg/día en una alternativa a la inyección IM de 1000 mcg/mes.

### **B03C1 - ÁCIDO FÓLICO SOLO**

#### **■ÁCIDO FÓLICO**

Acfol®

- Comp 5 mg

**Ad:** Profilaxis y tto de anemia megaloblástica: 5 mg/d x 4 meses, si malabsorción 15 mg/d, si hemólisis crónica o diálisis 5 mg/1-7 d. Profilaxis de defectos en el tubo neural en mujeres con antecedentes de feto o hijo con defectos en el mismo: 5-10 mg/d desde 4 sem antes de la concepción y 1<sup>er</sup> trimestre del embarazo.

#### **■FOLINATO CÁLCICO**

Lederfolin®

- Comp 15 mg

Folidan®

- Vial 50 mg
- Vial 350 mg

H

**Ad:** Cáncer colorrectal avanzado: 20 mg/m<sup>2</sup> IVdir, seguido de fluorouracilo (425 mg/m<sup>2</sup>) x 5 d c/28 d. Terapia de rescate de altas dosis de metotrexato: a las 6-24 h después del metotrexato, hasta 120 mg en las primeras 12-24 h IM, IVdir o InfIV, seguido de 12 mg/6 h IM x 48-72 h. Antídoto en sobredosificación por trimetoprim, pirimetamina: 5-50 mg/d VO pc según recuentos hemáticos. Antídoto en sobredosificación por metotrexato: dentro de la 1<sup>a</sup> h y no más tarde de 4 h, 75 mg InfIV en 12 h, seguido de 12 mg/6 h IM ó 7,5 mg/6 h VO pc x 24 h.

### **B03C2 - OTROS ANTIANÉMICOS**

#### **■DARBEPOTEIN ALFA**

Aranesp®

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| • Jer 20 mcg/0,5 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |
| • Jer 30 mcg/0,3 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |
| • Jer 40 mcg/0,4 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |
| • Jer 50 mcg/0,5 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |
| • Jer 60 mcg/0,3 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |
| • Jer 80 mcg/0,4 ml | ✱, ⚡ <sup>2</sup> , H |

⚡<sup>2</sup> Nefrología. **Ad y Nñ ≥ 11a:** Anemia asociada a IR crónica: inicio 0,45 mcg/kg/sem SC o IV y ajustar dosis c/2-4 sem para Hb 10-12 g/dl. Conversión de eritropoyetina a

darbepoetin: 200 UI de epoetin = 1 mcg darbepoetin SC; si epoetin x 2-3 v/sem, dar darbepoetin c/sem y si epoetin x 1 v/sem, dar darbepoetin c/2 sem.

- ☞ Asociar hierro 100 mg/d VO (para ferritina > 100 mcg/L y saturación de transferrina > 20%). Contraindicada en HTA no controlada.

#### ■ERITROPOYETINA

<b>Eprex®</b>	• Jer 1.000 UI/0,5 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H
	• Jer 2.000 UI/0,5 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H
	• Jer 3.000 UI/0,3 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H
	• Jer 4.000 UI/0,4 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H
	• Jer 5.000 UI/0,5 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H
	• Jer 6.000 UI/0,6 ml	✱, ⚡ <sup>2</sup> , H

⚡<sup>2</sup> Nefrología y Neonatología. Anemia asociada a IR crónica: **Ad**: dosis semanal entre 75-300 UI/kg IV dividido en 1-3 dosis, ajustar dosis a razón 25-50 UI/kg/4 sem para hematocrito de 30-36 % (Hb 10-12 g/dl). **Nñ**: 50 UI/kg IV x 3 v/sem (para Hb = 9,5-11 g/dl). Prevención de anemia de prematuros de peso inferior a 1.500 g y edad gestacional < 34 sem: **Neonatos**: 250 UI/kg SC 3 v/sem x 6 sem. Iniciar tto antes del 3<sup>er</sup> día de vida. Asociar Fe<sup>2+</sup> a partir del 14<sup>o</sup> día de vida, 2 mg/d VO.

<b>NeoRecormon®</b>	• Jer 10.000 UI/0,6 ml	✱, ⚡ <sup>3</sup> , H
---------------------	------------------------	-----------------------

**Ad**: Anemia asociada a quimioterapia en adultos con cáncer (protocolo de farmacoterapia): 150 UI/kg SC x 3 v/sem, si no respuesta a las 4 sem (incremento de Hb < 1g/dl y reticulocitos < 40.000 células/ml) suspender; no incrementar la D a 300 UI/kg x 3 v/sem (probabilidad de respuesta ≤ 6%).

- ☞ Asociar hierro 100 mg/d VO (para ferritina > 100 mcg/L y saturación de transferrina > 20%). Contraindicada en HTA no controlada. En anemia asociada a quimioterapia en Ad con neoplasias no mieloides, considerar el uso de EPO sólo si la anemia se debe a un efecto directo del citostático sobre la médula ósea (después de 1-2 ciclos) y no por depleción de ácido fólico, hierro, hemorragia gastrointestinal u otras causas. En pacientes con nivel de EPO sérica basal > 200 mU/ml no se recomienda el tto.

## **B04 - PREPARADOS HIPOLIPEMIANTES / ANTIATEROMATOSOS**

#### ■COLESTIRAMINA

<b>Resincolestiramina®</b>	• Sb 4 g
----------------------------	----------

Hiperlipidemia: **Ad**: 12-16 g/d en 2-4 tomas VO ac (máx= 36 g/d). **Nñ >6a**: 80 mg/kg c/8 h VO ac. Prurito asociado a ictericia por obstrucción biliar: **Ad**: 4-8 g/d VO ac. Tomar 30 min antes de las comidas disuelto en un vaso de líquido (sopa, zumo, leche, agua).

- ☞ Útil asociada a la dieta en hipercolesterolemia primaria (tipo IIa y IIb) con triglicéridos < 300 mg/dl. Mala tolerancia gastrointestinal que suele mejorar con el uso. El estreñimiento se puede controlar reduciendo la dosis, incrementando la fibra de la dieta o con ablandadores de heces. Disminuye o retrasa la absorción de numerosos medicamentos (anticoagulantes orales, digoxina, antidiabéticos orales, hormonas

tiroideas, gemfibrozilo, etc...), para evitarlo, administrarlos 1 h antes ó 4-6 h después.

### ■ GEMFIBROZILO

*Lopid*® • Comp 600 mg

**Ad:** Hiperlipidemia: 600 mg/12 h (máx= 1.500 mg/d) VO ac. Tomar 30 min antes del desayuno y cena.

☞ Útil asociado a la dieta en hiperlipidemias tipo IV y V con hipertrigliceridemia severa y asociado a colestiramina en hiperlipidemia familiar combinada. Disminuye triglicéridos y VLDL-colesterol e incrementa HDL. Derivado del ácido clofíbrico de elección por posible disminución de la mortalidad global en tratamientos prolongados. Asociado a estatinas puede potenciar el riesgo de miopatías.

### ■ PRAVASTATINA

*Pravastatina*® • Comp 20 mg  
• Comp 40 mg

**Ad:** Hiperlipidemia: 10-40 mg/24 h VO hs, ajustar D c/4 sem, máx= 40 mg/24 h. Hipercolesterolemia familiar homocigótica: inicio 10 mg/24 h VO, máx= 40 mg/24 h hs. Cardiopatía coronaria: inicio 20 mg/24 h VO hs y ajustar, si factores de riesgo iniciar con 40 mg/24 h. Si se combina con resinas de intercambio iónico (efecto aditivo), administrar 4 h después de la resina.

☞ Útil asociada a la dieta en hiperlipoproteinemias tipo IIa y IIb, y prevención 2<sup>aria</sup> del IAM. Precaución en IR, IH e historia de abuso de alcohol. Suspender tto con: elevación prolongada o > 3 veces el valor normal máx. de transaminasas, aumento > 5 veces el valor normal máx de creatin-quinasa, mialgias, miositis o rabdomiolisis.

### ■ SIMVASTATINA

*Zocor*® • Comp 10 mg  
*Zocor Forte*® • Comp 40 mg

**Ad:** Hiperlipidemia: 5-10 mg/24 h VO pc, ajustar dosis c/4 sem, máx= 80 mg/24 h en una sola toma. Hipercolesterolemia familiar homocigótica: 40 mg/24 h ó 80 mg/d VO pc en 3 tomas. Cardiopatía coronaria: 20 mg/24 h VO pc. Tomar en dosis única con la cena. Si se combina con resinas de intercambio iónico (efecto aditivo), administrar 4 h después de la resina.

☞ Útil asociada a la dieta en hiperlipoproteinemias tipo IIa y IIb, y prevención 2<sup>aria</sup> del IAM. Precaución en IR e historia de abuso de alcohol, contraindicada en IH. Suspender tto con: elevación prolongada o > 3 veces el valor normal máx. de transaminasas, aumento de creatin-quinasa, mialgias, miositis o rabdomiolisis.

## **B05 - SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSIÓN**

### **B05A1 - SUSTITUTOS DEL PLASMA**

#### ■ DEXTRANO-40

*Rheomacrodex Salino*® • Vial 10 % 500 ml en SF

**Ad:** Shock: 500 ml IV en 15-30 min, el resto lentamente, monitorizando presión venosa central (máx= 20 ml/kg/d el 1<sup>er</sup> día y 10 ml/kg/d el 2<sup>o</sup> día, máx= 5 d). Profilaxis

tromboembólica postquirúrgica: 500-1.000 ml ó 10 ml/kg IV el día de la intervención, luego 500 ml/d x 2-3 d; se puede continuar con 500 ml/2-3 d x 10 d.

- ☞ Vigilar cuidadosamente la primera infusión, riesgo de reacciones de hipersensibilidad y raramente shock anafiláctico. Interfiere con tipaje sanguíneo y determinaciones analíticas, obtener muestras antes de la infusión.

#### ■HIDROXIETILALMIDÓN

Voluven®

- Bolsa 6 % 500 ml

Shock hipovolémico: **Ad**: inicio 10-25 ml/min InfIV, vigilar estrechamente posible reacción anafiláctica; mantenimiento según pérdidas y evolución clínica, dosis habitual= 20 ml/kg/d InfIV (500-1.000 ml/d), máx= 50 ml/kg/d. En shock hemorrágico se requiere mayor velocidad de infusión (hasta 20 ml/kg/h ó 0,33 ml/kg/min), que en shock séptico o por quemaduras. **Nñ < 10 a**: máx= 15 ml/kg/h.

- ☞ Expansor plasmático, coloide artificial, de elección en estados hipovolémicos 2<sup>arios</sup> a shock de distinto origen (hemorrágico, traumático, séptico) y cuando la reposición de volumen mejora la perfusión tisular. Eficacia similar a dextranos, con menor riesgo de anafilaxia y no interfiere con tipaje sanguíneo. Monitorizar presión venosa central durante la infusión rápida. Precaución en ICC, edema pulmonar, IR y/o IH crónicas y alteraciones de la coagulación.

#### ■GELATINA

Gelafundina®

- Vial 4% 500 ml

**Ad**: Expansor plasmático: 500-1.000 ml InfIV, en situaciones de urgencia administrar los primeros 500 ml en 20 min.

- ☞ La liberación de histamina es la causa de los efectos 2<sup>arios</sup>: eritema, urticaria, hipotensión, hipercalcemia y raras veces anafilaxia, mayor riesgo en pacientes con asma. La infusión rápida favorece la aparición de reacciones causadas por histamina. No interfiere en la coagulación. Menor efecto expansor y mayor incidencia de reacciones de hipersensibilidad que el hidroxietilalmidón.

### **B05A2 - SANGRE, INCLUIDO PLASMA**

#### ■ALBÚMINA HUMANA

Albúmina Humana<sup>G</sup>

- Vial 5 % 250 ml (Na 130-160 mEq/l)
- Vial 5 % 500 ml (Na 130-160 mEq/l)
- Vial 20 % 50 ml (Na 130-160 mEq/l)

Paracentesis evacuadora en ascitis (prevención de hipovolemia): **Ad**: 6-10 g (30-50 ml de albúmina al 20%)/ litro extraído en InfIV de 1 ml/min como máx. Expansión plasmática en shock hipovolémico: **Ad**: 20-50 g (100-250 ml de albúmina al 20%) en InfIV de 2 ml/min, cuando volumen plasmático normal reducir a 1 ml/min, repetir si es necesario a los 10-30 min; máx= 6 g (30 ml de albúmina al 20%)/kg/d. En hipovolemia severa es preferible la albúmina al 5%. **Nñ**: 0,5-1 g (2,5-5 ml de albúmina al 20%)/kg/dosis en InfIV de 2 ml/min para corregir shock; máx= 6 g (30 ml de albúmina al 20%)/kg/d. Tto a corto plazo de hipoproteïnemia: **Ad**: inicio 20-50 g (100-250 ml de albúmina al 20%) en InfIV de 1 ml/min, repetir si es necesario c/1-2 d, máx= 2 g (10



ml de albúmina al 20%/kg/d ó 250 g (1250 ml) en 48 h. **Nñ:** 0,5-1 g (2,5-5 ml de albúmina al 20%/kg/dosis en 2-4 h, repetir cada 1-2 d o según cálculo de pérdidas. Individualizar dosis para mantener una albuminemia de 2-3 g/100 ml o una presión oncótica de 20 mm Hg (equivalente a 5,2 g/100 ml de proteínas totales) y ajustar dosis según respuesta clínica y presión arterial. En pacientes con volumen sanguíneo normal, velocidad de infusión 1 ml/min si vial 20% y 5 ml/min si vial al 5% (velocidad máxima de infusión: 2 ml/min para vial al 20% y 30 ml/min para vial al 5%).

☞ No utilizar en situaciones que se puedan tratar con expansores del plasma ni en la hipoalbuminemia por déficit nutricional. En el tto de la desnutrición, utilizar un aporte adecuado de proteínas y calorías como nutrición artificial (la albúmina no es una fuente apropiada de proteínas, no contiene todos los Aa esenciales y tiene un alto costo). El uso en pacientes críticos puede asociarse a un ligero incremento de la mortalidad en comparación a cristaloides solos.

## **B05B - SOLUCIONES IV PARA NUTRICIÓN PARENTERAL**

### **B05B1 - AMINOÁCIDOS Y/O DERIVADOS PROTEICOS**

#### **■ AMINOÁCIDOS (composición en tabla)**

<i>Aminosteril</i> ® 8,5 %	• Vial 1 L	NP
<i>Aminosteril</i> ® 10 %	• Vial 1 L	NP
<i>Aminosteril</i> ® N-HEPA 8%	• Vial 500 ml	NP
<i>Aminopaed</i> ® 10 %	• Vial 250 ml	NP
<i>Nephramine</i> ®	• Vial 250 ml	NP
<i>Vamin</i> ® 18	• Vial 1 L	NP

Para asegurar la síntesis proteica, es necesario que los aminoácidos vayan acompañados de un aporte calórico no proteico (glucosa y/o lípidos) de 120-180 Kcal/g de nitrógeno.

#### SOLUCIONES DE AMINOÁCIDOS (TABLA DE COMPOSICIÓN)

Composición/L	Aminos- teril 8,5%	Aminos- teril 10 %	Vamin 18	Aminosteril N-HEPA 8%	Aminopaed 10 %	Nephra- mine
Nitrógeno (g)	13,3	15,3	18,5	12,9	15,2	6,4
Aa totales (g)	85	100	114	80	101	53,5
Aa esenciales (%)	43	43	45	58	42	95
Aa ramific. (%)	18	18	18,4	42	18,8	39
mOsm/l	820	965	1043	770	740	440
Kcal/l	340	400	460	320	380	224
Indicación	manten.	manten.	manten.	EH <sup>1</sup>	pediat.	IR <sup>2</sup>

Na (mEq/L)	0	0	0	0	0	6
K (mEq/L)	0	0	0	0	0	0
Cl (mEq/L)	0	0	0	0	0	0
Mg (mEq/L)	0	0	0	0	0	0
Acetato (mEq/L)	0	0	0	162	0	44
P (mMol/L)	0	0	0	0	0	0

Nota (1): Indicado en encefalopatía hepática (EH) en pacientes que no han podido ser controlados con Aa estándar.

Nota (2): Indicado en insuficiencia renal (IR) con bajo índice de estrés, siempre que no puedan ser mantenidos con Aa estándar e interese retrasar la diálisis.

### **B05B2 - LÍPIDOS**

#### **■ LÍPIDOS (composición en tabla)**

*Intralipid® 20%*

- Bolsa 100 ml
- Bolsa 250 ml
- Bolsa 500 ml

NP

NP

NP

*Lipofundina MCT/LCT 20%*

- Vial 500 ml

NP

Fuente calórica. No aportar como lípidos más del 60% de las Kcal no proteicas totales. Las necesidades de ácidos grasos esenciales en adultos se cubren con unos 100 ml de lípidos al 20% a la semana.

#### SOLUCIONES DE LÍPIDOS (TABLA DE COMPOSICIÓN)

Composición/500ml	Intralipid 20 %	Lipofundina 20 %
Trigliceridos LCT aceite de soja (g)	100	50
Trigliceridos MCT (g)	0	50
Glicerol (g)	11	12,5
Lecitina de yema de huevo (g)	6	6
Grasas totales (g)	100	100
mOsm/L	265	300
Kcal	1.000	995
P (mMoles)	7,5	7,5

### **B05B3 - HIDRATOS DE CARBONO**

#### ■ **GLUCOSA (DEXTROSA)**

<i>Glucosado 5%</i>	• Ver en B05C1	
<i>Glucosado 10%</i>	• Vial 250 ml	
	• Vial 500 ml	
<i>Glucosado 20%</i>	• Vial 500 ml	NP
<i>Glucosado 30%</i>	• Vial 500 ml	NP
<i>Glucosado 50%</i>	• Vial 500 ml	NP
<i>Glucosado 70%</i>	• Vial 500 ml	NP
<i>Glucosmon®</i>	• Amp 33 % 10 ml	

Al suspender la administración de soluciones concentradas, administrar glucosado al 5 ó 10 % con el fin de evitar una posible hipoglucemia de rebote.

#### SOLUCIONES DE GLUCOSA (TABLA DE COMPOSICIÓN)

Composición/L	5%	10%	20%	30%	50%	70%
Glucosa (g/L)	50	100	200	300	500	700
mOsm/L	278	555	1.110	1.665	2.780	3.890
Kcal/L	200	400	800	1.200	2.000	2.800
Vía (Cen, Per)*	Per	Per/Cen	Central	Central	Central	Central

Nota (\*): Cen = Vía Central / Per = Vía Periférica.

### **B05C - SOLUCIONES IV RESTAURADORAS DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO**

#### **B05C1 - ELECTROLITOS**

##### ■ **GLUCOSA 5% (DEXTROSA 5%)**

- Glucosado 5%*
- Vial plástico 100 ml
  - Vial plástico 250 ml
  - Vial plástico 500 ml

Ver aportes y otras concentraciones disponibles en B05B3 (pág.60).

■ **SODIO, CLORURO 0,9 %**

- Salino 0,9%*
- Amp plástico 10 ml
  - Vial plástico 50 ml
  - Vial plástico 100 ml
  - Vial plástico 250 ml
  - Bolsa 500 ml
  - Vial plástico 500 ml

*Fluidoterapia de mantenimiento:* **Ad:** se desaconseja administrar > 1.000 ml/d por el aporte excesivo de sodio (dar el resto del volumen como G5%, añadiendo potasio). Para 3.000 ml de fluidoterapia, con 1.000 ml de SF y 2.000 ml de G5%, se aporta 154 mEq/l de sodio y 400 Kcal. Si existe patología renal o cardíaca los aportes deberán ser más bajos. **Nñ:** 3-4 mEq/kg/d ó 25-40 mEq/kcal/d, máx= 100-150 mEq/d. **Neonato a término:** hasta 4 mEq/kg/d. **Prematuro:** 2-8 mEq/kg/d. La solución isotónica de cloruro sódico, aporta los principales iones extracelulares: cloruro 154 mEq/l, sodio 154 mEq/l, osmolaridad: 307 mOsm/l.

■ **SODIO, CLORURO 0,45%**

- Cloruro Sódico 0,45%<sup>FM</sup>* • Vial 500 ml

Aportes: cloruro 77 mEq/L, sodio 77 mEq/L, osmolaridad: 153 mOsm/L.

■ **SODIO, CLORURO 2%**

- Clorurado Hipertónico®* • Vial 500 ml

Aportes: cloruro 342 mEq/L, sodio 342 mEq/L, osmolaridad: 648 mOsm/L.

**B05C2 - ELECTROLITOS ASOCIADOS CON HIDRATOS DE CARBONO**

■ **GLUCOSA + SODIO, CLORURO**

- Glucosalino Isotónico®* • Vial plástico (3,6% + 0,3%) 500 ml

Aportes: cloruro 51,3 mEq/L, sodio 51,3 mEq/L, 144 Kcal/L, 302 mOsm/L (3.000 ml aportan 154 mEq de sodio + 432 Kcal).

- Glucoposalina 1/5®* • Vial cristal (4,7% + 0,18%) 500 ml

Aportes: cloruro 30,8 mEq/L, sodio 30,8 mEq/L, 188 Kcal/L, 320 mOsm/L (3.000 ml aportan 92,4 mEq de sodio + 540 Kcal).

**B05D - SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN**

■ **AGUA BIDEUTILADA**

- Agua Bidestilada<sup>G</sup>* • Amp plástico 10 ml  
• Vial plástico 1 L (tapón de rosca)
- Aqua Ecolav* • Vial plástico 250 ml

- Vial plástico 1 L

■ **SODIO, CLORURO 0,9%**

*Cloruro Sódico*<sup>G</sup>

*Fisiológico Ecolav*<sup>®</sup>

*Salina Fisiológica para irrigación*<sup>®</sup>

- Bolsa 1 L
- Vial plástico 250 ml
- Vial plástico 1 L
- Bolsa 3 L

En irrigación urológica existe la posibilidad de absorción sistémica, pudiendo dar lugar a sobrecarga hidrosalina.

■ **GLICINA**

*Glicina 1,5%*<sup>®</sup>

- Bolsa 1,5 % 3 L

Posible absorción sistémica, pudiendo aparecer efectos <sup>2</sup>arios cardiovasculares, pulmonares y alteraciones del balance hidroelectrolítico.

**B05E - SOLUCIONES PARA DIÁLISIS**

■ **SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS**

*Renofundina*<sup>®</sup>

- Distribuye Almacén General.

■ **SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL**

*CAPD-2*<sup>®</sup> *Stay Safe 1,5%*

*CAPD-3*<sup>®</sup> *Stay Safe 4,25%*

*CAPD-4*<sup>®</sup> *Stay Safe 2,3%*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *1,36% PPB-4953G*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *1,36% PPB-5407R*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *1,36% PPB- 5349RC*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *2,27% PPB-5437-R*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *2,27% PPB-4954-G*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *2,27% PPB-5709-RC*

*Dianeal PD1*<sup>®</sup> *3,86% PPB-5359-RC*

*Extraneal*<sup>®</sup> *7,5%*

*Nutrineal*<sup>®</sup> *1,1%*

- Bolsa 2 L (Caja de 4)
- Bolsa 2 L (Caja de 2)
- Bolsa 2 L (Caja de 4)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 5 L (Caja de 2)
- Bolsa 5 L (Caja de 2)
- Bolsa 2 L (Caja de 5)
- Bolsa 2 L (Caja de 1)

**B05F - SOLUCIONES INTRAVENOSAS ADITIVAS Y/O CONCENTRADAS**

■ **OLIGOELEMENTOS**

*OligoStandard*<sup>®</sup>

*Peditrace*<sup>®</sup>

- Vial 10 ml (Ad)
- Vial 10 ml (Niñ)

NP

🌐<sup>1</sup>, NP

Composición/10 ml	Zn	Cu	Mn	Otros
<i>OligoStandard</i> <sup>®</sup>	3 mg	0,5 mg	200 mcg	Cr: 10 mcg
<i>Peditrace</i> <sup>®</sup>	250 mcg	20 mcg	1 mcg	Se: 2 mcg, F: 57 mcg, I: 1 mcg

■ **OLIGOELEMENTO ZINC**

*Oligo-Zinc*<sup>FM</sup>

- Amp 10 mg/10 ml

NP

**■SODIO, CLORURO (HIPERTÓNICO)**

*Cloruro Sódico 20%*<sup>®</sup> • Amp 10 ml (34 mEq/10 ml)

Por su elevada osmolaridad (6.320 mOsm/L) NO inyectar directamente, siempre diluir o añadir a soluciones parenterales.

**B05G - OTRAS SOLUCIONES IV****■AMONIO, CLORURO**

*Cloruro Amónico*<sup>®</sup> 1/6 M • Vial 500 ml

**Ad:** Alcalosis metabólica severa: según clínica, hasta 500 ml de solución 1/6M InfIV en 3-4 h. **Nñ:** Acidificación urinaria: 75 mg/kg/d InfIV repartidos en 4 dosis, máx= 2-6 g/d. Alcalosis metabólica hipoclorémica refractaria: dosis (mEq) = 0,3 x peso(kg) x exceso de bicarbonato (mmol/L), administrar el 50-66% de esta dosis y reevaluar.

**■MANITOL**

*Osmofundina*<sup>®</sup> • Vial 10 % 500 ml (10 g/100 ml)  
• Vial 20 % 250 ml (20 g/100 ml)

**Ad:** Oliguria: D prueba: 0,2 g/kg InfIV de 3-5 min debería producir una diuresis de al menos 30-50 ml/h (si no hay respuesta administrar una 2ª dosis y si no hay respuesta reevaluar al paciente), dosis: 100 g InfIV durante 24 h y ajustar para obtener una excreción urinaria de 30-50 ml/h. Prevención de oliguria: 90-100 g durante la intervención quirúrgica. Reducción de la presión intracraneal: habitualmente máxima reducción con 0,25 g/kg InfIV c/6-8 h. Reducción de la presión intraocular: 1,5-2 g/kg InfIV en 30-60 min (máx efecto tras 1-1,5 h del inicio de la administración, duración 6-8 h). No inyectar IM o SC. El manitol tiene tendencia a precipitar, no administrar si aparecen cristales (se disuelven calentando).

**■SODIO, BICARBONATO**

*Bicarbonato Sódico*<sup>®</sup> 1 M • Amp 8,4 % 10 ml (1 mEq/ml)  
*Venofusin*<sup>®</sup> 1 M • Vial 8,4 % 250 ml (1 mEq/ml)  
*Bicarbonato Sódico*<sup>®</sup> 1/6 M • Vial 1,4 % 250 ml (1 mEq/6 ml)

Acidosis metabólica: inicialmente 2-5 mEq/kg InfIV en 4-8 h. Acidosis metabólica en parada cardíaca: inicio 1 mEq/kg, puede repetirse hasta 0,5 mEq/kg/10 min mientras continúa la parada, haciendo un estrecho seguimiento de los gases arteriales.

☞ La solución de 1,4% = 1/6 M es isotónica, reservar la presentación de 8,4% = 1 M (muy hipertónica) para situaciones de extrema gravedad.

**■SODIO, CLORURO + HEPARINA SÓDICA + OTROS**

*Prontoprime*<sup>®</sup> • Bolsa (0,9% + 5 UI/ml) 1.000 ml

Solución de cebado del circuito extracorpóreo en hemodiálisis, no administrar directamente al paciente. Contiene: cloruro 154 mEq/L, sodio 186 mEq/L, fosfato 32 mEq/L, citrato 6 mEq/L, heparina sódica 5.000 UI/L, osmolaridad: 360 mOsmol/L.

**■SOLUCIÓN CELSIOR**

*Solución Celsius*<sup>FM</sup> • Bolsa 1.000 ml



Solución para lavado y preservación en frío de órganos sólidos para trasplante cardíaco.

■ **SOLUCIÓN DE COLLINS**

*Solución de Collins<sup>FM</sup>* • Vial 500 ml

Mantenimiento de órganos previo al trasplante.

■ **SOLUCIÓN DE REEMPLAZAMIENTO EXTRACELULAR**

*Normaion Restaurador®* • Vial 500 ml

Composición en mEq/L: sodio 137, potasio 10, calcio 5, magnesio 3, cloruro 102, acetato 47, citrato 5,9. Tiene 579 mOsm/L, 50 g de glucosa/L y 200 Kcal/L.

■ **SOLUCIÓN DE RINGER LACTADA**



*Ringer Lactado®* • Vial plástico 500 ml


Composición en mEq/L: sodio 130, potasio 5,4, calcio 2,7, cloruro 111, lactato 27. Tiene 276 mOsm/L. Reposición de pérdidas de líquido extracelular.


**B06 - OTROS PREPARADOS HEMATOLÓGICOS, INCLUIDOS FIBRINOLÍTICOS**

**B06A - FIBRINOLÍTICOS SISTÉMICOS**

■ **ALTEPLASA (rt-PA)**

*Actilyse®* • Vial 50 mg , 


<sup>2</sup> Coronarias. **IAM:** **Ad > 65 kg:** Pauta “acelerada” de 90 min: bolo IV de 15 mg (reconstituir con API hasta 1 mg/ml), seguido 50 mg InfIV en 30 min (diluir con SF hasta 0,2 mg/ml), luego InfIV de 35 mg en 60 min (Dmáx total= 100 mg). **Ad < 65 kg:** bolo IV de 15 mg, después 0,75 mg/kg InfIV en 30 min (máx= 50 mg) y, seguido de 0,5 mg/kg InfIV en 60 min (máx= 35 mg). Asociar heparina (mantener 48 h) y AAS varios meses. **Embolismo pulmonar masivo:** **Ad > 65 kg:** bolo IV de 10 mg en 1-2 min, seguido de 90 mg InfIV en 2 h. **Ad < 65 kg:** máx= 1,5 mg/kg. Administrar heparina para TTPA 1,5-2,5 veces x control.

 La alteplasa (trombolítico de alto costo, 14 veces superior a estreptoquinasa) puede ser superior a la estreptoquinasa en IAM extenso y/o anterior en pacientes de 55-75 años de < 4 h de evolución (E.C. GUSTO). Alternativa cuando la estreptoquinasa esté contraindicada por alergias o infección estreptocócica reciente.

■ **ESTREPTOQUINASA**

*Streptase®* • Vial 750.000 UI 

**Ad:** **IAM:** 1,5 mill U InfIV en 30-60 min (diluir en 50-500 ml de SF), seguido de AAS 150 mg/24h VO.

 Es el trombolítico de referencia, tiene una ventaja pequeña pero estadísticamente significativa en términos de menor incidencia de hemorragia cerebral, es el de menor costo y, además, la eficacia terapéutica de todos los trombolíticos es muy parecida y depende más del tiempo de inicio de tto. Contraindicada en pacientes que hayan sido

tratados con estreptoquinasa o anistreplasa (no incluida en Guía) en los 6 meses anteriores o haber sufrido infecciones estreptocócicas.

#### ■ TENECTEPLASA (TNK-tPA)

<i>Metalyse</i> ®	• Vial 8.000 UI (40 mg)	☞ <sup>2</sup> , H
	• Vial 10.000 UI (50 mg)	☞ <sup>2</sup> , H

☞<sup>2</sup> Coronarias. **Ad:** IAM: 0,5-0,6 mg/kg bolo IV (10 seg), máx= 10.000 UI. Reconstituir con el volumen de diluyente que acompaña al vial e inmediatamente antes de la administración (estabilidad 8 h a 2-8°C), lavar vía con SF si previamente se ha pasado un glucosado (precipita en presencia de glucosa).

- ☞ La tenecteplasa presenta eficacia e incidencia de hemorragias intracraneales similares a la alteplasa, con una incidencia ligeramente menor de hemorragias no cerebrales; administración en bolo único y eficacia demostrada en asociación con enoxaparina.

#### ■ UROQUINASA

<i>Urokinase</i> ®	• Vial 100.000 UI	☞ <sup>1</sup>
	• Vial 250.000 UI	☞ <sup>1</sup>
<i>Urokinasa jer. precargadas</i>	• Jer 7.500 UI/1,5 ml	FN, **

**Ad:** EP/TVP: inicio 4.400 UI/kg InfIV en 10-30 min (diluir en SF), luego 4.400 UI/kg/h x 12-24 h en EP y durante 24-72 h en TVP, continuar con heparina. Oclusión de catéter: instilar el volumen de la sol. de 5.000 UI/ml (jer. precargadas) para completar el volumen interno del catéter en cada rama, aspirar c/5 min hasta restaurar la permeabilidad o esperar 30-60 min antes de aspirar.

- ☞ Indicada en obstrucción vascular reciente, embolismo pulmonar y obstrucción de shunts arterio-venosos. No recomendada en IAM, son de elección estreptoquinasa, alteplasa o tenecteplasa.

#### ■ ■ ESTREPTODORNASA + ESTREPTOQUINASA

<i>Varidasa</i> ®	• Comp 2.500 U + 10.000 U
-------------------	---------------------------

**Ad:** 1 comp/6 h VO.

### **B06B - OTROS PREPARADOS HEMATOLÓGICOS**

#### ■ FILGRASTIM (FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS)

<i>Neupogen</i> ®	• Jer 30x10 <sup>6</sup> U/0,5 ml (300 mcg)	*, ☞ <sup>2</sup> , H
	• Jer 48x10 <sup>6</sup> U/0,5 ml (480 mcg)	*, ☞ <sup>2</sup> , H

☞<sup>2</sup> a Oncología y Hematología. **Ad y Nñ:** Prevención de neutropenia inducida por quimioterapia o radioterapia: 0,5 mill U (5 mcg)/kg/d SC (< 75 kg: 300 mcg/d, ≥ 75 kg: 480 mcg/d), máx= 14 d. Movilización de progenitores de sangre periférica: 1-1,2 mill U (10-12 mcg)/kg/d SC o InfIV (diluido en 100 ml G5%, en perfusión de 30 min). Neutropenia severa crónica (congénita, cíclica e idiopática): 0,5 mill U (5 mcg)/kg/d SC. Vía SC de elección por efecto más duradero y mejor tolerancia.

- ☞ Iniciar tto a las 24-72 h de finalizada la administración de la quimioterapia. La duración del tto en cada ciclo depende del poder aplásico de la quimioterapia administrada y de la reserva medular del paciente, habitualmente de 5 a 14 d máximo. No es



necesario prolongar la administración de C-CSF si habiéndose superado el nadir se ha alcanzado un recuento absoluto de neutrófilos  $>10.000/\text{mm}^3$ . Las artromialgias (10%) y la fiebre (cuadro pseudogripal) responden a los analgésicos habituales (0,5-1 g de paracetamol VO).

■ **PEGFILGRASTIM (FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS)**

Neulasta®

• Jer 6 mg

✱,  $\text{L}^2$ , H

$\text{L}^2$  a Oncología y Hematología. **Ad:** Prevención de neutropenia inducida por quimioterapia: 6 mg SC en dosis única por ciclo.

- ☞ Reservar para pacientes con aplasia medular importante en los que se prevea tto largos (14 d). Iniciar tto a las 24-72 h de finalizada la administración de la quimioterapia y antes de 14 d del siguiente ciclo. Las artromialgias y la fiebre (cuadro pseudogripal) responden a los analgésicos habituales (0,5-1 g de paracetamol VO).

## Grupo C: APARATO CARDIOVASCULAR

### C01 - CARDIOTERAPIA

#### C01A - GLUCÓSIDOS CARDÍACOS Y SIMILARES

##### C01A1 - DIGITÁLICOS

###### ■DIGOXINA

- Digoxina*<sup>G</sup>
- Comp 0,25 mg
  - Amp 0,25 mg/1 ml
- Lanacordin*®
- Sol 0,05 mg/ml (60 ml)

Digitalización rápida (sólo urgencias): **Ad**: 1-1,5 mg VO en 1-3 tomas ó 0,75-1,5 mg InfIV (en SF o G5%) única (en 2 h) o repartidas (en 10-20 min). **Nñ 5-10a**: 25 mcg/kg/d VO o InfIV. **Nñ 2-5a**: 35 mcg/kg/d VO ó InfIV. **Neonatos-Nñ < 2a**: 45 mcg/kg/d VO ó 35 mcg/kg/d InfIV. **Prematuros**: 25-30 mcg/kg/d VO ó 20-30 mcg/kg/d InfIV. Reducir las dosis si el paciente ha recibido digitálicos en las 2 últimas semanas. Digitalización lenta y mantenimiento: **Ad**: 0,125-0,250 mg/d VO o InfIV. **Prematuros y Nñ<10a**: 20-25% de la dosis de carga de 24 h. Ajustar dosis, en los casos necesarios, según niveles plasmáticos (ver anexo 4, pág.208).

☞ En intoxicaciones severas por digoxina, contactar con un farmacéutico del Servicio de Farmacia, no se dispone en el Hospital de los anticuerpos antidigoxina FAB (Digitalis Antidot® vial 80 mg). Cálculo de dosis: Dosis (mg FAB)= digoximemia (ng/ml) x peso (kg) x 0,448; deben transcurrir 8 h desde la última toma (fase distribución) para valor válido de digoxinemia.

###### ■METILDIGOXINA

- Lanirapid*®
- Comp 0,1 mg

**Ad**: Digitalización rápida: 600 mcg/kg/d VO en 3 dosis x 2-4 d. Digitalización lenta: 400 mcg/kg/d VO en 2 tomas x 3-5 d. Mantenimiento: 200-300 mcg/d VO en dosis divididas.

##### C01A3 - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA

###### ■MILRINONA

- Corotrope*®
- Amp 10 mg/10 ml
- H

**Ad**: inicio 50 mcg/kg IV en 10 min, seguido de InfIV 0,375-0,750 mcg/kg/min ajustando la velocidad según respuesta, máx= 1,13 mg/kg/d. Ajustar dosis en IR.

##### C01B - ANTIARRÍTMICOS

###### ■ADENOSINA

- Adenocor*®
- Vial 6 mg/2 ml
- H
- Adenoscan*®
- Vial 30 mg/10 ml
- H

**Ad:** Taquicardia supraventricular paroxística: Tto: bolo 3 mg IV rápido (< 2 seg), si es necesario, a los 2 min administrar 6 mg, y si es necesario, a los 2 min administrar 12 mg, lavar con SF después de cada administración. Diagnóstico: D igual que en tto hasta obtener suficiente información diagnóstica. Imagen de perfusión miocárdica: 140 mcg/kg/min InfIV en 6 min sin diluir (con bomba), iniciando 3 min antes de la inyección del radionúclido y separando los puntos de infusión de ambos. Controlar el ECG, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea durante la administración.

#### ■ AMIODARONA

Trangorex®

- Comp 200 mg
- Amp 150 mg/3 ml

**Ad VO:** Arritmia supraventricular: inicio 200 mg/8 h 1ª sem, 200 mg/12 h 2ª sem, mantenimiento= 200 mg/24 h o la mínima dosis eficaz. Arritmia ventricular: inicio 800-1600 mg/d 1ª-3ª sem o hasta respuesta, 600-800 mg/d 1 mes, mantenimiento= 400 mg/d, administrar en 2-3 tomas pc. **Ad IV:** inicio 5 mg/kg InfIV en 20-120 min (en 250 ml G5%), repetible hasta máx= 1,2 g/d, o si emergencia clínica 150-300 mg IV lenta (> 3 min, en 10-20 ml G5%) y no repetir antes de 15 min, mantenimiento= 10-20 mg/kg/d InfIV (en 250 ml G5%), máx= 1,2 g/d y pasar a VO en cuanto sea posible. No diluir en SF ni en conc < 0,6 mg/ml (150 mg/250 ml).

#### ■ BRETILIO, TOSILATO

Bretylate®

- Amp 500 mg/10 ml



**Ad:** Fibrilación o taquicardia ventricular con alteración hemodinámica: inicio 5 mg/kg IVdir junto con cardioversión eléctrica, si no respuesta evidente a 5 min, repetir dosis o incrementar a 10 mg/kg; si arritmia menos grave: 5-10 mg/kg InfIV en 15-30 min (en SF o G5%, conc ≤ 10 mg/ml) c/1-2 h, mantenimiento= 1-2 mg/min InfIV continua ó 5-10 mg/kg/6 h InfIV en 15-30 min.

#### ■ DIHIDROQUINIDINA

Lentoquine®

- Cáps Retard 250 mg

**Ad:** 500 mg/12 h VO, máx= 1.500 mg/d.

#### ■ FENITOINA

Fenitoina<sup>G</sup>

- Amp 250 mg/5 ml

H

**Ad:** Arritmias auriculares y ventriculares, especialmente las inducidas por intoxicación digitálica: 50-100 mg/10-15 min InfIV (en SF hasta conc 1-10 mg/ml, a velocidad < 25-50 mg/min), hasta reversión de la arritmia o máx= 1 g. Lavar con SF antes y después de la infusión para evitar la irritación venosa. Epilepsia: ver pág. 156.

#### ■ FLECAINIDA

Apocard®

- Comp 100 mg
- Amp 150 mg/15 ml

H

**Ad VO:** Arritmias ventriculares: inicio 100 mg/12 h VO, incrementando en 50 mg/12 h c/3-5 d, máx= 400 mg/d. Arritmias supraventriculares: inicio 50 mg/12 h VO, incrementando en 50 mg/12 h c/3-5 d, máx= 300 mg/d. **Ad IV:** si urgencia vital 2 mg/kg InfIV en 10-30 min (sin diluir o en 50-100 ml G5%), máx= 150 mg, continuar con 1,5

mg/kg/h InfIV 1ª hora y 0,1-0,25 mg/kg/h a partir de 2ª hora; paso a VO: 100 mg VO, disminuyendo la InfIV un 20% por h hasta retirar tras 4 h y repetir dosis por VO a las 12 h después de la 1ª dosis, máx acumulado= 600 mg/24 h.

### ■LIDOCAÍNA

*Lidocaína*<sup>©</sup>

- Vial 2 g/500 ml H
- Amp 2% 10 ml (20 mg/ml)
- Amp 5% 10 ml (50 mg/ml)

**Ad:** Arritmia ventricular: si urgencia vital 100 mg IVdir (en 2 min) seguido de 0,5 mg/kg/5-10 min IVdir (en 2 min), máx acumulado= 3 mg/kg; si paciente más estable 50-100 mg IVdir (en 2 min) y repetir c/5-10 min, máx= 200-300 mg en 1 h, continuar con InfIV 1-4 mg/min reduciendo 1/3 la dosis c/3 h. Anestesia local : ver pág.149.

### ■MEXILETINA

*Mexitil*<sup>®</sup>

- Cáps 200 mg
- Amp 250 mg/10 ml

**Ad VO:** inicio 400 mg, iniciar mantenimiento 2 h después con 200-800 mg/d repartido en 1-4 tomas, si no hay respuesta, puede elevarse la dosis 50 mg/d c/2-3 d, máx= 1.200 mg/d. **Ad IV:** 100-250 mg InfIV a 25 mg/min (diluir en G5%) seguido de 250 mg InfIV (en 1 h), 250 mg InfIV (en 2 h) y 0,5 mg/min InfIV según respuesta y hasta pasar a VO.

### ■PROCAINAMIDA

*Biocoryl*<sup>®</sup>

- Cáps 250 mg
- Vial 1 g/10 ml H

**Ad VO:** 50 mg/kg/d repartido c/4-6 h. **Ad IV:** 100 mg IVdir ( $\geq$  2 min) c/5 min hasta control o máx= 1 g ó 500-600 mg InfIV (en G5%, en 25-30 min) seguido de 2-6 mg/min; esperar 3-4 h para administrar 1ª dosis VO.

### ■PROPAFENONA

*Rytmonorm*<sup>®</sup>

- Comp 150 mg
- Amp 70 mg/20 ml H

**Ad VO:** 150 mg/8 h e incrementar si es necesario c/3-4 d, máx= 300 mg/8 h. **Ad IV:** 0,5-2 mg/kg IVdir (en 5 min) o InfIV (a 0,5-1 mg/min en G5%), máx= 560 mg/24 h.

### ■SOTALOL

*Sotapor*<sup>®</sup>

*Sotalex*<sup>®</sup>

- Comp 160 mg
- Amp 20 mg/2 ml 

**Ad VO:** 80 mg/d en 1-2 tomas y ajustar c/2-3 d hasta 80-160 mg/12 h, máx= 480-640 mg/d. **Ad IV:** Arritmia aguda: 0,2-1,5 mg/kg InfIV (en 10 min) y repetir si es necesario c/6 h.

## C01C - ANALÉPTICOS CARDIORRESPIRATORIOS

### ■ADRENALINA

**Adrenalina<sup>G</sup>**

- Amp 1 mg/1 ml

**Anafilaxia:** **Ad:** 0,3-0,5 mg SC (preferible) o IM, pudiendo repetir c/20-30 min hasta 3 dosis, si la respuesta es inadecuada usar vía IV, diluyendo una ampolla a 1:10 en SF y administrar 3-5 ml c/5-10 min. **Nñ:** 0,01 mg/kg (máx 0,3 mg) SC o IM (preferible), si respuesta inadecuada diluir la ampolla a 1:10 en SF y administrar 0,1 ml/kg IV c/5-10 min. **Resucitación cardiopulmonar:** **Ad:** 0,5-1 mg (7,5-17 mcg/kg) IV, repitiendo si fuera necesario c/3-5 min; algunos autores consideran insuficientes estas dosis, pudiéndose requerir 0,1-0,2 mg/kg (aprox 5-15 mg/dosis) c/5 min. **Nñ:** inicio 0,01 mg/kg, seguido de 0,1 mg/kg c/3-5 min, pudiendo requerirse 0,2 mg/kg en pacientes refractarios. **Asma:** **Ad:** 0,2-0,5 mg SC c/2 h (en ataques severos c/20 min), máx= 3 dosis. **Nñ:** 0,01 mg/kg/dosis (máx= 0,4-0,5 mg/dosis) c/15-20 min hasta 3-4 dosis. No utilizar si coloración parda o existencia de precipitado.

■ **DOBUTAMINA**

**Dobutamina<sup>G</sup>**

- Vial 250 mg/20 ml H

**Ad y Nñ:** *Descompensación cardíaca, shock cardiogénico y shock séptico:* 2,5-20 mcg/kg/min y ajustar según respuesta, máx= 40 mcg/kg/min. Diluir en G5% o SF, conc máx= 5 mg/ml.

■ **DOPAMINA**

**Dopamina<sup>G</sup>**

- Amp 200 mg/10 ml H

**Ad:** *ICC:* inicio 0,5-1 mcg/kg/min, aumentando gradualmente según respuesta, dosis usual: 1-3 mcg/kg/min. *Shock:* inicio 1-5 mcg/kg/min, incrementando gradualmente hasta respuesta, la mayoría de los pacientes responden a la dosis de 20 mcg/kg/min. Diluir en G5% o SF (250 mg en 250-500 ml). No utilizar si color rosáceo o marrón-amarillento.

■ **EFEDRINA**

**Efedrina<sup>FM</sup>**

- Amp 50 mg/1 ml

**Hipotensión:** **Ad:** 25-50 mg IM o SC (puede administrarse en bolo lento IV 10-25 mg), repitiendo dosis si es necesario c/5-10 min, máx= 150 mg/24 h. **Nñ:** 0,2-0,3 mg/kg IM o IV c/4-6 h, por vía SC: 3 mg/kg/d ó 25-100 mg/m<sup>2</sup>/d repartido c/4-6 h.

■ **ISOPRENALINA**

**Aleudrina<sup>®</sup>**

- Amp 0,2 mg/1 ml

**Bloqueo aurículo-ventricular, bradiarritmia severa y shock:** **Ad:** 0,5-10 mcg/min InfIV (en 250-500 ml G5%), máx= 30 mcg/min. **Nñ:** 0,1-1,5 mcg/kg/min InfIV, máx= 2 mcg/kg/min. **Broncoespasmo durante anestesia:** ver pág.176.

■ **LEVOSIMENDAN**

**Simdax<sup>®</sup>**

- Vial 12,5 mg/5 ml \* , 1, H

**Ad:** *Insuficiencia cardíaca grave por shock cardiogénico refractaria a dobutamina:* inicio 12-24 mcg/kg InfIV en 10 min, seguido de 0,1 mcg/kg/min InfIV (0,05-0,2 mcg/kg/min según respuesta), máx= 24 h. Diluir 1 vial en 500 ml de G5% (conc: 0,025 mg/ml), estabilidad solución diluida: 24 h a TA ó 4°C.

**C01D1 - NITRITOS Y SUSTANCIAS RELACIONADAS****■ ISOSORBIDA, DINITRATO**

- Iso-Lacer*® • Comp 5 mg  
*Iso-Lacer Retard*® • Comp Retard 20 mg

**Ad:** *Angina (estable o vasoespástica):* inicio 5-20 mg VO, mantenimiento= 10-40 mg/6 h o c/8-12 h para minimizar tolerancia (última dosis a las 7 de la tarde); retard: inicio 20 mg/12 h, pudiendo aumentar a 40-60 mg/8-12 horas, no masticar ni triturar los comp.

**■ ISOSORBIDA, MONONITRATO**

- Uniket*® • Comp 20 mg  
 • Comp 40 mg  
*Uniket Retard*® • Comp Retard 50 mg

**Ad:** 20 mg/12 h VO pc, para evitar tolerancia: 1ª dosis al levantarse y 2ª dosis 7 h después, máx: 240 mg/d. No masticar ni triturar los comp retard.

- ☞ Principal metabolito activo del dinitrato de isosorbida, sin ventajas clínicas frente a éste y un precio mucho mayor, mismas indicaciones.

**■ NITROGLICERINA**

- Vernies*® • Comp 0,4 mg  
*Solinitrina*® • Gg 0,8 mg  
 • Amp 5 mg/5 ml  
*Solinitrina Fuerte*® • Amp 50 mg/10 ml  
*Trin spray*® • Spray 0,4 mg/pulsión (200 D)  
*Diafusor*® • Parche "5" mg  
 • Parche "10" mg  
 • Parche "15" mg

**Ad:** *Crisis de angina:* SL: 0,4-0,8 mg (masticar y colocar debajo de la lengua) o si sequedad de boca: 1-2 dosis de spray (0,4-0,8 mg), repitiendo c/5 min hasta 3 veces, máx= 10 mg/d. InfIV: inicio 5-10 mcg/min, aumentando en 5-10 mcg c/3-5 min según respuesta, máx= 400 mcg/min, diluir en SF o G5% (conc ≤ 500 mcg/ml) en envase y sistema de infusión sin PVC. Profilaxis de angina: inicio 1 parche de "5" c/24 h, ajustando según respuesta, dosis usual "5"-"10" c/24 h. Nñ: inicio 1 mcg/kg/min InfIV continua, aumentando en 1 mcg/kg/min c/20-60 min hasta respuesta, máx= 10 mcg/kg/min.

- ☞ Aplicar los parches en piel seca, sin pelo, cortes o irritaciones. Se recomienda retirar los parches 10-12 h al día para minimizar el fenómeno de tolerancia. En *Vernies*®, mantener los comp en su envase original y desechar el envase trascurridos 6 meses desde que se abrió por primera vez (escribir fecha de la primera apertura).

**C01D2 - ANTAGONISTAS DEL CALCIO****■ AMLODIPINA**

- Norvas*® • Comp 5 mg  
 • Comp 10 mg

**Ad:** HTA o angina de pecho (estable o vasoespástica): 5-10 mg/24 h VO, máx= 10 mg/d, en ancianos o si IH iniciar con 2,5-5 mg/24 h.

■ **DILTIAZEM**

*Masdil®*

- Comp 60 mg
- Comp Retard 120 mg
- Amp 25 mg

**Ad:** HTA o angina de pecho (estable o vasoespástica, en inestable como alternativa a los nitratos y/o β-bloqueantes): 30-60 mg/8 h (comp) ó 120 mg/12 h (comp retard) VO ac, máx= 360 mg/d. No masticar ni triturar los comp retard. Taquicardia paroxística supraventricular: bolo 0,25 mg/kg Imdir (2 min), si no respuesta a los 15 min, dar dosis adicional de 0,35 mg/kg Imdir (2 min). Fibrilación auricular: bolo 0,25 mg/kg Imdir (2 min), si no respuesta a los 15 min, dar dosis adicional de 0,35 mg/kg Imdir (2 min) seguido de InfIV de 10-15 mg/h.

■ **NICARDIPINA**

*Nerdipina®*

- Gg 20 mg

*Vasonase®*

- Amp 5 mg/5 ml

H

**Ad:** HTA o angina de pecho (estable o vasoespástica): 20-40 mg/8 h VO, máx= 120 mg/d, en ancianos o si IH iniciar con 20 mg/12 h. Crisis hipertensivas agudas: inicio 5 mg/h InfIV (diluir en G5% o SF hasta 0,1 mg/ml), ajustar con incrementos de 2,5 mg/h c/5-15 min hasta respuesta, mantenimiento= 3 mg/h, máx= 15 mg/h; iniciar terapia VO de mantenimiento 1 h antes de suspender InfIV (20 mg/8 h VO si 0,5 mg/h IV, 30 mg/8 h VO si 1,2 mg/h, 40 mg/8 h si 2,2 mg/h). Cambiar lugar de inserción de vía periférica a las 12 h y de vía central a las 24 h para minimizar la irritación venosa.

■ **NIFEDIPINA**

*Adalat®*

- Cáps líquidas 10 mg
- Comp Retard 20 mg
- Comp Oros 30 mg

**Ad:** HTA: 20 mg/12 h VO (comp retard) ó 30 mg/12 h VO (comp oros), máx= 60 mg/12 h (comp retard) ó 120 mg/24 h (comp oros). Angina de pecho (estable o vasoespástica): inicio 10 mg/8 h VO (cáps) ó 20 mg/12 h VO (comp retard) ó 30 mg/24 h (comp oros), si es necesario aumentar paulatinamente hasta un máx= 20 mg/8 h (cáps) ó 40 mg/12 h (comp retard) ó 120 mg/24 h (comp oros). Tragar los comp retard y oros enteros. La absorción por vía SL es mínima, recurrir a captopril (ver pág.75). No extraer el contenido de la cáps con una jeringa, a lo sumo se extrae un 60% de la dosis (volumen total interior cáps: 0,34 ml) además de que es muy inestable (degradación rápida).

■ **NIMODIPINO**

*Brainal®*

- Comp 30 mg
- Vial 10 mg/50 ml

H

**Ad:** Prevención de vasoespasmo en hemorragia subaracnoidea: inicio (antes del 4º d post-hemorragia en rotura de aneurisma, antes de 24 h si origen traumático) 1 mg/h InfIV x 2 h (15 mcg/kg/h), si se tolera aumentar a 2 mg/h InfIV (30 mcg/kg/h) x 5-14 d (rotura de aneurisma) ó 7-10 d (origen traumático), después pasar a 60 mg/4 h VO x 7 d (rotura de aneurisma) ó 11-14 d (origen traumático); si tensión arterial inestable o

peso < 70 kg iniciar con 0,5 mg/h InfIV (7 mcg/kg/h). Administrar la InfIV por catéter central con bomba de infusión y colateral de SF, G5% o Ringer a proporción 1 (nimodipino) : 4 (suero); no utilizar equipos de PVC, PL durante la administración. Ictus isquémico: 30 mg x 4 v/d VO x 1 mes.

#### ■ VERAPAMILLO

Manidon®

- Gg 80 mg
- Tb retard 120 mg
- Comp Retard 180 mg
- Amp 5 mg/2 ml

Manidon HTA®

- Comp Retard 240 mg

HTA: **Ad**: inicio 40-80 mg/8 h VO y ajustar según respuesta (máx= 480 mg/d en 2-3 tomas), con formas retard: inicio 120-240 mg/24 h por la mañana (máx= 480 mg/d). Angina de pecho (estable, vasoespástica o inestable): **Ad**: inicio 40-80 mg/6 h VO y ajustar según respuesta (máx= 480 mg/d en 3-4 tomas), con formas retard: mantenimiento 240-360 mg/24 h hs (máx= 480 mg/24 h hs). Arritmias supra-ventriculares: **Ad**: 5-10 mg (0,075-0,15 mg/kg) IVdir ( $\geq 2$  min,  $\geq 3$  min en ancianos), se puede administrar una 2ª D de 10 mg a los 30 min si la respuesta no es adecuada. **Nñ 1-15a**: 2-5 mg (0,1-0,3 mg/kg) IVdir ( $\geq 2$  min), se puede administrar una 2ª D a los 30 min. **Nñ < 1a**: 0,75-2 mg (0,1-0,2 mg/kg) IVdir ( $\geq 2$  min), se puede administrar una 2ª D a los 30 min. Prevención de arritmias supra-ventriculares: **Ad**: 240-480 mg/d VO en 3-4 tomas (120-360 mg/d en digitalizados). **Nñ > 2a**: hasta 40 mg/8-12 h VO. **Nñ < 2a**: 20 mg/8-12 h VO.

## C02 - HIPOTENSORES

### C02A - ANTIADRENÉRGICOS DE ACCIÓN CENTRAL

#### ■ CLONIDINA

Catapresan®

- Comp 0,15 mg

**Ad**: HTA: inicio 0,15 mg/12 h VO (ancianos: ½ comp/12 h) y aumentar progresivamente la dosis (preferible en la toma nocturna) hasta control, máx= 1,2-2,4 mg/d. Si excesiva somnolencia o sequedad de boca, dar mayor dosis (2/3 de la dosis/d) por la noche. No retirar bruscamente (riesgo de arritmias y rebote HTA). No se recomienda en pacientes no cumplidores. **Nñ**: Prueba de estimulación de hormona de crecimiento: dosis única de 0,15 mg/m<sup>2</sup> ó 4 mcg/kg VO.

#### ■ METILDOPA

Aldomet®

- Comp 250 mg

Aldomet Forte®

- Comp 500 mg

HTA: **Ad**: inicio 250 mg x 2-3 v/d VO y aumentar gradualmente c/2-3 d hasta control, dosis usual= 1-1,5 g/d, máx= 3 g/d. **Nñ**: 10 mg/kg VO en 2-4 tomas, máx= 65 mg/kg/d ó 3 g/d. Si somnolencia, dar dosis mayor por la noche, en algunos pacientes puede bastar una sola toma hs.

### C02C1 - BLOQUEADORES ALFA-ADRENÉRGICOS



■ **FENOXIBENZAMINA**

*Dibenyline*®

- Cáps 10 mg



**Ad:** Feocromocitoma: inicio 10 mg x 2 v/d VO y aumentar gradualmente la dosis c/2 d hasta 20-40 mg x 2-3 v/d (1-2 mg/kg/d) según control. Si taquicardia, se puede administrar un β-bloqueante.

■ **FENTOLAMINA**

*Regitina*®

- Amp 10 mg/1 ml



**Ad:** Feocromocitoma: 5 mg IV ó IM 1-2 h antes de cirugía, si es necesario se puede repetir la dosis c/2-4 h, si taquicardia se puede asociar un β-bloqueante. Prevención de necrosis tisular asociada a la extravasación de noradrenalina o dopamina: 5-10 mg diluidos en 10 ml de SF infiltrados en la zona.

**C02C2 - BLOQUEADORES ALFA Y BETA-ADRENÉRGICOS**

■ **CARVEDILOL**

*Coropres*®

- Comp 6,25 mg
- Comp 25 mg

**Ad:** HTA: inicio 6,25 mg/12 h VO pc y doblar la dosis c/1-2 sem hasta control, máx= 25 mg/12 h. Cardiopatía isquémica: inicio 12,5 mg/12 h VO pc y doblar la dosis c/1-2 sem hasta control, máx= 50 mg/12 h. ICC: inicio 3,125 mg/12 h VO pc y doblar la dosis c/2 sem según tolerancia hasta un máx= 25 mg/12 h (peso < 85 kg) ó 50 mg/12 h (peso > 85 kg), si se suspende el tto, reiniciar con 3,125 mg/12 h. Se puede tomar con o sin alimentos pero pc disminuye el riesgo de hipotensión ortostática. Suspender el tto gradualmente en 2 sem.

■ **LABETALOL**

*Trandate*®

- Comp 100 mg
- Amp 100 mg/20 ml

H

**Ad:** HTA: inicio 100 mg/12 h VO y doblar la dosis c/2-3 d hasta control, dosis usual: 200-400 mg/12 h, máx= 1.200 mg/12 h. La pauta de 3 v/d se puede tolerar mejor que la de 2 v/d. Suspender el tto gradualmente en 2 sem. Crisis hipertensivas: inicio 20 mg IVdir lenta (>2 min) y repetir dosis de 40-80 mg c/10 min hasta control, máx= 300 mg (se puede también InfIV 2 mg/min), una vez controlado pasar a 200 mg VO, seguido de una dosis adicional de 200-400 mg a las 6-12 h según presión sanguínea. Mantener al paciente en posición supina durante 3 h tras su administración IV.

**C02C3 - OTROS ANTIADRENÉRGICOS ALFA DE ACCIÓN PERIFÉRICA**

■ **DOXAZOSINA**

*Carduran Neo*®

- Comp 4 mg

**Ad:** HTA o hiperplasia prostática benigna: 4 mg/24 h VO, máx= 8 mg/24 h. No masticar o triturar los comp de liberación controlada.

**C02D - VASODILATADORES ARTERIOLARES, EXCLUIDO C01D2****■HIDRALAZINA**

Hydrapres®

- Comp 25 mg
- Amp 20 mg

H

**Ad:** *HTA* o *ICC*: inicio 12,5 mg/6 h VO x 2-4 d y aumentar a 25 mg/6 h (1ª sem) y a 50 mg/12 h a partir de las 2 sem según control, máx= 300 mg/d (a dosis > 400 mg/d, posibilidad de lupus eritematoso sistémico). *Crisis hipertensivas*: 10-40 mg IM o IV, se puede repetir dosis si es necesario. *Preeclampsia y eclampsia*: inicio 5 mg IVdir seguido de 5-20 mg/20-30 min IVdir hasta control. **Nñ:** *HTA*: inicio 0,75-1 mg/kg/d (máx= 25 mg/dosis) en 2-4 tomas y aumentar c/3-4 sem hasta máx= 7,5 mg/kg/d (Nñ) ó 5 mg/kg/d (lactantes) ó 200 mg/d. *Crisis hipertensivas*: 0,1-0,2 mg/kg/4-6 h IM o IVdir (en 3-5 min), máx= 0,2-0,8 mg/kg/dosis o 40 mg/dosis. No diluir en G5%.

**■NITROPRUSIATO**

Nitroprussiat®

- Vial 50 mg

H

**Ad y Nñ:** *Crisis hipertensivas*: inicio 0,3 mcg/kg/min InfIV (con G5%, bomba y protegido de la luz, estabilidad: 24 h a TA) y ajustar 0,5-10 mcg/kg/min. Utilizar dosis más bajas en pacientes con tto antihipertensivo. Para evitar toxicidad por cianuro no superar velocidad de 10 mcg/kg/min ó 4 mcg/kg/min x 3 h ó dosis acumulada de 70 mg/kg durante 14 d (ver tiosulfato Na en pág.194). Extremar precaución en IR o IH.

**C02E - HIPOTENSORES DE ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA****■CAPTOPRILO**

Capoten®

- Comp 12,5 mg
- Comp 25 mg
- Comp 50 mg

**Ad:** *HTA*: inicio 25 mg x 2-3 v/d VO ac y ajustar según respuesta a las 1-2 sem, máx= 50 mg x 3 v/d (si se necesita dosis mayor, combinar con tiazida), si hiponatremia o hipovolemia inicio con 12,5 mg 2-3 v/d. *ICC*: inicio 6,25-12,5 mg x 3 v/d VO ac y doblar dosis c/3-7 d según tolerancia, mantenimiento= 25-50 mg x 3 v/d, máx= 100 mg x 3 v/d. *Post-IAM (disfunción ventricular izquierda)*: D prueba de 6,25 mg VO ac a partir del 3<sup>er</sup> d post-IAM, si tolera pasar a 12,5 mg x 3 v/d y aumentar hasta 50 mg x 3 v/d en varias sem. *Nefropatía diabética*: 25 mg x 3 v/d VO ac. **Nñ:** 0,5-1 mg/kg/d VO ac repartido en 3 tomas, máx= 6 mg/kg/d. **Neonato:** 0,1-0,4 mg/kg/d VO ac repartido en 3-4 tomas. Si se requiere un inicio de acción más rápido, dar por vía SL.

**■ENALAPRILO**

Renitec®

- Comp 5 mg
- Comp 20 mg
- Amp 1 mg/1 ml

**Ad:** *HTA*: inicio 2,5-5 mg/24 h VO y aumentar según respuesta, D usual= 10-40 mg/d en 1-2 tomas VO, ó 1 mg IV (en > 5 min o InfIV 1 h) y si respuesta insuficiente repetir dosis de 1-2 mg al cabo de 1 h, dosis posteriores c/6 h, máx= 5 mg/6 h IV, pasar a VO

con 5-10 mg/12-24 h. ICC: inicio 2,5 mg/24 h VO y aumentar según control, D usual= 5-10 mg/12 h VO, máx= 20 mg/12h, ó 0,5 mg IV (en > 5 min o InfV en 1 h) y si respuesta insuficiente repetir dosis de 0,5-1 mg al cabo de 1 h, dosis posteriores c/6 h, máx= 10 mg/d IV ó 2 mg/dosis, pasar a VO con 2,5-5 mg/12-24 h. Disfunción ventricular izquierda: inicio 2,5 mg/12 h VO y aumentar hasta 10 mg/12 h VO.

#### ■ IRBESARTAN

Karvea®

- Comp 150 mg
- Comp 300 mg

**Ad:** HTA: inicio 150 mg/24 h VO, D usual= 150 mg/24 h, máx= 300 mg/24 h; en > 75 años o hemodiálisis, inicio 75 mg/24 h. Nefropatía diabética: 300 mg/24 h VO.

#### ■ LISINOPRILO

Zestril®

- Comp 5 mg
- Comp 20 mg

**Ad:** HTA: inicio 5-10 mg/24 h VO y ajustar según respuesta, D usual= 20 mg/24 h, máx= 40 mg/d en 1-2 tomas. ICC: inicio 2,5-5 mg/24 h VO y aumentar según control, D usual= 10-20 mg/24 h, máx= 40 mg/24 h. IAM: inicio en las 24 h post-IAM con 5 mg/24 h VO (2,5 mg si hipotensión) y pasar a 10 mg/24 h a partir de las 48 h post-IAM. Nefropatía diabética: 10-20 mg/24h VO.

#### ■ LOSARTAN

Cozaar®

- Comp 12,5 mg
- Comp 50 mg

**Ad:** HTA: 50 mg/24 h VO, máx= 100 mg/24 h. ICC: inicio 12,5 mg/24 h VO y aumentar dosis c/sem hasta mantenimiento= 50 mg/24 h. Nefropatía diabética: 50-100 mg/24 h VO. Reducción del riesgo de ACV en hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda: 50 mg/24 h VO.

### C02G1 - OTROS HIPOTENSORES

#### ■ BOSENTAN

Tracleer®

- Comp 62,5 mg <sup>1</sup>
- Comp 125 mg <sup>1</sup>

Hipertensión pulmonar arterial: **Ad:** inicio 62,5 mg/12 h VO y aumentar a las 4 sem a 125 mg/12 h, en caso de suspender el tto, hacerlo paulatinamente.

### C03 - DIURÉTICOS

#### C03A - DIURÉTICOS DE TECHO BAJO

#### ■ CLORTALIDONA

Higrotona®

- Comp 50 mg

**Ad:** HTA: 12,5-25 mg/24-48 h VO con desayuno, máx= 50 mg/24 h. Edemas: inicio 50-

100 mg/24 h VO ó 100-200 mg/48 h, mantenimiento= 25-50 mg/24 h ó 50-100 mg/48 h, máx= 200 mg/24 h. Diabetes insípida: inicio 100 mg/12 h, mantenimiento= 50 mg/24 h. Nñ: Edemas: 1-2 mg/kg/d ó 2 mg/kg x 3 v/sem y ajustar según respuesta.

#### ■HIDROCLOROTIAZIDA

*Hidrosaluretil®* • Comp 50 mg  
*Esidrex®* • Comp 25 mg

**Ad:** HTA: inicio 12,5-25 mg/24 h VO con desayuno y ajustar según respuesta, máx= 50 mg/d. Edemas: inicio 25-200 mg/d VO repartido en 1-3 tomas, mantenimiento= 25-100 mg/d. Nñ: 1-2 mg/kg/d VO en 1-2 tomas.

### C03B - DIURÉTICOS DE TECHO ALTO


#### ■FUROSEMIDA

*Seguril®* • Comp 40 mg  
• Amp 20 mg/2 ml  
• Amp 250 mg/25 ml H

**Ad:** Edemas: inicio 20-40 mg IVdir (en 1-2 min) o IM y aumentar 20 mg/2 h hasta respuesta, después dar la dosis eficaz/24 h repartido en 1-2 inyecciones, pasar a VO tan pronto sea posible: inicio 20-80 mg VO y aumentar 20-40 mg/6-8 h según respuesta, después dar la D eficaz/24 h en desayuno. Oliguria: inicio 250 mg InfIV (<4 mg/min, en aprox 1 h), se puede aumentar a 500 mg InfIV (en 2 h) ó 1.000 mg InfIV (en 4 h) si no hay respuesta. HTA: 40 mg x 2 v/d VO. Nñ y lactantes: inicio 2 mg/kg VO y aumentar 1-2 mg/kg/6-8 h hasta respuesta, máx= 6 mg/kg/dosis ó 40 mg/dosis; o inicio 1 mg/kg IV lenta y aumentar 0,25-0,5 mg/kg/4-12 h hasta respuesta, máx= 10 mg/kg/24 h ó 6 mg/kg/dosis. Neonatos: inicio 1-3 mg/kg VO ó IV y repetir dosis c/8 h hasta respuesta (1 mg/kg/24 h en  $\leq$  1 sem; 1 mg/kg/12 h en  $\geq$  2 sem).

### C03C - DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO

#### ■CANRENOATO POTÁSICO

*Soludactone®* • Vial 200 mg <sup>1</sup>, H

**Ad:** 200-400 mg/d IVdir lenta (en 2-3 min) o InfIV, máx= 800 mg/d. Nñ: 2,5-5 mg/kg/d.

#### ■ESPIRONOLACTONA

*Aldactone-A®* • Comp 25 mg  
*Aldactone 100®* • Comp 100 mg

**Ad:** HTA: inicio 50-100 mg/d VO y ajustar dosis después de 2 sem (máximo efecto hipotensor a las 2-3 sem), mantenimiento= 25-200 mg/d, máx= 400 mg/d. ICC grado IV o severa: 12,5-25 mg/d VO (asociada a IECA y diuréticos). Edemas: inicio 100 mg/d VO y ajustar dosis después de 5 d, mantenimiento= 25-200 mg/d, máx= 400 mg/d. Hipocalcemia asociada a diuréticos: 25-100 mg/d VO. Nñ: 1-3 mg/kg/d VO repartido en 1-4 tomas y ajustar según respuesta, máx= 200 mg/d.

### C03D - DIURÉTICOS ASOCIADOS ENTRE SI

#### ■■AMILORIDA + HIDROCLOROTIAZIDA

**Ameride®** • Comp (5 + 50) mg

**Ad:** *HTA:* ½-1 comp/24 h VO en desayuno. *Edemas:* 1-2 comp/d VO, máx= 4 comp/d.

■ **CLORTALIDONA + ESPIRONOLACTONA**

**Aldoleo®** • Comp (50 + 50) mg

**Ad:** *HTA:* ½-1 comp/24 h VO en desayuno. *Edemas:* inicio 1-2 comp/24 h VO en desayuno, mantenimiento= 1 comp/24-48 h ó 2 comp/sem.

**C03E - OTROS DIURÉTICOS**

■ **ACETAZOLAMIDA**

**Edemox®** • Comp 250 mg

**Ad:** *Edemas:* 250 mg/24 h VO en desayuno, si no respuesta pasar a 250 mg/48 h o intercalar 1 d de descanso c/2 d (el efecto diurético disminuye al aumentar la dosis). *Glaucoma crónico:* 250 mg/6-24 h VO, máx= 1 g/d (no mayor respuesta a más de 1 g/d). *Preoperatorio de glaucoma agudo de ángulo estrecho:* 250 mg/4 h VO. *Epilepsia:* 8-20 mg/kg/d VO repartido en varias tomas, máx= 1 g/d (no mayor respuesta a más de 1 g/d), en tto combinado= 250 mg/d VO. **Niñ:** *Edemas:* 5 mg/kg/24 h VO. *Epilepsia y glaucoma:* 8-30 mg/kg/d VO repartido en varias tomas, máx= 1 g/d ó 16 mg/kg/d.

**C04 - VASODILADORES PERIFÉRICOS**

■ **DIHIDROERGOTOXINA**

**Hydergina®** • Comp 4,5 mg

**Ad:** 2,25-4,5 mg/d VO ac en 1-3 tomas.

■ **PENTOXIFILINA**

**Hemovas®** • Gg 400 mg  
• Amp 300 mg/15 ml

**Ad:** *Trastornos circulatorios y claudicación intermitente:* VO: inicialmente 400 mg/8 h VO (pc mejora la tolerancia), pudiendo reducirse a 400 mg/12 h si mejoran los síntomas o si mala tolerancia gastrointestinal o efectos sobre el SNC. *IM:* 100-300 mg/8 h IM. *InfIV:* en casos agudos 900 mg diluidos en 1.000 ml de un expansor plasmático más 500 ml SF, administrados InfIV durante 24 h, si mejoran los síntomas puede reducirse la dosis hasta 300 mg/12 h, diluidos en 1.000 ml G5%, levulosa al 5%, SF o Ringer, administrados en 150-300 min. *Enfermedades oclusivas vasculares periféricas:* hasta 1.200 mg/d en InfIV continua durante 15 d.

**C05 - VASOPRESORES**

**C05A - ANTIHEMORROIDALES LOCALES**

■ **HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA, CLH + AMINOACRIDINA + ALANTOÍNA**

**Hepro Casen®** • Canuletas (36 + 300 + 9 + 360) mg/15 ml

Ad: 1 ó 2 canuletas/d, preferentemente tras las deposiciones.

■ ■ **HIDROCORTISONA + HOMATROPINA + ALANTOÍNA + ÓXIDO DE ZINC**

*Cortenema*®

- Enema (16 + 24 + 1.600 + 800) mg/80 ml

Ad: 1-4 enemas/d.

■ ■ **FLUOCINOLONA, ACETÓNIDO + LIDOCAÍNA, CLH + MENTOL + BISMUTO, SUBGALATO**

*Synalar Rectal*®

- Pda (0,1 + 20 + 2,5 + 50) mg/g (30 g)

Ad: 2-3 aplicaciones/d.

**C05B1 - ANTIVARICOSOS TÓPICOS**

■ **HEPARINOIDE**

*Hirudoid*®

- Pda 10 mg/g (40 g)

Aplicar 2-4 v/d y frotar suavemente.

■ ■ **SALICILATO DE DIETILAMINA + ESCINA, POLISULFATO + ESCINA**

*Feparil*®

- Gel (50 + 10 + 10) mg/g (50 g)

Aplicar 2-3 v/d.

■ ■ **PENTOSANO POLISULFATO SÓDICO + TIMOL**

*Thrombocid*®

- Pda (1 + 1) mg/g (60 g)

3-4 aplicaciones/d x 5-6 d generalmente, distribuir con un suave masaje. No utilizar de forma prolongada ni en zonas muy extensas de la piel.

**C05B2 - AGENTES ESCLEROSANTES**

■ **ETANOLAMINA OLEATO**

*Etanolamina*<sup>FM</sup>

- Amp 250 mg/5 ml (5%)

Hemorragia aguda o recurrente en varices esofágicas: 1,5-5 ml por variz (no sobrepasar la dosis total de 20 ml por sesión) IV.

■ **POLIDOCANOL**

*Etoxisclerol*®

- Amp 10 mg/2 ml (0,5%)
- Amp 40 mg/2 ml (2%)
- Amp 60 mg/2 ml (3%)

Esclerosis de varices y de hemorroides: se utiliza concentración del 0,5%, 2% ó 3% en función del calibre y tipo de vaso a esclerosar; no superar por sesión los 2 ml de las conc al 2% o 3%, ni los 4 ml de las conc de 0,5%. Utilizar jeringa de cristal de 2-3 ml y no de plástico.

**C06 - OTROS PREPARADOS CARDIOVASCULARES**

■ **ALPROSTADILO**

Alprostadi®

• Amp 500 mcg/1 ml

☞<sup>2</sup>, H

☞<sup>2</sup> a Pediatría. **Nñ:** Mantenimiento de la apertura del ductus arteriosus: 0,05-0,1 mcg/kg/min (máx= 0,4 mcg/kg/min) hasta efecto, luego disminuir dosis de 50 en 50% hasta la mínima eficaz. Administrar en vena de gran calibre o en arteria umbilical por catéter colocado hasta la apertura del ductus. Diluir 1 amp en 25 ml SF o G5% (20 mcg/ml) y dosificar a 0,0025-0,005 ml/kg/min, o en 100 ml (5 mcg/ml) y dosificar a 0,01-0,02 ml/kg/min.

■ **ALPROSTADILO, CICLODEXTRINA**

Sugiran®

• Amp 20 mcg/5 ml

☞<sup>1</sup>

**Ad:** Tratamiento sintomático de la arteriopatía oclusiva arteriosclerótica de miembros inferiores (estadio III y IV de Lariche-Fontaine), excluyendo los pacientes candidatos a amputación: 40 mg/12 h InfIV de 2 h (en 50-250 ml de SF), si después de 3 sem no hay respuesta clínica satisfactoria, se interrumpirá el tto, duración máx: 4 sem.

■ **CARNITINA**

Carnicor®

• Amp 1 g/5 ml

**Ad:** Cardiomiopatía por deficiencia 1<sup>aria</sup>: 100 mg/kg/d IVdir (en 2-3 min) o IM repartido en 3-4 dosis. Deficiencia 2<sup>aria</sup> a hemodiálisis: 20 mg/kg IVdir (en 2-3 min) después de cada sesión de hemodiálisis.

■ **INDOMETACINA**

Inacid Dap®

• Vial 1 mg

☞<sup>2</sup>, H

☞<sup>2</sup> a Pediatría. Inducción del cierre del ductus arteriosus en prematuros: administrar 3 dosis separadas 12-24 h controlando diuresis (si < 0,6 ml/kg/h no administrar hasta normalidad). **Nñ < 2d**: 1<sup>a</sup> dosis 0,2 mg/kg, 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> dosis 0,1 mg/kg. **Nñ 2-7d**: 0,2 mg/kg × 3 dosis. **Nñ > 7d**: 1<sup>a</sup> dosis 0,2 mg/kg, 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> dosis 0,25 mg/kg. Si a las 48 h de concluir el ciclo el ductus permanece abierto o se reabre, administrar un 2º ciclo de 1-3 dosis. Reconstituir con 1-2 ml SF o API y administrar en 2-10 seg.

■ **NORADRENALINA, TARTRATO ÁCIDO**

Noradrenalina<sup>Ⓒ</sup>

• Amp 10 mg/10 ml (5 mg de noradrenalina) H

**Ad:** inicio 8-12 mcg/min (base) InfIV en función de la presión arterial deseada, mantenimiento= 2-4 mcg/min (base) según respuesta, evitando la interrupción brusca, diluir 4 ml de Noradrenalina<sup>Ⓒ</sup> en 500 ml G5% (4 mcg/ml de noradrenalina base). **Nñ:** 0,1 mcg/kg/min InfIV. Administrar en venas de extremidades superiores a través de catéter venoso central o en venas de gran calibre preferentemente en el brazo para evitar necrosis de tejido.

■ **SOLUCIÓN CARDIOPLÉGICA**

Abbolegisol®

• Bolsa 1.000 ml

Para perfusión cardíaca (no administrar vía IV).

**C07 - BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS****■ ATENOLOL***Atenolol<sup>6</sup>*

- Comp 50 mg
- Comp 100 mg

*Tenormin®*

- Amp 5 mg/10 ml

**Ad:** *HTA:* 50-100 mg/24 h VO. *Ángor:* 50-100 mg/d VO en 1-2 tomas. *Arritmias:* inicio 2,5 mg IVdir lenta (en 2,5 min) y repetir dosis c/5 min hasta respuesta (máx= 10 mg) ó 0,15 mg/kg InfIV (20 min) que se puede repetir a las 12 h, mantenimiento= 50-100 mg/24 h VO. *IAM:* 5-10 mg IVdir lenta (1 mg/min) dentro de las 12 h post-IAM seguido de 50 mg VO a los 15 min y a las 12 h, continuar con 100 mg/d VO a las 24 h.

**■ BISOPROLOL***Bisoprolol<sup>6</sup>*

- Comp 5 mg
- Comp 10 mg

**Ad:** *HTA y Ángor:* 5-10 mg/24 h VO por la mañana, máx= 20 mg/d. *ICC :* inicio 1,25 mg/24 h VO y doblar dosis c/2-4 sem según tolerancia y respuesta, máx= 10 mg/d.

**■ ESMOLOL***Brevibloc®*

- Amp 100 mg/10 ml H
- Amp 2,5 g/10 ml H

**Ad:** *Taquiarritmia supraventricular:* dosis carga de 500 mcg/kg/min IV durante 1 min y continuar con mantenimiento= 100 mcg/kg/min x 4 min, si respuesta insuficiente, repetir dosis de carga y aumentar dosis mantenimiento a 150 mcg/kg/min x 4 min, si respuesta insuficiente, repetir dosis de carga y aumentar dosis mantenimiento a 200 mcg/kg/min x 4 min (no aumenta el beneficio a dosis mayores), mantener la InfIV con respuesta no más de 24 h e instaurar tto antiarrítmico VO de mantenimiento. *Taquicardia e HTA perioperatoria:* dosis carga de 80 mg IVdir en 15-30 seg, mantenimiento= 150-300 mcg/kg/min en función respuesta y tolerancia según esquema de taquiarritmia supraventricular pero pudiendo llegar hasta 300 mcg/kg/min, no mantener más de 24 h. Las amp de 2,5 g/10 ml se deben diluir previamente a la administración hasta conc de 10 mg/ml (1 amp por cada 250 ml de SF o G5%).

**■ METOPROLOL***Beloken®*

- Comp 100 mg

**Ad:** *HTA:* 100-200 mg/d VO en 1-2 tomas, máx= 400 mg/d. *Ángor:* 100-200 mg/d VO en 2-3 tomas, máx= 400 mg/d. *Tto mantenimiento IAM:* 100 mg/12 h VO. *Arritmias:* 50 mg/8-12 h VO, máx= 300 mg/d. *Prevención de migraña:* 100-200 mg/d VO repartido en 2 tomas. *Hipertiroidismo:* 150-200 mg/d VO repartido en 3-4 tomas.

**■ PROPRANOLOL***Sumial®*

- Comp 10 mg
- Comp 40 mg
- Amp 5 mg/5 ml

**Ad:** *HTA:* inicio 40 mg/12 h VO y aumentar semanalmente según control, D mantenimiento= 160-320 mg/d repartido en 2-3 tomas, máx= 640 mg/d. *Ángor:* inicio



40 mg/8-12 h VO y aumentar semanalmente según control, D mantenimiento= 120-240 mg/d, máx= 480 mg/d. Profilaxis de la migraña y del temblor esencial: inicio 40 mg/8-12 h VO y aumentar semanalmente según control, D mantenimiento= 80-160 mg/d, máx= 240 mg/d. Arritmias, taquicardia de la ansiedad, cardiomiopatía hipertrófica y tirotoxicosis: 10-40 mg/6-8 h VO, máx= 240 mg/d. Profilaxis del reinfarto: iniciar en los 5-21 d post-IAM con 40 mg/6 h, D mantenimiento= 180-240 mg/d VO en 2-4 tomas. Urgencias de arritmias y tirotoxicosis: inicio 1 mg IVdir en 1 min y repetir c/2 min hasta respuesta o máx= 10 mg (pacientes conscientes) ó 5 mg (anestesiados). **Nñ:** Arritmias: 0,01-0,1 mg/kg/dosis IVdir en 10 min y repetir c/6-8 h según control, máx= 1 mg/dosis.

## Grupo D: DERMATOLÓGICOS

### D01 - ANTIMICÓTICOS DERMATOLÓGICOS

#### D01A1 - ANTIMICÓTICOS DERMATOLÓGICOS TÓPICOS

① Los antifúngicos imidazólicos (clotrimazol, ketoconazol) son activos sobre la mayoría de las micosis superficiales, dermatofitosis, candidiasis, pitiriasis versicolor. La nistatina sólo es activa frente a *Candida sp.* Antes de aplicar, lavar y secar minuciosamente la zona a tratar. No utilizar vendajes oclusivos, favorecen el crecimiento de levaduras y la irritación cutánea.

##### ■ **CLOTRIMAZOL**

*Canesten*®

- Crema 1 % 30 g
- Sol 1 % 30 ml

1 aplic x 2 v/d con ligero masaje x 3-4 sem (algunas infecciones requieren hasta 8 sem de tto). En el caso de zonas amplias, pilosas, pliegues o zonas intertriginosas, utilizar la presentación de solución (spray). Ver ①.

##### ■ **KETOCONAZOL**

*Fungarest Tópico*®

- Crema 2 % 30 g

1 aplic/24 h, preferentemente por la noche, x 2-6 sem (en función del cuadro y del agente etiológico). Ver ①.

##### ■ **NISTATINA**

*Mycostatin Tópico*®

- Pda 100.000 U/g (30 g)

Candidiasis cutánea y mucocutánea: 1 aplic/6-12 h hasta 2-3 d después de la remisión de los síntomas. Ver ①.

### D02 - EMOLIENTES Y PROTECTORES

##### ■ **ACEITE DE ALMENDRAS**

*Aceite de Almendras Dulces*® • Frasco 125 ml

Aplicar una fina capa después del baño.

##### ■ **ALMIDÓN + ÓXIDO DE ZINC (PASTA LASSAR)**

*Anticongestiva Cusi*®

- Pda 45 g

Alivio sintomático de escoceaduras, irritaciones y erosiones de la piel: 1-2 aplic/d.

##### ■ **BENZETONIO, CLORURO + ÓXIDO DE ZINC + RETINOL**

*Halibut*®

- Pda 45 g

Heridas y quemaduras, prevención y tto de las grietas del pezón: aplicar sobre la zona

afectada varias veces al día. Posible fotosensibilidad.

■ ■ **DIMETICONA + ÓXIDO DE ZINC**

*Silidermil*® • Pda 50 g

Alivio sintomático de la irritación de la piel: 1 aplic/12 h, pudiendo aumentar la frecuencia de administración. No utilizar vendajes ni otra protección ulterior.

■ ■ **COMPLEJO GLICEROBÓRICO + DIÓXIDO DE TITANIO + LANOLINA + PARAFINA**

*Natusan*® • Pda 50 g

Prevención de afecciones irritativas de la piel: lavar y secar bien toda la zona afectada antes de la aplicación. En caso necesario aplicar en cada cambio de pañal.

■ ■ **EMULSIÓN HIDRATANTE (ALMENDRAS DULCES + MAÍZ + CACAHUETES + COPRA)**

*Mustela*® • Loción 200 ml

■ **EMULSIÓN HIDRATANTE CON UREA**

*Multidermol Urea*® • Emulsión 10 % 250 ml

Xerodermia, piel seca y agrietada: 2-3 aplic/d. Por su efecto irritante, no aplicar en piel no intacta o en eczemas.

■ **VASELINA**

*Vaselina Esterilizada*<sup>6</sup> • Pda 20 g  
• Pda 60 g

Es el mejor emoliente del grupo. Xerodermia, hiperqueratosis, eliminación de costras: aplicar una fina capa sobre la superficie afectada.

**D03 - CICATRIZANTES, EXCLUIDOS APÓSITOS MEDICAMENTOSOS**

① Los preparados comercializados como "cicatrizantes" no han demostrado su eficacia como aceleradores del proceso de cicatrización de heridas y úlceras. Es fundamental para que las heridas curen, que estén limpias (utilizar antisépticos si fuera necesario) y mantenerlas en un ambiente húmedo.

El uso de agentes debridantes tópicos parece tener valor sólo para remover tejido conectivo necrótico amarillento, como alternativa al debridamiento quirúrgico. Cuando la base de la úlcera está limpia, el empleo de enzimas debridantes puede inhibir la curación.

**D03B1 - ENZIMAS PROTEOLÍTICOS DEBRIDANTES**

■ ■ **CLOSTRIDIOPEPTIDASA A + PROTEASA**

*Iruxol Mono*® • Pda (1,2 + 0,24) U/g (30 g)

Debridamiento de los tejidos necrosados en úlceras de la piel: 1 aplic/d de una capa de unos 2 mm sobre la zona a tratar ligeramente humedecida. No debe utilizarse conjuntamente con antisépticos, metales pesados y jabones, ya que inhiben la actividad de la colagenasa.

## **D04 - ANTIPRURIGINOSOS (INCLUYENDO ANTIHISTAMÍNICOS, ANESTÉSICOS, ETC)**

① Los antihistamínicos H<sub>1</sub> son efectivos en el prurito inducido por liberación de histamina, sin embargo, debido al riesgo de dermatitis de contacto alérgica y sensibilizaciones (fotosensibilidad), la administración de antihistamínicos tópicos no está recomendada, siendo más adecuado recurrir a la vía sistémica.

### ■ ■ CALAMINA + TALCO

*Talquistina*®

• Polvo 50 g

3-4 aplic/d.

## **D05 - ANTIPSORIÁSICOS**

### **D05A1 - ANTIPSORIÁSICOS DERIVADOS DE LA BREA DE HULLA**

#### ■ ■ ALMIDÓN + BREA DE HULLA + ÓXIDO DE ZINC + VASELINA

*Brea de Hulla Pomada*

• Pda 125 g

FN

1-2 aplic/d, preferentemente por la noche. Es irritante, no utilizar en formas pustulosas o eritrodérmicas. Es fotosensibilizante, útil en casos refractarios para fototerapia en combinación con UV-B (método Goeckerman), aplicar varias veces al día en las 24 h previas a la irradiación.

#### ■ ■ BREA DE HULLA + BREA VEGETAL + ACEITES DE ENEBRO Y CACAHUETE

*Emolytar*®

• Sol 350 ml

Añadir 2-4 tapones en bañera con 20 cm de agua (0,1-0,2 ml/L de agua) o ½ tapón en lavabo (baños locales), duración del baño: 20 min, secar sin frotar. Útil para psoriasis, eczemas o dermatitis generalizadas por sus efectos queratolíticos y antipruriginosos. Se puede combinar con ácido salicílico, corticosteroides tópicos y radiaciones UV.

### **D05A2 - ANTIPSORIÁSICOS RETINOIDES**

#### ■ ACITRETINA

*Neotigason*®

• Cáps 10 mg

ECM

• Cáps 25 mg

ECM

**Ad:** *Psoriasis grave resistente a otras terapias:* inicio 25-30 mg/24 h VO (pc) x 2-4 sem y ajustar, mantenimiento= 25-50 mg/24 h x 6-8 sem más, máx= 75 mg/24 h, duración máx= 6 meses. Interrumpir el tto cuando las lesiones mejoren lo suficiente, tratando las recidivas con la misma pauta. *Enfermedad de Darier, ictiosis:* inicio 10 mg/24 h PO (pc), aumentando cuidadosamente hasta respuesta, máx= 50 mg/d, duración máx= 6 meses. **Nñ:** no utilizar salvo en situaciones excepcionales, 0,5 mg/kg/d VO (pc), máx= 1 mg/kg/d ó 35 mg/d; vigilar anomalías en el desarrollo músculo-esquelético. Su biodisponibilidad oral aumenta significativamente si se administra con alimentos.

☞ De especial control médico (ECM), debido a su acción teratogénica potente. Categoría X de la FDA: contraindicado en embarazo y lactancia. Las mujeres fértiles deberán someterse a un método contraceptivo eficaz al menos desde 1 mes antes de iniciar el

tto hasta 2-3 años tras la finalización de la terapia. No donar sangre hasta 1 año después de terminar tto. Contraindicado en hipervitaminosis A y en insuficiencia hepática o renal, así como su administración con tetraciclinas por posible hipertensión intracraneal y con queratolíticos.

### **D05A3 - OTROS ANTIPSORIÁSICOS**

① El ácido salicílico es un agente tópico queratolítico. Se absorbe a través de la piel, pudiendo aparecer toxicidad por salicilatos si se utiliza en áreas extensas y por tiempo prolongado. No utilizar vendajes oclusivos. Indicado al 5% en alteraciones cutáneas con hiperqueratosis como psoriasis e ictiosis. Callos y verrugas: se utiliza generalmente a conc > 5%. Contraindicado en Nñ <2a, diabéticos y pacientes con problemas circulatorios. Irritante, puede causar dermatitis. Evitar contacto con ojos, cara, genitales y membranas mucosas.

#### **■ ■ ÁCIDO SALICÍLICO + ACEITE DE OLIVA**

*Aceite Salicilado 5%* • Susp 100 ml FN

*Aceite Salicilado 10%* • Susp 100 ml FN

#### **■ ■ ÁCIDO SALICÍLICO + VASELINA**

*Vaselina Salicilada 5%* • Pda 125 g FN

*Vaselina Salicilada 10%* • Pda 125 g FN

### **D06 - ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERÁPICOS TÓPICOS SOLOS**

#### **D06A - ANTIBIÓTICOS TÓPICOS**

① El papel de la mayoría de los antibióticos tópicos en el tto de las infecciones cutáneas no ha sido claramente definido: las infecciones cutáneas y heridas menores usualmente curan sin tto, mientras que en caso de infecciones cutáneas extensas o graves se requiere terapia antiinfecciosa sistémica. El uso de antibióticos tópicos origina problemas de sensibilización por contacto y la aparición de microorganismos resistentes, comprometiendo la eficacia del antibiótico por vía sistémica. En caso necesario, utilizar los de uso exclusivamente por vía tópica.

#### **■ ÁCIDO FUSÍDICO**

*Fucidine®* • Crema 2 % 15 g

Infecciones cutáneas por *Staphylococcus aureus*: 1 aplic/6-8 h x 7 d.

#### **■ MUPIROCINA**

*Bactroban®* • Pda 2 % 15 g  
• Pda Nasal 2 % 3 g

Alternativa al ácido fusídico (más costo-efectivo que la mupirocina) en infecciones cutáneas por *Staphylococcus aureus*: Ad y Nñ >2m: 1 aplic/8 h. Portadores nasales de estafilococos (pda intranasal): **Ad**: 1 aplic/8-12 h x 5-7 d. La seguridad de la presentación intranasal no ha sido evaluada adecuadamente en Nñ <12a. Sin embargo por pda tópica la seguridad y eficacia sí ha sido establecida en Nñ >2 meses.

#### **D06B - SULFAMIDAS TÓPICAS SOLAS**

### ■SULFADIAZINA ARGÉNTICA

- Flammazine*® • Crema 1 % 500 g  
*Silverderma*® • Crema 1 % 50 g

Tto y prevención de infecciones en quemaduras de 2º y 3º grado: Ad y Nñ >2m: 1 aplic x 1-2 v/d. Si está muy contaminada: 1 aplic/4-6 h. Aplicar una capa de 3 mm de grosor sobre la superficie con espátula estéril o guante estéril. Cubrir con vendaje. Se absorbe aproximadamente el 10-30 % de la sulfadiazina (considerar precauciones y contraindicaciones de sulfamidas sistémicas). No debe usarse en pacientes sulfamidosisibles ni en las últimas semanas del embarazo o en Nñ<2 meses (favorece la ictericia nuclear).

### D06D - ANTIVIRALES TÓPICOS

#### ■ACICLOVIR

- Aciclovir*<sup>G</sup> • Crema 5 % 2 g  
• Crema 5 % 15 g

Infecciones orofaríngeas por Herpes simplex tipo 1: 1 aplic x 5 v/d x 5-7 d. Aplicar con guante, no directamente con la mano, para evitar así su diseminación. Eficacia moderada, y sólo si se inicia el tto en los primeros síntomas.

### D07 - CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

#### D07A - CORTICOSTEROIDES TÓPICOS SOLOS

① Se clasifican en función de su potencia de acción en cuatro grupos: potencia baja, intermedia, alta y muy alta. La potencia viene dada en función de tres factores fundamentales: principio activo, concentración en el preparado y vehículo utilizado (a mayor poder oclusivo, mayor potencia: ungüento > pomada > crema > loción). Elegir el corticoide de menor potencia que proporcione respuesta adecuada. En general aplicar 2-3 v/d, sin sobrepasar los 15 d de duración. En Nñ suele ser suficiente con 1 aplic/d, precaución en lactantes con pañales plásticos (efecto oclusivo). La cura oclusiva aumenta unas 10-100 veces la potencia y penetración del corticoide (no realizar sobre áreas extensas): aplicar una fina capa tapando toda la noche con plástico.

#### ■HIDROCORTISONA, ACETATO

- Dermosa Hidrocortisona*® • Pda 1 % 30 g Potencia baja  
*Lactisona*® • Loción 1 % 60 ml Potencia baja  
• Loción 2,5 % 60 ml Potencia baja

**Ad:** 2-4 aplic/d. **Nñ:** 1 aplic/d.

#### ■FLUOCORTINA, BUTIL-ESTER

- Vaspit*® • Pda 0,75 % 30 g Potencia baja

**Ad:** 2-3 aplic/d. **Nñ:** 1 aplic/d.

#### ■FLUOCINOLONA, ACETÓNIDO

- Synalar Gamma*® • Crema 0,01 % 30 g Potencia intermedia

**Ad:** 2-4 aplic/d. **Nñ:** utilizar la mínima cantidad efectiva y en cortos periodos de tiempo.

■ **BECLOMETASONA, DIPROPIONATO**

*Menaderm Simple*® • Loción 0,025 % 60 ml Potencia alta  
• Pda 0,025 % 60 g Potencia alta

**Ad:** 2 aplic/d. **Nñ:** 1 aplic/d.

■ **FLUOCINOLONA, ACETÓNIDO**

*Fluoderma Fuerte*® • Crema 0,2 % 15 g Potencia muy alta

**Ad:** 2-3 aplic/d. **Nñ:** utilizar la mínima cantidad efectiva y en cortos periodos de tiempo.

**D07B1 - CORTICOSTEROIDES TÓPICOS ASOCIADOS CON ANTIBIÓTICOS**

■ ■ **BETAMETASONA, VALERATO + GENTAMICINA**

*Celestoderm Gentamicina*® • Crema (1 + 1) mg/g (30 g)

*Dermatopatías inflamatorias de origen infeccioso:* 2-3 aplic/d. Ver ⓘ de antibióticos tópicos (pág.86) y de corticosteroides tópicos (pág.87).

**D07B2 - CORTICOSTEROIDES TÓPICOS ASOCIADOS CON ANTIMICÓTICOS**

■ ■ **HIDROCORTISONA + MICONAZOL, NITRATO**

*Brentan*® • Crema (10 + 20) mg/g (30 g) ✱

*Micosis acompañadas de inflamación o eczematizadas:* 1 aplic/12-24 h x 2-5 sem, masajear suavemente. Ver ⓘ de antimicóticos tópicos (pág.83) y de corticosteroides tópicos (pág.87).

**D07B4 - CORTICOSTEROIDES TÓPICOS ASOCIADOS CON OTRAS SUSTANCIAS**

■ ■ **ALANTOÍNA + AMINOACRIDINA + BÁLSAMO DEL PERÚ + PREDNISOLONA**

*Antigrietun*® • Pda (20 + 0,7 + 10 + 0,5) mg/g (30 g)

**Ad:** *Grietas del pezón:* tto: 2-3 aplic/d, profilaxis: 1 aplic/d. *En lactancia:* 1 aplic tras cada tetada (limpiar la zona impregnada antes de cada toma).

**D08 - ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES, EXCLUIDOS APÓSITOS**

**INFORMACIÓN PARA EL USO DE ANTISÉPTICOS**

ANTISÉPTICO	INDICACIONES	OBSERVACIONES
Ácido acético 2%	Otitis externa Quemaduras y heridas	Eficaz frente <i>Pseudomonas</i> , <i>Haemophilus</i> , hongos.

<b>Agua oxigenada 10 volúmenes</b>	Heridas sucias Debridante	Bactericida, esporicida, fungicida y virucida. Eficacia teórica frente a anaerobios. Pierde actividad con el tiempo.
<b>Alcohol 70°</b>	Antisepsia de la piel previa a inyección	Es más eficaz que el de 96°. El antiséptico más rápido (mata 90 % de bacterias de piel en 2 min de aplicación). Poco eficaz frente a virus y hongos. No eficaz frente a esporas. Aplicar dejando secar. Su administración continuada puede producir irritación y sequedad. No utilizar en heridas abiertas.
<b>Benzalconio, cloruro</b> Solución al 0,06%	Ver Lindemil®, pág.93.	Bactericida con mayor actividad sobre Gram(+). Fungistático, virucida frente a virus lipófilos. No activo frente a esporas. Incompatible con surfactantes aniónicos, incluyendo jabones, permanganatos, salicilatos, sulfonamidas y otras sustancias. Para diluir, no utilizar agua del grifo por poder contener iones metálicos y materia orgánica que lo inactive.
<b>Clorhexidina:</b> -Sol alcohólica 0,5% -Sol acuosa 0,05% -Sol jabonosa 4%	Limpieza y antisepsia de piel, preoperatoria. Desinfección de material limpio (tapones de viales, amp), aplicar durante 2 min. Antisepsia de heridas y úlceras. Limpieza de la piel y lavado de manos prequirúrgicos.	El más persistente. Cubre Gram(+) y algunos Gram(-). No eficaz frente a virus, esporas y algunas <i>Pseudomonas</i> . La solución alcohólica combina la rapidez de acción del alcohol con la persistencia de la clorhexidina. Lavar 2-3 min, dejar secar y repetir el proceso. La clorhexidina instilada en el oído medio puede producir sordera.
<b>Povidona yodada:</b> -Sol 10% -Sol jabonosa 4% -Sol alcohólica 1%	Antiséptico uso general (heridas y quemaduras leves). Limpieza de la piel y lavado de manos prequirúrgicos. Antisepsia de piel sana	El de espectro más amplio, incluido hongos, virus y esporas. Menos efectivo que clorhexidina y con menor duración de acción. Más actividad frente a Gram(+). Evitar usarla en heridas abiertas (puede dañar el tejido de granulación). No usar en recién nacidos. Precaución en embarazo y lactancia.

■ **ÁCIDO ACÉTICO**

Ácido acético sol

• Sol 2 % 500 ml

FM

Otitis externa: introducir un algodón empapado en el canal auditivo y mantenerlo húmedo durante 24 h, retirar e instilar dentro del canal 5 gotas x 3-4 v/d; contraindicado si perforación timpánica o tubo de timpanoplastia. Heridas y quemaduras: gasas humedecidas con la sol en las zonas afectadas, recambio diario.



**■AGUA OXIGENADA**

*Agua oxigenada*® • Sol 3 % (10 volúmenes) 500 ml

**■ALCOHOL ETÍLICO**

*Alcoholcel 70*® • Sol 70 % 250 ml  
• Sol 70 % 500 ml

**■CLORHEXIDINA**

*Hibimax*® • Sol 5 % 500 ml  
• Sol jabonosa 4 % 500 ml  
*Menalcohol reforzado*® • Sol alcohólica 0,5% 250 ml

*Sol acuosa de clorhexidina al 0,05%*

• Sol 100 ml FN  
• Sol 500 ml FN

**■NITROFURAL (NITROFURAZONA)**

*Furacin*® • Pda 0,2 % 100 g

En quemaduras de 2º y 3º grado, como alternativa a otros agentes cuando existe problema de resistencias. Amplio espectro frente a la mayoría de bacterias que causan normalmente infecciones superficiales. Poco efectiva frente a *Pseudomonas aeruginosa*. No activa frente a virus ni hongos. Contiene polietilenglicoles, usar con precaución en pacientes con insuficiencia renal.

**■POVIDONA YODADA**

*Betadine*® • Sol Dérmica 10 % 125 ml  
• Sol Dérmica 10 % 500 ml  
• Pda Dérmica 10 % 30 g  
• Sol Jabonosa 4 % 500 ml  
*Povidona yodada 10%*<sup>FM</sup> • Sol Dérmica 10 % 10 ml  
*Orsan*® • Spray 1 % 250 ml (solución alcohólica)

**D09 - APÓSITOS MEDICAMENTOSOS**

**■BACITRACINA, ZINC + NEOMICINA, SULFATO + POLIMIXINA B, SULFATO**

*Tulgrasum Antibiótico*® • Sb 7 x 9 cm  
• Sb 23 x 14 cm

Renovar el apósito c/12-24 h. Ver ⓘ de antibióticos tópicos (pág.86).

**■BENZOATO DE BENCILO + BENZALCONIO, CLORURO + CISTEINA + GLICINA + TREONINA**

*Tulgrasum Cicatrizante*® • Sb 7 x 9 cm  
• Sb 23 x 14 cm

Renovar el apósito c/12-24 h.

## **D11 - OTROS PREPARADOS DERMATOLÓGICOS**

### **■EOSINA YELLOW**

*Eosina 2 %*

- Sol acuosa 100 ml

FN

### **■PLATA, NITRATO**

*Argenpal®*

- Varillas 50 mg

Tratamiento cáustico. Humedecer el extremo con agua y pincelar la zona a tratar unos minutos, procurando limitar la aplicación al área afectada. Varillas de un solo uso.

### **■SULFATO DE COBRE**

*Sulfato de cobre 0,1 %*

*en infusión de flor de sauco*

- Sol 500 ml

FN



## Grupo G: PREPARADOS GENITOURINARIOS Y HORMONAS SEXUALES

### G01 - ANTIINFECCIOSOS Y ANTISÉPTICOS GINECOLÓGICOS

#### ■ **BENZALCONIO, CLORURO + SULFATO ALUMÍNICO-POTÁSICO**

*Lindemil®* • Sol (0,6% + 8%) 500 ml

Diluir 15-30 ml en 1 L de agua templada y realizar 1-2 irrigaciones vaginales/d. Se inactiva por detergentes aniónicos y jabones, eliminar restos antes de aplicar.

☞ No es activo frente a esporas, virus y algunas bacterias Gram- (Pseudomonas, Mycobacterias, etc).

#### ■ **CLOTRIMAZOL**

*Gine-Canesten®* • Comp vaginal 100 mg  
• Comp vaginal 500 mg

**Ad:** *Candidiasis vulvovaginal:* 100 mg/24 h intravaginal hs x 6 d ó 500 mg en dosis única intravaginal hs ó 200 mg/24 h intravaginal hs x 3 d. *Alivio sintomático en tricomoniasis 1<sup>er</sup> trimestre embarazo:* 100 mg/24 h intravaginal hs x 14 d.

☞ No tratar durante la menstruación. Los comp vaginales pueden reducir la protección de preservativos y diafragmas de látex. No utilizar el aplicador en las últimas 4-6 sem del embarazo.

#### ■ **METRONIDAZOL**

*Flagyl®* • Comp 250 mg

**Ad:** *Tricomoniasis:* 2 g VO pc dosis única (repartido en 1 ó 2 tomas) ó 250 mg/8 h VO x 7 d, tratar a la/s pareja/s. *Vaginosis bacteriana:* 500 mg/12 h VO pc x 7 d, si paciente mal cumplidor 2 g VO dosis única. Tomar con comidas si molestias gástricas.

☞ No utilizar en el 1<sup>er</sup> trimestre del embarazo (ver clotrimazol intravaginal). Puede teñir la orina de rojo o marrón.

#### ■ **POVIDONA YODADA**

*Betadine Vaginal®* • Sol 10 % 125 ml

Diluir 30 ml (2 tapones rasos) en 1 L de agua y realizar 1-2 irrigaciones/d. No utilizar en el embarazo (puede afectar la función tiroidea fetal).

### G02 - OTROS PREPARADOS GINECOLÓGICOS

#### G02A - OXITÓCICOS

#### ■ **DINOPROSTONA (PROSTAGLANDINA E<sub>2</sub>, PG-E<sub>2</sub>)**

*Prepidil gel®* • Jer-Gel 0,5 mg/2,5 ml \* , H

- Propess®**
- Dispositivo vaginal de liberación controlada (10 mg) ❄️, H

Prepidil®: **Ad:** Maduración cervical: 0,5 mg dentro del canal cervical, justo bajo el orificio interno del mismo y mantener en decúbito 15 min, se puede repetir dosis a las 6 h si es preciso, máx= 1,5 mg en 24 h. No administrar oxitocina en la 6 h posteriores.

Propess®: **Ad:** Maduración cervical: colocar un dispositivo en la parte alta del fórnix posterior de la vagina durante un máximo de 12 h (velocidad de liberación: 0,3-0,4 mg/h, dosis media liberada: 4 mg en 12 h), mantener en decúbito durante 30 min.

- ☞ Retirar el dispositivo ante efectos 2<sup>arios</sup>, hiperestimulación, sufrimiento fetal, rotura de membranas, desencadenamiento del parto o a las 12 h de la inserción.

#### ■ METILERGOMETRINA, MALEATO

- Methergin®**
- Gts 0,25 mg/ml (10 ml) (20 gts/ml)
  - Amp 0,2 mg/1 ml ❄️

**Ad:** Hemorragia postparto: 0,2 mg/2-4 h IM, máx= 5 dosis, y pasar a VO: 0,2-0,4 mg (15-30 gts) x 3 v/d VO. Si urgencia se puede administrar la dosis IM por vía IVdir lenta (> 1 min) diluyendo la amp en 5 ml de SF.

#### ■ OXITOCINA

- Syntocinon®**
- Amp 10 UI/1 ml ❄️, H

Diluir ½ amp (5 UI) en 500 ml de SF o Ringer lactado ( 0,01 UI/ml). **Ad:** Inducción del parto: inicio 0,001-0,002 UI/min (2-4 gts/min) InfIV y aumentar gradualmente 0,001-0,002 UI/min (2-4 gts/min) c/15-60 min hasta respuesta (3-4 contracciones buenas en 10 min), máx= 0,02 UI/min (40 gts/min). Hemorragia postparto: 0,02-0,04 UI/min InfIV ó 10 UI IM tras expulsión de placenta. Deben haber transcurrido más de 6 h desde la administración de prostaglandinas (Prepidil gel®).

### G02B - ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS

#### ■ LEVONORGESTREL

- Mirena®**
- Dispositivo intrauterino 52 mg 🇺🇸<sup>1</sup>, H

**Ad:** Menorragia idiopática: inserción intrauterina, inicialmente libera 20 mcg/d de levonorgestrel, tasa media de liberación en los 5 años de validez: 14 mcg/d.

### G02C - OTROS PREPARADOS GINECOLÓGICOS

#### ■ ATOSIBAN

- Tractocile®**
- Vial 7,5 mg/ml 0,9 ml (6,75 mg) ❄️, H, 🇺🇸<sup>2</sup>
  - Vial 7,5 mg/ml 5 ml ❄️, H, 🇺🇸<sup>2</sup>

**Ad:** Parto prematuro: inicio 6,75 mg IVdir (1 min) seguido de InfIV 18 mg/h x 3 h y después 6 mg/h x 45 h, máx= 330 mg en 48 h. Para la dosis bolo utilizar el vial de 0,9 ml y, para la InfIV, diluir 2 viales de 5 ml en 90 ml de SF o G5% ó 1 vial de 5 ml en 45 ml de SF o G5% (estabilidad 24 h).

- ☞ Restringido a Obstetricia. Antagonista de los receptores de oxitocina. Alternativa a

ritodrina o beta-agonistas para retrasar el parto prematuro de 24-33 sem completas de gestación cuando no se tolere o estén contraindicados los anteriores.

#### ■BENCIDAMIDA

Rosalgin® • Sb 500 mg

**Ad:** Vaginitis inespecíficas: disolver 2 sb en 1 L de agua y aplicar 1-2 irrigaciones vaginales o lavados externos/d.

☞ AINE con papel terapéutico dudoso, puede aliviar los síntomas pero sin resolver la vaginitis.

#### ■CABERGOLINA

Dostinex® • Comp 0,5 mg

**Ad:** Inhibición de lactancia: 1 mg (2 comp) VO ac, dosis única, 24 h después del parto. Supresión de lactancia ya establecida: 0,25 mg (1/2 comp)/12 h VO ac x 2 d (total 1 mg). Hiperprolactinemia: 0,5 mg/sem VO ac en 1-2 tomas/sem y aumentar c/mes 0,5 mg hasta respuesta, dosis usual= 0,25-2 mg/sem, máx= 4,5 mg/sem; si dosis > 1 mg/sem, repartir en varios días/sem.

#### ■RITODRINA

Pre Par® • Comp 10 mg  
• Amp 50 mg/5 ml H

Dilución para bomba de infusión: 2 amp (100 mg) en 50 ml de G5% (conc final: 2 mg/ml); dilución para gotero: 2 amp (100 mg) en 500 ml de G5% (conc final: 200 mcg/ml, 10 mcg/gota). **Ad:** Amenaza de parto prematuro: inicio 50 mcg/min InfIV y aumentar 50 mcg/min c/10 min según control, mantener la InfIV hasta 12-24 h después del cese de las contracciones, 30 min antes de suspender la InfIV iniciar el tto VO: 10 mg/2 h x 24 h y después 10 mg/3-6 h, máx= 120 mg/d VO.

### G03 - HORMONAS SEXUALES Y SUSTANCIAS RELACIONADAS

#### ■CIPROTERONA, ACETATO

Androcur® • Comp 50 mg

**Ad:** Carcinoma de próstata: 100 mg x 1-3 v/d VO pc. Hipersexualidad masculina: 50 mg x 2 v/d VO pc x 4 sem y aumentar a 100 mg x 2 v/d hasta respuesta, mantener con dosis mínima eficaz. Acné e hirsutismo en mujeres: 100 mg/24 h VO los días 1º al 10º del ciclo asociando, en edad fértil, anovulatorio oral los días 1º a 21º.

### G04 - UROLÓGICOS

#### G04A - ANTISÉPTICOS Y ANTIINFECCIOSOS URINARIOS

#### ■NORFLOXACINO

Noroxin® • Comp 400 mg

**Ad:** Infección urinaria: 400 mg/12 h VO ac x 7-10 d. Gastroenteritis: 400 mg/12 h VO

ac x 3-5 d.

## **G04B - OTROS PREPARADOS UROLÓGICOS**

### **■ ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO**

*Uronefrex*® • Cáps 250 mg E.C.M.

**Ad:** *Urolitiasis por bacterias ureasa (+):* 10-15 mg/kg/d en 3-4 tomas/d VO ac, dosis usual= 250 mg x 3-4 v/d, máx= 1,5 g/d.

☞ Especialidad de Especial Control Médico (E.C.M.), requiere seguimiento de recuentos hemáticos y función renal del paciente.

### **■ CITRATO POTÁSICO**

*Acalka*® • Comp 1,08 g (10 mEq de K)

**Ad:** inicio 1-2 comp/8 h VO pc y ajustar según respuesta, máx= 10 comp/d. No masticar ni disolver los comp.

### **■ ECHINACEA ANGUSTIFOLIA + PRUNUS AFRICANA + SERENOA REPENS**

*Neo Urgenin*® • Gg (100 + 25 + 200) mg

**Ad:** 4 gg/d VO pc en 3 tomas/d (1-1-2) x 8 sem, mantenimiento= 2 gg/d.

### **■ FINASTERIDA**

*Proscar*® • Comp 5 mg

**Ad:** *Hiperplasia benigna de próstata sintomática:* 5 mg/24 h VO.

☞ Categoría X de la FDA, puede absorberse a través del contacto directo con comp triturados o partidos y a través del semen.

### **■ OXIBUTININA**

*Ditropan*® • Comp 5 mg

**Vejiga neurógena espástica y enuresis con inmadurez vesical:** **Ad:** 5 mg x 2-3 v/d VO, si trastorno miccional nocturno dar la dosis/d hs, máx= 20 mg/d. **Nñ >5a:** 5 mg x 2 v/d VO (espaciar las tomas al menos 4 h), máx= 15 mg/d.

## Grupo H: PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES

### H01 - HORMONAS HIPOFISARIAS

#### ■ DESMOPRESINA (ADH)

Minurin®

- Gts nasales 10 mcg/0,1 ml (2,5 ml) ❄
- Amp 4 mcg/1 ml ❄

Diabetes insípida central: Intranasal Ad: 5-40 mcg/d en 1-2 dosis/d. Intranasal Niñ 3m-12a: 5-20 mcg/d en 1-3 dosis/d. Parenteral Ad y Niñ >12a: 1-4 mcg SC o IV x 1-2 v/d. Ajustar dosis según volumen urinario y natremia. Enuresis nocturna: Ad y Niñ >7a: 10-40 mcg intranasal hs (½ dosis en cada orificio). Hemofilia A y enfermedad de Von Willebrand (tipo I, actividad coagulante del factor VIII > 5%): Ad y Niñ >10 kg: 0,3 mcg/kg InfIV en 15-30 min (diluir en 50-100 ml SF); si efecto positivo, repetir dosis inicial sólo 1-2 veces, c/6-12 h.

#### ■ SOMATOTROPINA

Genotonorm Kabipen®

- Cartucho 5,3 mg ❄, H
- Cartucho 12 mg ❄, H

Genotonorm MiniQuick®

- Jer 0,2 mg ❄, H
- Jer 0,4 mg ❄, H
- Jer 0,6 mg ❄, H
- Jer 0,8 mg ❄, H
- Jer 1 mg ❄, H
- Jer 1,2 mg ❄, H
- Jer 1,8 mg ❄, H

Humatrope®

- Cartucho 6 mg ❄, H
- Cartucho 12 mg ❄, H
- Cartucho 24 mg ❄, H

**Ad:** Déficit de hormona de crecimiento: inicio 0,15-0,3 mg/d SC y aumentar gradualmente en función de respuesta y tolerancia, rara vez la dosis de mantenimiento supera 1 mg/d. **Niñ:** Déficit de hormona de crecimiento: 25-35 mcg/kg/d SC. Síndrome de Turner y falta de crecimiento en insuficiencia renal crónica: 50 mcg/kg/d SC. Niños pequeños para la edad gestacional: 35 mcg/kg/d SC; suspender después del 1<sup>er</sup> año de tto si velocidad de crecimiento < 1 SDS o < 2 cm/año o edad ósea >14a (niñas) o >16a (niños). Síndrome de Prader-Willi: 35 mcg/kg/d, máx= 2,7 mg/d.

☞ Se recomienda administrar en dosis única diaria SC, rotando los lugares de inyección para prevenir la lipoatrofia. Para la dispensación del medicamento, es imprescindible la aprobación previa del Protocolo individual por el Comité de la Hormona de Crecimiento.

#### ■ TETRACOSÁCTIDO, HEXAACETATO (ACTH)



Synacthen®	• Amp 0,25 mg/1 ml (25 U de ACTH)	✱, 🌐 <sup>1</sup> , H
Nuvacthen Depot®	• Amp 1 mg/1 ml	✱

Tto (Nuvacthen Depot®): **Ad:** inicio 1 mg/d IM profunda, tras remisión de síntomas agudos reducir a 0,5 mg/2-3 d ó 1 mg/sem. **Nñ >3a:** inicio 0,25-1 mg/d IM, mantenimiento= 0,25-1 mg/2-8 d. **Nñ ≤3a:** inicio 0,25-0,5 mg/d IM, mantenimiento= 0,25-0,5 mg/2-8 d. **Lactantes:** inicio 0,25 mg/d IM, mantenimiento= 0,25 mg/2-8 d. Diagnóstico de la función suprarrenal (Synacthen®): **Ad:** 0,25-0,75 mg IM o IVdir en 2 min ó 0,25 mg InflV (en SF o G5% a 0,04 mg/h en 6h). **Nñ:** 0,25 mg/m<sup>2</sup> IM o IVdir en 2 min. **Nñ ≤ 2a:** 0,125 mg IM o IVdir en 2 min. **Neonatos:** 0,015 mg IM o IVdir en 2 min.

☞ En tto son de elección los corticoides por tener menor variabilidad de respuesta.

## **H02 - CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS**

① Los parámetros que diferencian entre sí a los **CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS** son:

- Potencia antiinflamatoria: se compensa con la dosis (ver tabla de equivalencias).
- Actividad mineralocorticoide: imprescindible en el tto sustitutivo de la insuficiencia adrenal y cuadros graves de hipotensión postural. Cuando se busca un efecto *antiinflamatorio* o *inmunosupresor* se elige un compuesto con actividad *glucocorticoide* y con nula o mínima actividad mineralocorticoide.
- Duración de acción: son de elección los de duración "corta o intermedia" en:
  - *Urgencias y procesos agudos.* Mejor respuesta con varias dosis/día que con un corticoide de larga duración.
  - *Insuficiencia endocrina (terapia de sustitución).* Utilizar derivados y pautas de dosificación que imitan mejor la secreción natural (hidrocortisona).
  - *Terapia en días alternos.* Evita la atrofia hipotalámico-hipofisario-adrenal (H-H-A) que se produce en tto prolongado. Son de elección los corticoides que mantienen el efecto antiinflamatorio dos días y no inhiben el eje H-H-A durante más de día y medio (prednisona o metilprednisolona).

Los de duración de acción "larga" son útiles en procesos crónicos que no responden adecuadamente a terapias de días alternos y cuando se busca un efecto inmunosupresor. Es de elección la vía oral frente la IM, permite una mejor regulación de la respuesta terapéutica y menor supresión del eje H-H-A.

Los efectos adversos de los corticoides son frecuentes y dependen más de la duración del tto que de la dosis o del preparado elegido. Los ttos de varios meses requieren retirada gradual del corticoide hasta recuperación de función normal del eje H-H-A, puede requerir hasta 1 año. Los ttos de corta duración <3 sem (independientemente de la dosis) o ttos crónicos con dosis < 5 mg/d de prednisona (o dosis equivalente), no requiere retirada gradual (vigilar insuficiencia suprarrenal y reactivación de la enfermedad de base). Tomar con alimentos para mejorar la tolerancia gástrica.

**TABLA DE EQUIVALENCIAS**

	Actividad Gluco-corticoide	Actividad Mineralo-corticoide	Dosis Equivalente (mg)	Duración de acción (h)
Hidrocortisona	1	1	20	38575
Prednisolona	4	0,8	5	12-36
Prednisona	4	0,8	5	12-36
Deflazacort	4	0,5	7,5	12-36
Metil-Prednisolona	5	0,5	4	12-36
Triamcinolona	5	0	4	12-36
Parametasona	10	0	2	12-36
Dexametasona	25	0	0,75	36-72
Betametasona	25 - 30	0	0,6	36-72
Fludrocortisona	10	125	0,05 -0,1*	12-36

\* Dosis usual como mineralcorticoide (no útil como glucocorticoide)

**H02A1 - MINERALCORTICOIDES**

**■ FLUDROCORTISONA**

*Astonin*® • Comp 100 mcg

*Terapia sustitutiva mineralocorticoide en insuficiencia adrenal: Ad:* 50-300 mcg/d VO pc. *Nñ:* 50-100 mcg/d VO pc. *Lactantes:* 100-200 mcg/d VO pc. Se utiliza asociada a la hidrocortisona.

**H02A2 - GLUCOCORTICOIDES**

**■ ■ BETAMETASONA (ACETATO + FOSFATO DISÓDICO)**

*Celestone Cronodose*® • Vial (6 + 6 mg)/2 ml

**Ad:** 1-2 ml IM, que puede repetirse 1 ó más veces/sem. **Intraarticular:** 0,25-2 ml, según tamaño de la articulación. **Intralesional:** < 1 ml/sem vía intradérmica.

☞ Mezcla de un éster de acción rápida y otro de depósito.

**■ DEXAMETASONA**

*Fortecortin*® • Comp 1 mg  
• Amp 4 mg/1 ml  
• Amp 40 mg/5 ml  
*Dexametasona* • Cáps 10 mg FN

*Antiinflamatorio: Ad:* 0,75-9 mg/d VO pc, en 2-4 tomas/d; 0,5-9 mg/d IM o IV en dosis

única o dividido c/6 h. **Nñ:** 0,03-0,15 mg/kg/d VO (pc), IM ó IV dividido en 2-4 dosis/d. Edema cerebral, neoplasias cerebrales: **Ad:** 10-20 mg IV, seguido 4 mg/6 h IM ó IV hasta control de síntomas (48-72 h), reducir dosis en 5-7 d y suspender o mantenimiento= 2-3 mg/8-12 h VO pc. **Nñ:** 1,5 mg/kg, seguido 1,5 mg/kg/d VO (pc), IV o IM, en 4 dosis/d x 5 d, reducir gradualmente y suspender. Antiemético: **Ad:** 10-20 mg IV antes de la quimioterapia, seguir con 4 mg/6 h IV si precisa. **Nñ:** 10-14 mg/m<sup>2</sup> VO o IV. Situaciones de emergencia (ej. alergias, ...): **Ad:** 4-20 mg IM ó IV, se puede repetir la dosis. Crup: **Nñ:** 0,15 mg/kg IM. Hiperplasia adrenal congénita: **Ad:** 0,25-0,5 mg/d VO pc (hs), máx= 1,5 mg/d. Meningitis bacteriana: **Nñ >2m:** 0,15 mg/kg/6 h IV x 4 d, iniciar junto con antibióticos. Edema de vías aéreas o extubación: **Nñ:** 0,5-2 mg/kg/d VO (pc), IM ó IV, en 4 dosis/d; iniciar 24 h antes de la extubación y continuar x 4-6 dosis postextubación. **Neonatos:** 0,25 mg/kg IV, 4 h antes de extubación, seguir c/8 h x 3 dosis, máx= 1 mg/kg/d. Displasia broncopulmonar (facilitar retirada del ventilador): **Nñ:** 0,5-0,6 mg/kg/d VO (pc) o IV, en 2 dosis/d x 3-7 d.

### ■HIDROCORTISONA

- Hidroaltosona*®
- Comp 20 mg
- Actocortina*®
- Vial 100 mg
  - Vial 500 mg

Terapia sustitutiva: **Ad:** 20-30 mg/d VO pc, en 2 tomas/d (2/3 desayuno y 1/3 merienda), ajustar según respuesta. **Nñ:** 0,5-0,75 mg/kg/d pc VO en 2-3 tomas/d ó 0,15-0,35 mg/kg/d IM dosis única matinal. Situaciones de emergencia (anafilaxia, angioedema, shock): **Ad:** 500 mg/6-8 h ó 100 mg/2-6 h IM ó IV lenta, máx= 6 g/d. Insuficiencia suprarrenal aguda, asma: **Ad:** 100 mg/6-8 h InfIV en 15 min (en 100 ml SF). Antiinflamatorio: **Nñ:** 2,5-10 mg/kg/d VO pc, en 3-4 tomas/d, ó 1-5 mg/kg/d IM ó IV, en 1-2 dosis/d. Asma: **Nñ:** inicio 4-8 mg/kg IV (máx= 250 mg), luego 8 mg/kg/d IV en 3-4 dosis/d.

### ■METIL-PREDNISOLONA

- Urbason*®
- Comp 4 mg
  - Comp 16 mg
  - Comp 40 mg
  - Amp 8 mg
  - Amp 20 mg
  - Amp 40 mg
  - Amp 250 mg
- Solu-Moderin*®
- Vial 125 mg
  - Vial 500 mg
  - Vial 1 g

Antiinflamatorio, antialérgico e inmunosupresor: **Ad:** inicio 12-80 mg/d VO pc (máx= 80 mg/d), ajustar según respuesta y mantener 4-16 mg/d VO pc, en 1-4 tomas/d; ó 10-40 mg c/6 h x 48 h IM ó IV (en casos graves, repetir a los 30 min). **Nñ:** 0,5-1,7 mg/kg/d VO (pc), IM ó IV, en 2-4 dosis/d. Pulsoterapia (lesión aguda de médula espinal, brote de esclerosis múltiple, brote de LES y artritis reumatoide, etc): 1 g/24 h InfIV en 60-90 min (diluir en G5% o SF) x 3-5 d según enfermedad.

### ■PARAMETASONA

- Cortidene Depot*®
- Amp 40 mg/2 ml

Local/intraarticular: **Ad**: 2-40 mg (0,1-2 ml) según lesión o tamaño de la articulación. No inyectar más de 2 articulaciones/vez, más de 3 v/año/articulación, ni frecuencia mayor a 1 v/2-3 meses.

#### ■ PREDNISOLONA

*Estilsona®*

- Gts 7 mg/ml 10 ml (1 mg/6 gotas) (1 ml = 40 gts)

Antiinflamatorio, inmunosupresor: **Nñ**: 0,2-2 mg/kg/d VO pc en 1-4 tomas/d, descenso gradual, mantenimiento= 0,05-0,15 mg/kg/d VO pc, en dosis única con el desayuno o c/48 h.

☞ Corticoide de elección para tto antiinflamatorio de larga duración.

#### ■ PREDNISONA

*Dacortin®*

- Comp 5 mg
- Comp 30 mg

Antiinflamatorio, inmunosupresor: **Ad**: inicio 0,2-1 mg/kg/d pc VO (10-60mg), según severidad, reducir D gradualmente hasta mantenimiento= 2,5-15 mg/d pc VO, en dosis única con el desayuno ó c/48 h si el proceso lo permite; casos muy severos: 1,5-2 mg/kg/d en 2-4 tomas/d. **Nñ**: 0,2-2 mg/kg/d pc VO en 1-4 tomas/d, descenso gradual, mantenimiento= 0,05-0,15 mg/kg/d pc VO, en dosis única con el desayuno o c/48 h.

☞ Corticoide de elección para tratamiento antiinflamatorio de larga duración.

#### ■ TRIAMCINOLONA

*Trigon Depot®*

- Amp 40 mg/1 ml

Local/intraarticular: **Ad**: 4-80 mg (0,1-2 ml) según lesión o tamaño de la articulación. No inyectar más de 2 articulaciones/vez, más de 3 v/año/articulación, ni frecuencia mayor a 1 v/2-3 meses.

#### ■ DEFLAZACORT

*Dezacor®*

- Comp 6 mg
- Comp 30 mg

**Ad**: 6-90 mg/d VO, en dosis única matinal (desayuno). **Nñ >2 m**: 0,5-1,5 mg/kg/d VO.

☞ Corticoide de duración de acción intermedia similar a prednisona. En el uso crónico a dosis equivalentes (7,5 mg deflazacort vs 5 mg prednisona), no hay diferencias en tolerancia (efecto diabético, osteopenia), pero sí un coste 6 veces superior. Reservar para los casos que no toleren el efecto mineralocorticoide de la prednisona.

## H03 - TERAPIA TIROIDEA

### H03A - PREPARADOS TIROIDEOS

#### ■ IODO + IODURO POTÁSICO

*Lugol 5 %*

- Sol 20 ml (130 mg Iodo total/ml = 50 mg Iodo libre/ml) FM

**Ad**: Preoperatorio del tiroides: 0,1-0,3 ml VO c/8 h x 7-14 d. Administrar disuelto en

leche o agua.

#### ■L-TIROXINA (LEVOTIROXINA, T4)

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| <i>Eutirox</i> ®    | • Comp 25 mcg  |
|                     | • Comp 50 mcg  |
|                     | • Comp 100 mcg |
| <i>Levothroid</i> ® | • Vial 500 mcg |

Terapia sustitutiva: **Ad**: inicio 50 mcg/d VO, por la mañana en ayunas, incrementar 25 mcg c/3-4 sem hasta normalización de TSH, dosis usual= 1,6-2 mcg/kg/d. En ancianos, cardiopatía isquémica e hipotiroidismo de larga duración: dosis inicial 25 mcg/d e incrementos de 12,5 mcg. Efecto clínico valorable a las dos sem de iniciado el tto. Por vía IV lenta (sólo si no se tolera la VO) dar el 50-75% de la dosis oral. **Nñ >12a**: 2-3 mcg/kg/d. **Nñ 6-12a**: 4-5 mcg/kg/d. **Nñ 1-5a**: 5-6 mcg/kg/d. **Neonatos y Nñ <1a**: 10-15 mcg/kg/d VO, incrementar 12,5 mcg c/3-4 sem. Coma mixedematoso: **Ad**: 400 mcg IVdir en 2-3 min (en 5 ml SF); seguir con 50 mcg/d IV hasta tolerancia oral de dosis sustitutiva.

- ☞ La liotironina o triyodotironina (T3), no disponible en España se obtiene por ME, inicio de acción rápido y corta duración, no presenta ventajas en tto crónicos respecto a la L-tiroxina, útil en pautas cortas en rastreo o tto con radioyodo en cáncer de tiroides.

### **H03B - PREPARADOS ANTITIROIDEOS**

#### ■CARBIMAZOL

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| <i>Neo Tomizol</i> ® | • Comp 5 mg |
|----------------------|-------------|

Hipertiroidismo: **Ad**: 20-60 mg/d VO en 3-4 tomas/d. Alcanzado el estado eutiroideo (1-2 meses) reducir a 5-20 mg/d. Tto preoperatorio: 15-20 mg/d VO en varias tomas. Hipertiroidismo neonatal: 2,5 mg/8 h VO, si mejoría clínica, reducir a dosis mínima eficaz.

- ☞ Profármaco del tiamazol, 1 mg de carbimazol equivale a 0,6 mg de tiamazol. Categoría D de la FDA, atraviesan la placenta y pueden inducir bocio o hipotiroidismo en el feto.

#### ■PROPILTIOURACILO

- |                    |              |   |
|--------------------|--------------|---|
| <i>Propylcil</i> ® | • Comp 50 mg |  |
|--------------------|--------------|---|

**Ad**: inicio 300-400 mg/d VO repartido c/6-8 h, ajustar c/4-8 sem, máx= 1.200 mg/d, mantenimiento= 100-150 mg/d.

- ☞ Efectos adversos similares a tiamazol, más hepatotóxico, menor paso a placenta y leche materna, siendo el antitiroideo de elección en embarazo y lactancia.

#### ■TIAMAZOL (METIMAZOL)

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| <i>Tirodril</i> ® | • Comp 5 mg |
|-------------------|-------------|

**Ad**: Hipertiroidismo: 20-40 mg/d VO en 3-4 tomas/d. Alcanzado el estado eutiroideo (1-2 meses) reducir a 5-15 mg/d. Tto preoperatorio: 10-15 mg/d VO en varias tomas. **Nñ**: Hipertiroidismo neonatal: 1,5 mg/8 h VO, si mejoría clínica, reducir a dosis mínima eficaz.

**H04 - OTRAS HORMONAS****■ CALCITONINA DE SALMÓN***Calcitonina*<sup>Ⓒ</sup>

• Amp 100 UI/1 ml



**Ad:** Enfermedad de Paget: inicio 100 UI/24 h, SC ó IM, hasta control de síntomas (dolor óseo) y normalización de actividad sérica de fosfatasa alcalina ( $\downarrow$  40-50% inicial), mantenimiento= 50 UI/24-48 h (100 UI/24 h si predominio de sintomatología neurológica y/o deformación ósea), SC ó IM, hasta 1 año, si normocalcemia, asociar 500-1.000 mg/d de calcio. Hipercalcemia: 4 UI/kg/12 h IM o SC, ajustar según calcemia y respuesta; si no respuesta a las 24-48 h, aumentar a 8 UI/kg/6-12 h. Osteoporosis: 100 UI/d SC ó IM, + 1.000-1.500 mg/d de calcio y 400-800 UI/d de vitamina D (también eficaz en ciclos de 10-15 d/mes x 3-6 meses/año). Dolor asociado a metástasis óseas: 200 UI/6 h SC o IM x 48 h (el efecto se mantiene 8-10 d, repetir si reaparición del mismo).

☞ Útil en casos sintomáticos no controlados que cursan con dolor, no recomendada a nivel preventivo. Todas las calcitoninas tienen el mismo efecto farmacológico (100 UI de calcitonina de salmón equivale a 0,5 mg de humana y 40 UE de anguila) siendo de elección la de salmón por la larga duración de acción y menor coste. La humana se reserva a casos de alergia o resistencia a la de salmón. Para vía intranasal, no disponible en el Hospital, dosis dobles respecto a la vía SC o IM (biodisponibilidad del 3%).

**■ GLUCAGÓN***Glucagon Gen Hipokit Nov*<sup>Ⓒ</sup>

• Vial 1 mg + Jer 1 ml



Hipoglucemia grave: **Ad:** 0,5-1 mg SC, IM ó IV, repetir en 20 min si precisa. **Nñ:** 0,03-0,1 mg/kg/dosis, máx= 1 mg/dosis, repetir en 20 min si precisa. **Neonatos:** 0,3 mg/kg /dosis, repetir c/4 h si precisa, máx= 1 mg/dosis. Uso diagnóstico: 0,25-2 mg IV ó 1-2 mg IM. Bradycardia, bloqueo A-V e hipotensión severas asociadas a sobredosificación por beta-bloqueantes o antagonistas del calcio: **Ad:** 2-10 mg IVdir en 1 min, si no respuesta a los 5 min, repetir dosis o iniciar InfV de 2-10 mg/h (reconstituir el vial con API, SF o G5%).

**■ GONADORELINA***Stimu LH*<sup>Ⓜ</sup>

• Vial 50 mcg



Uso diagnóstico: 50-100 mcg SC o IV.

**■ METIRAPONA***Metopirona*<sup>Ⓜ</sup>

• Cáps 250 mg



Uso diagnóstico: **Ad:** 750 mg (15 mg/kg)/4 h VO x 6 dosis. **Nñ:** 15 mg/kg (mínimo 250 mg/dosis)/4 h VO x 6 dosis. Tomar con leche o yogurt para evitar irritación gástrica.

**■ OCTREÓTIDO***Sandostatin*<sup>Ⓜ</sup>

• Amp 0,05 mg/1 ml



• Amp 0,1 mg/1 ml



Acromegalia: 50-100 mcg/8-12 h SC, ajustar según GH, clínica y tolerancia, máx= 1,5

mg/24 h. Tumores gastropancreáticos: inicio 50 mcg/12-24 h SC, luego ajustar 100-200 mcg/8 h. Cirugía pancreática: 100 mcg/8 h SC x 7 d, iniciar, al menos, 1 h antes de la laparotomía. Varices gastroesofágicas sangrantes: inicio 50 mcg IV rápida, seguido 25-50 mcg/h InfIV (diluir en SF) x 2-5 d.

- ☞ Análogo sintético de somatostatina con duración de acción más prolongada (6-12 h), administración más cómoda y menor coste.

## Grupo J: ANTIINFECIOSOS VÍA GENERAL

Ver Anexo 1: Guía para la preparación y administración parenteral de antiinfecciosos (pág.199).

### J01 - ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS

#### J01A - TETRACICLINAS

##### ■DOXICICLINA

*Vibracina*®

- Cáps 100 mg

*Vibravenosa*®

- Amp 100 mg/5 ml

\*  
\*

**Ad y Nñ >8a y >45 kg:** 1<sup>er</sup> día 100 mg/12 h VO ac y después 100 mg/24 h (100 mg/12 h si infección severa) ó 100-200 mg/d InfIV en 1-4 h (diluir con SF o G5% hasta conc 0,1-1 mg/ml, PL). **Nñ >8a y <45 kg:** 1<sup>er</sup> día 4,4 mg/kg/d en 2 dosis VO ac o InfIV en 1-4 h (diluir con SF o G5% hasta conc 0,1-1 mg/ml, PL) y seguir con 2,2 mg/kg/d en 1-2 dosis VO ó InfIV (si infección severa: 4,4 mg/kg/d).

Para evitar el riesgo de irritación esofágica, tomar las cáps con abundante líquido y no acostarse o tumbarse en 1 h. Si irritación gástrica se puede tomar con comidas. No dar leche y derivados, antiácidos, hierro o calcio junto con la toma VO. No administrar por vía IM o SC y evitar la extravasación.

☞ Puede producir pigmentación dental, no dar en lactancia y en niños < 8 años.

#### J01B - CLORANFENICOL Y SIMILARES

##### ■CLORANFENICOL

*Normofenicol*®

- Vial 1 g

**Ad y Nñ >1m:** 50 mg/kg/d IM repartido c/6 h, en el caso de infecciones graves (septicemia o meningitis) aumentar a 100 mg/kg/d. **Nñ <1m:** 25 mg/kg/d IM repartido c/6-8 h. **Prematuros:** 15 mg/kg/d IM repartido c/6-8 h.

La especialidad contiene como disolvente 4 ml de lidocaína al 0,5% para la administración exclusiva por vía IM; para la administración IV, reconstituir con 10 ml de API o G5% y administrar IVdir durante al menos 1 min.

#### J01C - PENICILINAS

##### J01C1 - PENICILINAS SENSIBLES A LA PENICILINASA

##### ■BENCILPENICILINA SODICA (PENICILINA G SODICA)

*Penibiot*®

- Vial 1 mill UI
- Vial 2 mill UI
- Vial 5 mill UI

**Ad y Nñ >12a:** 1 mill UI/4-6 h IM ó 1-5 mill UI/4-6 h InfIV en 1-2 h (diluir en SF). **Nñ 1m-12a:** 100.000-250.000 UI/kg/d repartido c/4-6 h InfIV en 15-30 min (diluir en SF). **Nñ >7d-1m: >2 kg:** 25.000 UI/kg/6 h; **1,2-2 kg:** 25.000 UI/kg/8 h; **≤1,2 kg:** 25.000



UI/kg/12 h. **Nñ** ≤7d: ≤2 kg: 25.000 UI/kg/12 h; >2 kg: 25.000 UI/kg/8 h.

■ **BENCILPENICILINA-BENZATINA (PENICILINA BENZATINA)**

- Cepacilina*®
- Vial 600.000 UI
  - Vial 1.200.000 UI

*Faringitis estreptocócica*: **Ad**: 1.200.000 UI IM dosis única. **Nñ**: 25.000 UI/kg IM dosis única, máx= 1.200.000 UI IM. *Profilaxis fiebre reumática recurrente*: **Ad**: 1.200.000 UI/3-4 sem IM. **Nñ**: 25.000-50.000 UI/kg/3-4 sem IM, máx= 1.200.000 UI. *Sífilis 1<sup>aria</sup>, 2<sup>aria</sup> y latente*: **Ad**: 2.400.000 UI IM dosis única. *Sífilis 3<sup>aria</sup> y neurosífilis*: **Ad**: 2.400.000 UI/sem IM x 3 sem.

■ **BENCILPENICILINA-PROCAÍNA (PENICILINA PROCAÍNA)**

- Aqucilina*®
- Vial 600.000 UI

**Ad y Nñ**: 600.000-1.200.000 UI/24 h IM. *Sífilis congénita*: **Neonatos**: 50.000 UI/kg/24 h IM x 10 d.

■ **BENCILPENICILINA-BENZATINA + BENCILPENICILINA-PROCAÍNA + BENCILPENICILINA POTÁSICA**

- Cepacilina*®
- Vial "6-3-3" (600.000 + 300.000 + 300.000) UI

*Faringitis estreptocócica*: **Ad y Nñ > 5a**: 1 vial IM dosis única. **Nñ < 5a**: ½ vial IM dosis única.

**J01C2 - PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA**

■ **AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO**

- Amoxicilina Clavulánico*<sup>G</sup>
- Sb (250 + 62,5) mg
  - Sb (500 + 125) mg
  - Sb (875 + 125) mg
- Clavumox*®
- Comp (500 + 125) mg
- Augmentine*®
- Susp (100 + 12,5 mg)/ml (60 ml)
  - Vial (1.000 + 200) mg H
  - Vial (2.000 + 200) mg H

Las dosis se expresan en amoxicilina. **Ad y Nñ ≥ 40 kg**: 500-875 mg/8 h VO pc ó 1-2 g/6-8 h IV. **VO: Nñ < 40 kg**: 20-40 mg/kg/d VO pc repartido c/8 h (80 mg/kg/d si sospecha de neumococo resistente). **IV: Nñ >3m y <40 kg**: 100 mg/kg/d IV repartido c/6-8 h. **Nñ <3m**: 100-150 mg/kg/d IV repartido c/8 h. **Prematuros**: 50 mg/kg/12 h IV. Para mejorar la tolerancia gastrointestinal, tomar con alimentos y no superar la dosis de 125 mg/toma VO ó 800 mg/d IV de ácido clavulánico. Administración IV: IVdir en 3 min (en 20 ml API) o InfIV en 30 min (en 50-100 ml SF), preparar justo antes de administrar, estabilidad reconstituido 15 min y diluido 60 min.

■ **CLOXACILINA**

- Orbenin*®
- Cáps 500 mg
- Cloxacilina*<sup>G</sup>
- Vial 500 mg
  - Vial 1 g
  - Susp 125 mg/5 ml (60 ml)

**Ad y Nñ >20 kg:** 500 mg/6 h VO ac ó 250-500 mg/6 h IM ó 0,5-2 g/4-6 h IV. **Nñ < 20 kg:** 50-100 mg/kg/d VO ac, IM o IV repartido c/6 h.  
Administración IV: IVdir en 3-4 min (10 ml API/500 mg).

### **J01C3 - PENICILINAS DE AMPLIO ESPECTRO**

#### **■ AMOXICILINA**

*Amoxicilina*<sup>G</sup>

- Cáps 500 mg
- Sb 250 mg
- Sb 500 mg
- Susp 250 mg/5 ml (120 ml)

**Ad y Nñ >40 Kg:** 0,5-1 g/6-8 h VO, máx= 6 g/d. **Nñ <40 kg:** 25-50 mg/kg/d VO repartido c/8 h, máx= 150 mg/kg/d. Úlcera péptica asociada a *H. pylori* (tto de erradicación): **Ad:** 1g/12 h VO asociada a omeprazol y claritromicina (ver pág.26). Profilaxis de endocarditis bacteriana en procedimientos dental, oral, respiratorio o esofágico en pacientes de riesgo: **Ad:** 3 g VO en dosis única 1 h antes del procedimiento. **Nñ:** 50 mg/kg VO en dosis única 1 h antes, máx= 3 g.

#### **■ AMPICILINA**

*Gobemicina*®

- Vial 1 g

**Ad y Nñ >20 kg:** 0,5-2 g/4-6 h IV o IM, máx= 12 g/d. **Nñ 2-20 kg:** 25 mg/kg/6h IV o IM, dosis doble en meningitis. **Nñ >1 sem y <2 kg ó <1 sem y >2 kg:** 25 mg/kg/8 h IV o IM, dosis doble en meningitis. **Nñ <1 sem y <2 kg:** 25 mg/kg/12 h IV o IM, dosis doble en meningitis.  
Administración: IVdir en 10-15 min (7,5 ml de API/g) o InfIV en 30 min (en 50 ml SF/g).

### **J01C4 - PENICILINAS DE ESPECTRO AMPLIADO A GRAM-NEGATIVOS**

#### **■ ■ PIPERACILINA + TAZOBACTAM**

*Tazoce*l®

- Vial (2 + 0,25) g H
- Vial (4 + 0,5) g H

**Ad y Nñ >12a:** 2-4 g/6-8 h IV, máx= 4 g/6 h.

Administración: IVdir en 3-5 min (10 ml API/2 g) o InfIV en 30 min (en 50-100 ml de SF o G5%).

☞ Pauta de 2 g/6 h más coste-efectiva que 4 g/8 h, proporciona unas concentraciones mínimas superiores con igual o superior eficacia y a un coste menor. En infecciones por *P. aeruginosa*, asociar con un aminoglucósido.

### **J01D - CEFALOSPORINAS**

#### **J01D1 Y J01D2 - CEFALOSPORINAS DE ACCIÓN PREFERENTE SOBRE GRAM POSITIVOS**

#### **■ CEFALEXINA**

*Kefloridina*®

- Sb 250 mg
- Cáps 500 mg

**Ad:** 250-500 mg/6 h VO, máx= 4 g/d. **Nñ:** 25-50 mg/kg/d VO repartido c/6 h, en infecciones graves, doblar la dosis.

■ **CEFAZOLINA**

*Brizolina*® • Vial 1 g

**Ad:** 0,5-2 g/6-8 h IM o IV, máx= 12 g/d. **Nñ:** 25-50 mg/kg/d IM o IV repartido c/6-8 h, máx= 100 mg/kg/d. **Profilaxis quirúrgica:** **Ad:** 1-2 g IV en inducción de anestesia, repetir dosis de 1 g si la intervención se prolonga más de 2h o hemorragia abundante. Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 4-10 ml API) o InfIV en 30-60 min (en 50-100 ml SF o G5%).

**J01D3 - CEFALOSPORINAS DE ACCIÓN PREFERENTE SOBRE GRAM NEGATIVOS**

■ **CEFIXIMA**

*Denvar*® • Sb 100 mg  
• Susp 100 mg/5 ml (100 ml)

**Nñ:** 8 mg/kg/d VO repartido c/12-24 h, máx= 12 mg/kg/d ó 400 mg/d.

■ **CEFONICID**

*Cefonida*® • Vial 1 g IM ✱  
• Vial 1 g IV ✱

**Ad:** 1 g/24 h IM o IV, máx= 2 g/d. **Nñ >1a:** 50 mg/kg/24 h IM o IV. Si dosis de 2 g IM, repartir en 2 masas musculares. Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 2,5 ml de bicarbonato sódico 4%, amp de la presentación IV) o InfIV en 20-30 min (en 50-100 ml de SF o G5%).

■ **CEFOTAXIMA**

*Claforan*® • Vial 1 g IM DH  
• Vial 1 g IV DH

**Ad y Nñ >12a:** 1-2 g/6-12h IM o IV, máx= 12 g/d (meningitis), c/12 h sólo si ITU o gérmenes muy sensibles. **Nñ 1m-12a:** 50-150 mg/kg/d IM o IV repartido c/6-8 h, máx= 300 mg/kg/d (meningitis). **Nñ 1 sem-1m:** 50 mg/kg/8 h IM o IV. **Nñ <1 sem:** 50 mg/kg/12 h IM o IV. **Prematuros:** 25 mg/kg/12 h IM o IV. Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 4-10 ml de API) o InfIV en 20-30 min (en 50-100 ml de SF o G5%) o InfIV continua (en 50-1.000 ml SF o G5%).

■ **CEFTRIAXONA**

*Ceftriaxona*® • Vial 1 g IM DH  
• Vial 1 g IV DH

**Ad y Nñ >12a:** 1-2 g/24 h IM o IV, máx= 4 g/d en 1-2 dosis (meningitis). **Nñ 1m-12a:** 50-75 mg/kg/24 h IM o IV, máx= 100 mg/kg/d ó 4 g/d (meningitis). Desplaza a la bilirrubina de su unión con la albúmina, no recomendado en prematuros o neonatos hiperbilirrubinémicos. Si dosis de 2 g IM, repartir en 2 masas musculares. La pauta de 2 g/24 h permite una difusión más rápida a tejidos que la de 1 g/12 h. Administración IV: IVdir en 2-4 min (en 10 ml API, SF o G5%) o InfIV en 15-30 min (en

50-100 ml de SF o G5%).

■ **CEFUROXIMA**

*Cefuroxima*<sup>G</sup> • Vial 750 mg

**Ad y Nñ >14a:** 750-1.500 mg/6-8 h IM o IV, máx= 3 g/8 h (meningitis). **Nñ 1m-14a:** 50-150 mg/kg/d IM o IV repartido c/6-8 h, máx= 200-240 mg/kg/d (meningitis).  
Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 6 ml API) o InfIV en 15-60 min (en 50-100 ml SF o G5%).

■ **CEFUROXIMA-AXETILO**

*Zinnat*® • Comp 250 mg  
• Comp 500 mg  
• Sb 250 mg  
• Susp 125 mg/5 ml (60 ml)

**Ad y Nñ >12a:** 250-500 mg/12 h VO pc. **Nñ 3m-12a:** 15 mg/kg/d VO pc en 2 tomas, en otitis: 30 mg/kg/d VO pc en 2 tomas, máx= 1 g/d.

**J01D4 - CEFALOSPORINAS ACTIVAS FRENTE PSEUDOMONAS**

■ **CEFEPIMA**

*Maxipime*® • Vial 1 g ☞<sup>1</sup>, DH  
• Vial 2 g ☞<sup>1</sup>, H

**Ad y Nñ >12a:** 1-2 g/8-12 h IM o IV, máx= 2 g/8 h. **Nñ 1m-12a:** 50 mg/kg/8 h IM o IV, máx= 2 g/8 h.  
Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 10 ml API, SF o G5%) o InfIV en 30 min (en 50-100 ml de SF o G5%).

☞ En infecciones por *P. aeruginosa*, asociar con un aminoglucósido.

■ **CEFTAZIDIMA**

*Fortam*® • Vial 1 g DH  
• Vial 2 g H

**Ad y Nñ >12a:** 1-2 g/8-12 h IM o IV, máx= 2 g/8 h. **Nñ 1m-12a:** 25-50 mg/kg/8 h IM o IV, máx= 2 g/8 h. **Nñ <1m:** 30-50 mg/kg/8-12 h IM o IV.  
Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 10 ml de API) o InfIV en 15-30 min (en 50-100 ml de SF o G5%).

☞ En infecciones por *P. aeruginosa*, asociar con un aminoglucósido.

**J01D5 - CEFALOSPORINAS ACTIVAS FRENTE ANAEROBIOS**

■ **CEFOXITINA**

*Cefoxitina*<sup>G</sup> • Vial 1 g IV DH

**Ad:** 1-2 g/4-8 h IM o IV, máx= 12 g/d. **Nñ >1m:** 20-40 mg/kg/4-8 h IM o IV. **Nñ 1-4sem:** 20-40 mg/kg/8 h IM o IV. **Nñ <1sem:** 20-40 mg/kg/12 h IM o IV. Profilaxis quirúrgica:  
**Ad:** 2 g IV en inducción de anestesia, repetir dosis de 1 g si la intervención se prolonga más de 2 h o hemorragia abundante.  
Administración: IVdir en 3-5 min (en 10 ml de API) o InfIV en 20-30 min (en 50-100 ml

de SF o G5%) o IM (en 2 ml API ó 2 ml lidocaina 1%).

## **J01E - RIFAMICINAS**

### **■RIFAMPICINA**

*Rifaldin®*

- Cáps 300 mg
- Comp 600 mg
- Susp 100 mg/5 ml (120 ml)
- Vial 600 mg

H

**Tuberculosis:** **Ad:** 10 mg/kg/24 h VO ac o InfIV en 3 h (en 500 ml de G5%), máx= 600 mg/d. **Nñ:** 10-20 mg/kg/d VO ac en 1-2 tomas o InfIV en 3 h (en 500 ml de G5%), máx= 600 mg/d. **Profilaxis antimeningocócica:** **Ad:** 600 mg/12 h VO ac x 2 d. **Nñ >1m:** 10 mg/kg/12 h VO ac x 2 d, máx= 600 mg/12 h. **Nñ <1m:** 5 mg/kg/12 h VO ac x 2 d. **Otras infecciones no tuberculosas por gérmenes sensibles:** **Ad:** 300 mg/12 h VO ac, máx= 450-600 mg/12 h.

☞ Combinar con otros antimicrobianos para prevenir la aparición de resistencias en tuberculosis, brucelosis y lepra. Puede teñir de rojo la orina, lágrimas y otros fluidos corporales. En hepatópatas y alcohólicos, no superar 8 mg/kg/d. Es un potente inductor enzimático, valorar posibles interacciones al asociar o suspender otros medicamentos. Alternativamente, en casos necesarios, se pueden diluir los 600 mg en 100 ml de G5% e infundir en 30 min.

## **J01F - MACRÓLIDOS**

### **J01F1 - ERITROMICINAS Y AFINES**

#### **■AZITROMICINA**

*Zitromax®*

- Vial 500 mg

☞<sup>1</sup>, H

**Ad:** 500 mg/24 h InfIV en 1-3 h (en 250-500 ml de SF o G5%), pasar a VO tan pronto sea posible.

#### **■CLARITROMICINA**

*Claritromicina<sup>G</sup>*

- Comp 250 mg
- Comp 500 mg

**Ad y Nñ >12a:** 250-500 mg/12 h VO pc. **Nñ 1-12a:** 7,5 mg/kg/12 h VO pc, máx= 500 mg/12 h. **Úlcera péptica asociada a H. pylori** (tto de erradicación): **Ad y Nñ >12a:** 500 mg x 2-3 v/d VO pc asociada a omeprazol y otros antibióticos (ver pág.26).

#### **■ERITROMICINA**

*Pantomicina®*

- Comp 500 mg (etilsuccinato)
- Sb 250 mg (etilsuccinato)
- Sb 500 mg (etilsuccinato)
- Vial 1 g (lactobionato)

H

*Eritrogobens®*

- Susp 125 mg/5 ml (100 ml)

**VO Ad:** 1-2 g/d VO repartido c/6-12 h, máx= 4 g/d. **VO Nñ:** 30-50 mg/kg/d VO repartido c/6-12 h, duplicar dosis en infecciones graves. Si molestias gástricas, administrar c/6 h en lugar de c/12 h; en la forma estearato, administrar ac. **IV Ad y Nñ:** 15-20 mg/kg/d

InfIV en 20-60 min (en 100-200 ml de SF) repartido c/6 h o InfIV continua (1 g en 1 L de SF, estabilidad: 8 h a TA), máx= 1 g/6 h.

■ **MIDECAMICINA**

*Myoxam*®

- Comp 600 mg
- Susp 250 mg/5 ml (120 ml)

**Ad y Nñ >35 kg:** 600 mg/12 h VO, en infecciones graves: 600 mg/8 h. **Nñ >1m y <35 kg:** 35-50 mg/kg/d VO repartido c/8-12 h, máx= 1.800 mg/d.

**J01F2 - LINCOMICINA Y AFINES**

■ **CLINDAMICINA**

*Dalacin*®

- Cáps 150 mg
- Cáps 300 mg

*Clindamicina*<sup>G</sup>

- Amp 600 mg/4 ml

DH

**Ad:** 150-300 mg/6-8 h VO, máx= 450 mg/6 h, ó 1,2-3,6 g/d IM o InfIV repartido c/6-12 h, máx= 4,8 g/d. **Nñ >1m:** 8-25 mg/kg/d VO repartido c/6-8 h ó 20-40 mg/kg/d IM o InfIV repartido c/6-8 h. **Nñ <1m:** 15-20 mg/kg/d IM o InfIV repartido c/6-8 h. Si dosis > 600 mg IM, repartir en 2 masas musculares.

Administración InfIV: en 10 min (300 mg en 50 ml SF o G5%) o en 20-45 min (600-1.200 mg en 100 ml de SF o G5%), no superar conc de 12 mg/ml ni 30 mg/min.

**J01G - ESTREPTOMICINA SOLA**

■ **ESTREPTOMICINA**

*Estreptomicina*<sup>G</sup>

- Vial 1 g

**Ad:** 1-2 g/d IM en 1-2 dosis, máx= 4 g/d; ancianos: 0,5-1,5 g/d IM, máx= 2 g/d. **Nñ:** 10-20 mg/kg/d IM en 1-2 dosis, máx= 40 mg/kg/d.

**J01H - AMINOGLUCÓSIDOS EXCLUIDA ESTREPTOMICINA**

■ **AMIKACINA**

*Amikacina*<sup>G</sup>

- Vial 500 mg/2 ml

🌐<sup>1</sup>, DH

**Ad y Nñ:** 15 mg/kg/d en 1-3 dosis IM o InfIV en 30-60 min (en 100-250 ml SF o G5%), ajustar, en los casos necesarios, según niveles plasmáticos (ver anexo 4, pág.208). En lactantes, diluir en un volumen de SF o G5% según necesidades y administrar la InfIV en 1-2 h.

■ **GENTAMICINA**

*Gentamicina*<sup>G</sup>

- Vial 20 mg/2 ml

*Genta-gobens*®

- Vial 40 mg/2 ml

- Vial 80 mg/2 ml

*Gentamicin PMMA*®

- Cadena 30 perlas

🌐<sup>1</sup>, H

**Ad:** 3-5 mg/kg/d en 1-3 dosis IM o InfIV en 30-120 min (en 50-250 ml de SF o G5%).

**Nñ >1sem:** 2-2,5 mg/kg/8 h IM o InfIV en 30-120 min. **Nñ <1sem y prematuros:** 2,5 mg/kg/12-24 h IM o InfIV en 30-120 min. Ajustar dosis, en los casos necesarios, según

niveles plasmáticos (ver anexo 4, pág.208). Gentamicin PMMA® cadena para implantación quirúrgica en infecciones óseas y de partes blandas.

#### ■ TOBRAMICINA

*Tobra-gobens*®

- Vial 50 mg/2 ml
- Vial 100 mg/2 ml

**Ad:** 3-5 mg/kg/d en 1-3 dosis IM o InfIV en 20-60 min (en 50-100 ml de SF o G5%).  
**Nñ >1sem:** 2-2,5 mg/kg/8 h IM o InfIV en 20-60 min. **Nñ <1sem y prematuros:** 2,5 mg/kg/12-24 h IM o InfIV en 20-60 min. Ajustar D, en los casos necesarios, según niveles plasmáticos (ver anexo 4, pág.208).

*Tobi*®

- Amp 300 mg/5 ml

✱, H

**Ad y Nñ ≥6a:** Tto de infecciones pulmonares crónicas por *P.aeruginosa* en pacientes con fibrosis quística: 300 mg/12 h en nebulización (aprox 15 min) x 28 d/ciclo, descanso de 28 d entre ciclos. Inhalar el contenido de 1 amp, sin diluir, utilizando uno de los equipos de nebulizador/compresor recomendado por el fabricante.

### J01J - OTROS ANTIBIÓTICOS

#### ■ AZTREONAM

*Azactam*®

- Vial 1 g

**Ad:** 1-2 g/6-8 h IM o IV, máx= 8 g/d. **Nñ >2a:** 50 mg/kg/6-8 h IM o IV. **Nñ 1sem-2a:** 30 mg/kg/6-8 h IM o IV. **ITU:** **Ad:** 0,5-1 g/8-12 h IM o IV.  
 Administración IV: IVdir en 3-5 min (6-10 ml API por cada 1 g) o InfIV en 20-60 min (50 ml de SF/g).

#### ■ COLISTIMETATO DE SODIO (COLIMICINA O COLISTINA)

*Colistimetato de Sodio*®

- Vial 1.000.000 UI (= 80 mg)

H

**Ad y Nñ >2a:** 50.000 UI/kg/d IM o InfIV en 1 h (en SF o G5%) repartido c/8-12 h, máx= 6 mill UI/d. **Nñ <2a:** 50.000-100.000 UI/kg/d IM o InfIV en 1 h en 2-3 dosis. Tto de infecciones pulmonares crónicas por *P.aeruginosa* en pacientes con fibrosis quística: 1-2 mill UI/12 h en nebulización (reconstituir en 2-4 ml API o SF, estabilidad 24 h a 4°C), máx= 6 mill UI/d, x 28 d/ciclo, descanso de 28 d entre ciclos.

#### ■ DALFOPRISTINA + QUINUPRISTINA

*Synercid*®

- Vial (350 + 150) mg

✱, 1, H

Dosis expresada como la suma de los 2 componentes. **Ad:** 7,5 mg/kg/8-12 h InfIV en 1 h (en 100 ml de G5%, por vía central). Incompatible con SF, lavar vía con G5% antes y después de la administración para minimizar la irritación venosa.

#### ■ ERTAPENEM

*Invanz*®

- Vial 1 g

1, H

**Ad:** Infecciones intraabdominales: 1 g/24 h InfIV en 30 min (en 50 ml de SF).

☞ A diferencia de otros carbapenémicos, su espectro no cubre *Pseudomonas sp*,

*Acinetobacter sp* o *Enterococcus sp*, por tanto, no utilizar en infecciones con sospecha o causadas por estos gérmenes.

### ■ FOSFOMICINA

Fosfocina®

- Cáps 500 mg
- Susp 250 mg/5 ml (60 ml)
- Vial 1 g IM
- Vial 1 g IV

DH

**Ad:** 0,5-1 g/6-8 h VO ac ó 1 g/6-8 h IM ó 70 mg/kg/6-8 h IV. **Nñ:** 250-500 mg/8 h VO ac (33-66 mg/kg/8 h VO en menores de 1 año) ó 33-50 mg/kg/6-8 h IM ó 70 mg/kg/6-8 h IV.

Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 10 ml de API) o InfIV en 60 min (en 50-100 ml de G5%).

### ■ IMIPENEM + CILASTATINA

Tienam®

- Vial (500 + 500) mg IV

☞<sup>1</sup>, H

**Ad y Nñ >40 kg:** 0,5-1 g/6-8 h InfIV en 30 min/500 mg (en 100 ml de SF/500 mg), máx= 50 mg/kg/d ó 4 g/d (la que resulte menor). **Nñ <40 kg:** 15 mg/kg/6 h InfIV en 30 min, máx= 2 g/d (en FQ: 90 mg/kg/d ó 4 g/d).

☞ Si náuseas o vómitos, disminuir la velocidad de infusión. Contraindicado en los alérgicos a otros betalactámicos. En ancianos, pacientes de bajo peso, patología convulsiva o enfermedad cerebrovascular, ajustar dosis para minimizar el riesgo de convulsiones. No indicado en meningitis. No asociar a otros beta-lactámicos (antagonismo "in vitro"). En infecciones por *P.aeruginosa*, asociar un aminoglucósido.

### ■ LINEZOLID

Zyvoxid®

- Comp 600 mg
- Bolsa 600 mg/300 ml

☞<sup>1</sup>, H

☞<sup>1</sup>, H

**Ad:** 600 mg/12 h VO o InfIV en 30-120 min.

☞ Reservar para infecciones causadas por cocos gram(+) multiresistentes (enterococos, neumococos, estafilococos) a agentes de 1ª línea y/o glicopéptidos o que éstos no se toleren. Es un IMAO no selectivo, considerar interacciones potenciales (antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, IMAO, ...).

### ■ MEROPENEM

Meropenem®

- Vial 500 mg
- Vial 1 g

☞<sup>1</sup>, H

☞<sup>1</sup>, H

**Ad y Nñ >50 kg:** 0,5-1 g/8 h IV, máx= 2 g/8 h (meningitis, FQ). **Nñ >3 m:** 10-20 mg/kg/8 h IV, máx= 40 mg/kg/8 h (meningitis, FQ).

Administración: IVdir en 3-5 min (10 ml API/500 mg) o InfIV en 15-30 min (en 50-250 ml de SF).

☞ Contraindicado en los alérgicos a otros betalactámicos. En ancianos, función renal disminuida y pacientes de bajo peso, ajustar dosis para minimizar el riesgo de convulsiones. No asociar a otros beta-lactámicos (antagonismo "in vitro"). En infecciones por *P. aeruginosa*, asociar un aminoglucósido.



■ **SULBACTAM**

*Betamaz®*

• Vial 1 g

H

**Ad:** 0,5-1 g/6-8 h IM o IV, máx= 4 g/d. **Nñ:** 50 mg/kg/d IM o IV repartido en 3-4 dosis, máx= 80 mg/kg/d.

Administración IV: IVdir en 3-5 min (en 10 ml de API) o InfIV en 15-30 min (en 50-100 ml de SF o G5%). Administración IM: si dolor, reconstituir con lidocaina HCl 0,5%.

■ **TEICOPLANINA**

*Targocid®*

• Vial 200 mg

☞<sup>1</sup>, H

• Vial 400 mg

☞<sup>1</sup>, H

**Ad:** 6 mg/kg/12 h IM o IV x 3 dosis y continuar con 3-6 mg/kg/24 h IM o IV (200-400 mg/24 h); si artritis séptica, monoterapia en endocarditis por *S. aureus*, quemaduras severas o infecciones muy graves estafilocócicas: 12 mg/kg/12 h IV x 3 dosis y continuar con 12 mg/kg/24 h IV (800 mg/24 h). **Nñ >2m:** 10 mg/kg/12 h IM o IV x 3 dosis y continuar con 6-10 mg/kg/24 h IM o IV, máx= 400 mg/24 h. **Recién nacidos:** 16 mg/kg/24 h IM o IV x 3 dosis y continuar con 8 mg/kg/24 h IM o IV.

Administración IV: IVdir en 1-3 min (en 3 ml de API) o InfIV en 20-30 min (en 50 ml de SF o G5%), evitar la formación de espuma, si se produce dejar reposar 15 min.

■ **VANCOMICINA**

*Vancomicina<sup>G</sup>*

• Vial 500 mg

☞<sup>1</sup>, DH

• Vial 1 g

☞<sup>1</sup>, DH

**Ad:** 10-15 mg/kg/12 h InfIV en 1-2 h (en 100-250 ml de SF o G5% por cada 500 mg, conc ≤ 5 mg/ml, velocidad ≤ 10 mg/min). **Nñ >1m:** 40 mg/kg/d InfIV en 1-2 h repartido c/6-8 h. **Nñ 1sem-1m:** inicio 15 mg/kg y seguir con 10 mg/kg/8 h InfIV en 1-2 h. **Nñ <1sem:** inicio 15 mg/kg y seguir con 10 mg/kg/12 h InfIV en 1-2 h. **Colitis pseudomembranosa por Clostridium difficile o enterocolitis estafilocócica:** **Ad:** 125 mg/6 h VO (no IV) o por sonda nasogástrica x 7-10 d (reconstituir el vial con 30 ml de API, estabilidad: 4d a 4°C). **Nñ:** 40 mg/kg/d VO (no IV) o por sonda nasogástrica (reconstituir el vial con 30 ml de API, estabilidad: 4d a 4°C) en 3-4 tomas, máx= 2 g/d.

☞ Ajustar dosis, en los casos necesarios, según niveles plasmáticos (ver anexo 4, pág.208). No administrar por vía IM y evitar la extravasación (puede causar necrosis). Si administración IV rápida, puede aparecer el "síndrome de hombre o cuello rojo" relacionado con la liberación de histamina; si ocurre, en las siguientes dosis administrar a menor velocidad y, si es necesario, premedicar con antihistamínicos. Por VO no se absorbe, solamente útil en colitis pseudomembranosa y enterocolitis estafilocócica (reservar para los casos severos y en los que no toleran o falla metronidazol oral después de 6 d).

**J01K1 - ANTIBIÓTICOS ASOCIADOS ENTRE SI**

■ **ESPIRAMICINA + METRONIDAZOL**

*Rhodogil®*

• Comp 750.000 U + 125 mg

**Ad:** 2 comp/8 h VO pc.

**J02 - ANTIMICÓTICOS, EXCLUIDA GRISEOFULVINA****■ ANFOTERICINA B**

Fungizona®

• Vial 50 mg

✱, H

**Ad y Nñ:** inicio 0,25 mg/kg/d InfIV en 2-6 h (en 500 ml G5%) y aumentar 5-10 mg/d hasta 0,5-1 mg/kg/d, máx= 1,5 mg/kg/d. Candidiasis vesical (cuando no sea posible el tto con fluconazol): **Ad:** 50 mg en 1 L de agua bidestilada en irrigación vesical continua, 42 ml/h, x 1-2 d.

- ☞ Para mejorar la tolerancia al inicio del tto, premedicar con paracetamol 10-15 mg/kg VO e hidrocortisona 25 mg IV (Nñ: 0,25-0,5 mg/5 mg de anfotericina B); si aparece fiebre o escalofríos, reducir o parar la infusión y, si aún no cede, administrar 25-50 mg de meperidina IV (Nñ: 1 mg/kg). Hidratar pre y post-infusión con 500 ml SF para disminuir el riesgo de nefrotoxicidad.

**■ ANFOTERICINA B “COMPLEJO LIPÍDICO”**

Abelcet®

• Vial 50 mg/10 ml

✱, ⚠<sup>1</sup>, H

• Vial 100 mg/20 ml

✱, ⚠<sup>1</sup>, H

Aspergilosis o candidiasis invasiva resistente a otras alternativas: **Ad y Nñ:** 5 mg/kg/d InfIV en 2 h (en G5%, conc: 1 mg/ml). Preparación en el Servicio de Farmacia.

- ☞ Reservar a casos refractarios o intolerantes a anfotericina B “convencional” (Fungizona®) o fluconazol. Si reacciones relacionadas con la infusión, establecer las mismas medidas que con la anfotericina B “convencional”.

**■ ANFOTERICINA B “LIPOSÓMICA”**

Ambisome®

• Vial 50 mg

✱, ⚠<sup>1</sup>, H

Aspergilosis o candidiasis invasiva resistente a otras alternativas: **Ad y Nñ:** inicio 1 mg/kg/d InfIV en 30-60 min (en G5%, conc: 0,5-2 mg/ml) y aumentar progresivamente a 3 mg/kg/d, si extremadamente grave 5 mg/kg/d. Preparación en el Servicio de Farmacia.

- ☞ Reservar a casos refractarios o intolerantes a anfotericina B “convencional” (Fungizona®) o “complejo lipídico” (Abelcet®) o fluconazol.

**■ CASPOFUNGINA**

Caspofungin®

• Vial 50 mg

✱, ⚠<sup>1</sup>, H

• Vial 70 mg

✱, ⚠<sup>1</sup>, H

Aspergilosis o candidiasis invasiva resistente a otras alternativas: **Ad:** inicio 70 mg/24 h InfIV en 1 h (diluir en 100-250 ml SF) x 1d y seguir con 50 mg/24 h ( $\leq 80$  kg) ó 70 mg/24 h ( $>80$  kg). Reconstituir con 10,5 ml de SF y extraer 10 ml para posterior dilución. En IH moderada, mantenimiento= 35 mg/24 h, si grave no administrar.

- ☞ Reservar a casos refractarios (si progresión de la enfermedad o falta de mejoría después de 7 d de tto) o intolerantes a anfotericina B convencional o lipídica y/o itraconazol.

**■ FLUCONAZOL**Fluconazol<sup>®</sup>

• Cáps 50 mg

• Cáps 100 mg

• Vial 100 mg/50 ml

H

- Vial 200 mg/100 ml H

**Candidiasis orofaríngea, esofágica o vesical:** Ad: 200 mg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 100 mg/24 h VO o InfIV. **Nñ >1m:** 6 mg/kg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 3 mg/kg/24 h VO o InfIV.  
**Candidiasis diseminadas o invasivas y criptococosis:** Ad: 400 mg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 200-400 mg/24 h VO o InfIV. **Nñ >1m:** 12 mg/kg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 6 mg/kg/24 h VO o InfIV. **Nñ 2-4 sem:** 12 mg/kg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 6 mg/kg/48 h VO o InfIV. **Nñ <2 sem:** 12 mg/kg el 1<sup>er</sup> día y seguir con 6 mg/kg/72 h VO o InfIV.  
 Administración IV: InfIV ≤ 10 ml/min.

#### ■5-FLUOROCITOSINA

Ancotil®

- Comp 500 mg



**Ad y Nñ:** 12,5-37,5 mg/kg/6 h VO, máx= 50 mg/kg/6 h.

- ☞ Antimicótico útil en micosis sistémicas graves o con afectación meníngea en combinación con anfotericina B, no se recomienda en monoterapia (alta incidencia de resistencias).

#### ■ITRACONAZOL

Itraconazol<sup>G</sup>

- Cáps 100 mg

Canadiol®

- Sol 10 mg/ml (150 ml)

**Aspergilosis, candidiasis sistémica o criptococosis:** Ad: 200 mg/24 h VO pc (cáps), aumentar a 200 mg/12 h si enfermedad diseminada, invasiva o afectación meníngea.  
**Candidiasis orofaríngea o esofágica:** Ad: 200 mg/d VO ac (sol) en 1-2 tomas/d, aumentar a 200 mg/12 h si resistencia a fluconazol, mantener en la boca antes de tragar.

#### ■KETOCONAZOL

Fungarest®

- Comp 200 mg

**Ad y Nñ >30 kg:** 200-400 mg/24 h VO pc.

#### ■VORICONAZOL

Vfend®

- Comp 50 mg <sup>1</sup>, H
- Comp 200 mg <sup>1</sup>, H
- Vial 200 mg <sup>1</sup>, H

**Aspergilosis y candidiasis invasivas resistentes a otras alternativas:** IV: **Ad y Nñ ≥2a:** inicio 6 mg/kg/12 h InfIV (diluir con SF o G5% hasta 2-5 mg/ml, administrar a vel ≤ 3 mg/kg/h) x 1 d y seguir con 4 mg/kg/12 h InfIV. **VO: Ad y Nñ >12a y ≥40 kg:** inicio 400 mg/12 h VO ac x 1 d seguido de 200 mg/12 h. **Ad y Nñ >12a y <40 kg:** inicio 200 mg/12 h VO ac x 1 d seguido de 100 mg/12 h. **Nñ 2-12a:** inicio 6 mg/kg/12 h VO ac x 1 d seguido de 4 mg/kg/12 h. Reconstituir el vial con 19 ml de API (conc: 10 mg/ml), estabilidad: 24 h 4°C; una vez diluido en SF o G5% utilizar inmediatamente.

- ☞ Si aclaramiento de creatinina < 50 ml/min, dar por VO, se acumula un excipiente (SBECD) por vía IV. Reservar a pacientes inmunodeprimidos con infecciones progresivas graves.

**J03 - QUIMIOTERÁPICOS SISTÉMICOS****J03A - SULFAMIDAS Y ASOCIACIONES****■SULFADIAZINA**

*Sulfadiazina*<sup>G</sup> • Comp 500 mg

**Ad:** inicio 2-4 g VO ac y seguir con 0,5-1 g/6 h. **Nñ:** inicio 75 mg/kg VO ac y seguir con 37,5 mg/kg/6 h. Tto de toxoplasmosis en inmunocomprometidos (asociada a pirimetamina): **Ad:** 1-1,5 g/6 h VO. **Nñ:** 100-200 mg/kg/d VO repartido c/6 h. Profilaxis 2<sup>aria</sup> de toxoplasmosis (asociada a pirimetamina): **Ad:** 0,5-1 g/6 h VO. **Nñ:** 85-120 mg/kg/d VO repartido c/12-24 h.

**■SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM (COTRIMOXAZOL)**

*Septin*<sup>®</sup>

- Comp (400 + 80) mg
- Susp (200 + 40) mg/5 ml (100 ml)

*Soltrim*<sup>®</sup>


- Vial 800mg Sulfametoxazol + amp 160 mg Trimetoprim

**Ad y Nñ >12a:** (800+160) mg/12 h VO pc, IM o IV. **Nñ 6-12a:** (400+80) mg/12 h VO pc, IM o IV. **Nñ 6m-5a:** (200+40) mg/12 h VO pc. **Nñ 6sem-5m:** (100+20) mg/12 h VO pc. Tto de neumonía por *Pneumocystis carinii*: **Ad y Nñ:** (800+160) mg/8 h VO, si grave: (25+5) mg/kg/6-8 h IV o VO. Profilaxis 1<sup>aria</sup> y 2<sup>aria</sup> de neumonía por *Pneumocystis carinii*: **Ad:** (400+80) mg/24 h VO ó (800+160) mg/d VO x 3 d/sem (días alternos). **Nñ:** (750+150) mg/m<sup>2</sup>/d VO repartido c/12 h x 3 d/sem (días consecutivos). Administración IV: InfIV en 60-90 min (en 250 ml de SF o G5%).

☞ Reservar la vía IM para los casos en los que no sea posible la VO o la IV. La amp contiene 200 mg de alcohol bencílico, no administrar en Nñ <3a.

**J03B - OTROS QUIMIOTERÁPICOS****J03B2 - QUINOLONAS****■CIPROFLOXACINO**

*Ciprofloxacino*<sup>G</sup>

- Comp 250 mg
- Comp 500 mg
- Comp 750 mg
- Vial 200 mg/100 ml <sup>1</sup>, H

**Ad:** 250-750 mg/12 h VO ac ó 200-400 mg/12 h InfIV en 1-2 h, máx= 400 mg/8 h IV (infecciones recurrentes por *P.aeruginosa*). Exacerbación pulmonar aguda en FQ: **Nñ:** 20 mg/kg/12 h VO ac, máx= 1,5 g/d, ó 10 mg/kg/8 h InfIV en 1-2 h, máx= 1,2 g/d.

☞ No recomendado el uso en niños, excepto que el beneficio supere el riesgo (toxicidad articular), ej: FQ.

**■LEVOFLOXACINO**

*Tavanic*<sup>®</sup>

- Comp 500 mg
- Vial 500 mg <sup>1</sup>, H

**Ad:** 250-500 mg/24 h VO o InfIV en 60 min, máx= 500 mg/12 h (si neumococo resistente o infección muy grave).

- ☞ No recomendado el uso en niños, excepto que el beneficio supere el riesgo (toxicidad articular), ej: FQ.

Ver NORFLOXACINO en grupo G04A (antisépticos y antiinfecciosos urinarios), ver pág.96.

### **J03B3 - NITROIMIDAZOLES**

#### **■METRONIDAZOL**

*Flagyl*®

- Comp 250 mg
- Susp 200 mg/5 ml (120 ml) (benzoato)
- Viaflex 500 mg/100 ml H

**Ad:** inicio 15 mg/kg InfIV en 30-60 min y seguir con 7,5 mg/kg/6-8 h, máx=4 g/d, pasar tan pronto sea posible a VO; ó 500-750 mg/6-12 h VO pc, máx= 4 g/d. **Nñ:** inicio 15 mg/kg InfIV en 30-60 min y seguir con 7,5 mg/kg/8 h, pasar tan pronto sea posible a VO; ó 5-15 mg/kg/8 h VO pc, máx= 2 g/d. Úlcera péptica asociada a *H. pylori* (tto de erradicación): **Ad:** 500 mg/12 h VO asociada a omeprazol y claritromicina (ver pág.26). Profilaxis quirúrgica: 15 mg/kg InfIV en 30-60 min preoperatorio. Infecciones genitourinarias: Ver grupo G (pág.93). Tomar con comidas si molestias gástricas.

- ☞ Puede teñir la orina de rojo o marrón.

### **J04 - ANTITUBERCULOSOS**

#### **■ISONIAZIDA**

*Cemidon 150 B<sub>6</sub>*®

*Cemidon*®

- Comp 150 mg (+ Piridoxina 25 mg)
- Amp 300 mg/5 ml

Tuberculosis: **Ad:** 5-10 mg/kg/24 h VO ac, IM o IVdir en 3-5 min, máx= 300 mg/d. **Nñ:** 10-20 mg/kg/24 h VO ac, IM o IVdir en 3-5 min, máx= 300-500 mg/d. Profilaxis: **Ad:** 300 mg/24 h VO ac. **Nñ:** 10 mg/kg/24 h, máx= 300 mg/d.

- ☞ Combinar con otros antimicrobianos para prevenir la aparición de resistencias en tuberculosis.

#### **■■ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + RIFAMPICINA**

*Rifater*®

- Gg (50 + 300 + 120) mg

Tuberculosis: **Ad** ≥65kg: 6 gg/d VO ac. **Ad 50-64kg:** 5 gg/d VO ac. **Ad 40-49kg:** 4 gg/d VO ac. **Ad <40kg:** 3 gg/d VO ac. Duración del tto: 2 meses, continuar durante 4 meses con isoniazida + rifampicina.

- ☞ Dar suplementos de piridoxina en pacientes con alto riesgo de neuropatía por isoniazida.

#### **■■ISONIAZIDA + RIFAMPICINA**

*Rifinah*®

- Gg (150 + 300) mg

Tuberculosis: **Ad:** 2 gg/d VO ac.

- ☞ Dar suplementos de piridoxina en pacientes con alto riesgo de neuropatía por

isoniazida.

■ **ETAMBUTOL**

*Myambutol*® • Gg 400 mg

*Tuberculosis: Ad y Niñ >13a:* 15 mg/kg/d VO pc, máx= 25 mg/kg/d x 2 meses.

☞ Combinar con otros antimicrobianos para prevenir la aparición de resistencias en tuberculosis y ajustar dosis según esquema.

■ **PIRAZINAMIDA**

*Pirazinamida*<sup>G</sup> • Comp 250 mg

*Tuberculosis: Ad:* 25-40 mg/kg/d VO pc en 1-2 tomas, máx= 2,5 g/d.

☞ Combinar con otros antimicrobianos para prevenir la aparición de resistencias en tuberculosis.

**J05 - ANTIVIRALES SISTÉMICOS**

**J05A2 - ANTIVIRALES ACTIVOS CONTRA HERPESVIRUS**

■ **ACICLOVIR**

*Zovirax*® • Comp 200 mg  
*Aciclovir*<sup>G</sup> • Comp 800 mg  
 • Vial 250 mg H

*Herpes simplex genital (1<sup>er</sup> episodio): Ad:* 200 mg x 5 v/d VO (c/4 h excepto dosis nocturna) ó 400 mg/8 h VO, aumentar a 400 mg x 5 v/d VO ó 800 mg/8 h VO en inmunodeprimidos o proctitis. *Varicela: Ad y Niñ > 40 kg:* 800 mg/6 h VO; *Niñ ≥ 2a:* 20 mg/kg/6 h VO; iniciar en las 24 h de la aparición de los síntomas. *Herpes zóster: Ad y Niñ:* 800 mg x 5 v/d VO (c/4 h excepto dosis nocturna) ó 10-12 mg/kg/8 h InfIV en ≥ 1 h, (diluir en SF o G5% para conc ≤ 7 mg/ml) ó 500 mg/m<sup>2</sup>/8 h InfIV.

■ **CIDOFOVIR**

*Vistide*® • Vial 375 mg/5 ml ☹, H

*Ad: Retinitis por citomegalovirus en SIDA:* inicio 5 mg/kg/sem x 2 sem InfIV en 1 h (diluir en 100 ml de SF), mantenimiento= 5 mg/kg/2 sem InfIV. Asociar 2 g de probenecid (*Probenecid*® comp 250 mg, ☹<sup>3</sup>) VO pc, 3 h antes del cidofovir y 2 dosis de 1 g a las 2 y 8 h después de terminar la InfIV; hidratar con 1 L de SF en 1 h antes de la InfIV y, si es posible, 1 L adicional en 1-3 h simultáneamente o después de la InfIV.

■ **FOSCARNET**

*Foscavir*® • Vial 24 mg/ml (250 ml) H

*Ad: Retinitis por citomegalovirus en SIDA:* inicio 60 mg/kg/8 h InfIV (en 1 h) ó 90 mg/kg/12 h InfIV (en 2 h) x 2-3 sem, mantenimiento= 90-120 mg/kg/24 h InfIV (en 2 h). *Infección mucocutánea por Herpes simplex resistente a aciclovir:* 40 mg/kg/8 h InfIV (en 1 h). Administrar por vía central o diluir a 12 mg/ml con SF o G5% si vía periférica. Ajustar dosis según aclaramiento de creatinina. Hidratar al paciente con 0,5-1 L de SF

en cada InfIV.

■ **GANCICLOVIR**

Cymevene® • Vial 500 mg ☹, H

**Ad y Niñ >3m:** Infeción por citomegalovirus en inmunocomprometidos: inicio 5 mg/kg/12 h InfIV en 1 h (diluir en SF o G5% para conc ≤ 10 mg/ml) x 14-21 d, mantenimiento= 5 mg/kg/24 h InfIV x 7 d/sem ó 6 mg/kg/24 h InfIV x 5 d/sem.

■ **VALGANCICLOVIR**

Valcyte® • Comp 450 mg H

**Ad:** Retinitis por citomegalovirus en SIDA: inicio 900 mg/12 h VO pc x 21 d, mantenimiento= 900 mg/24 h VO pc. Prevención de enfermedad por citomegalovirus en seronegativos que reciben trasplante de órgano donante seropositivo: inicio dentro de los 10 d del trasplante con 900 mg/24 h VO pc hasta 100 d post-trasplante.

**J05A3 - ANTIVIRALES ACTIVOS CONTRA VIH**

**INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA - ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS**

■ **ABACAVIR**

Ziagen® • Comp 300 mg H

Infeción por VIH: **Ad:** 300 mg/12 h ó 600 mg/24 h VO. **Niñ >3m:** 8 mg/kg/12 h VO, máx= 600 mg/d.

☹ Interrumpir el tto si signos o síntomas de hipersensibilidad.

■ **DIDANOSINA (DDI)**

Videx® • Cáps 200 mg H  
• Cáps 250 mg H  
• Cáps 400 mg H

Infeción por VIH: **Ad ≥ 60 kg:** 400 mg/24 h VO ac. **Ad < 60 kg:** 250 mg/24 h VO ac. **Niñ >3m:** 180-300 mg/m<sup>2</sup>/d VO ac en 1-2 tomas. **Niñ <3m:** 50 mg/m<sup>2</sup>/12 h VO ac. Separar las tomas de ritonavir y didanosina al menos 2 h para disminuir el riesgo de pancreatitis.

☹ No combinar con tenofovir, riesgo de fracaso terapéutico y/o aparición de reacciones adversas a didanosina, sobre todo, si carga viral alta y recuento de células CD<sub>4</sub> bajo. Si es imprescindible, ajustar dosis de didanosina y monitorizar más estrechamente.

■ **ESTAVUDINA (D4T)**

Zerit® • Cáps 20 mg H  
• Cáps 30 mg H  
• Cáps 40 mg H

Infeción por VIH: **Ad ≥ 60 kg:** 30-40 mg/12 h VO. **Ad < 60 kg y Niñ >30 kg:** 20-30 mg/12 h VO. **Niñ >3m y <30 kg:** 1 mg/kg/12 h VO.

■ **LAMIVUDINA (3TC)**

Epivir® • Comp 150 mg H  
• Sol 10 mg/ ml (240 ml) H

Infeción por VIH: Ad y Nñ >12 a: 150 mg/12 h ó 300 mg/24 h VO. **Nñ 3m-12a:** 4 mg/kg/12 h VO, máx= 300 mg/d. **Nñ < 3m:** 2 mg/kg/12 h VO.

■ **ZALCITABINA (DDC)**

*Hivid®* • Comp 0,75 mg H

Infeción por VIH: Ad y Nñ >13a: 0,75 mg/8 h VO.

■ **ZIDOVUDINA (AZT)**

*Zidovudina<sup>o</sup>* • Cáps 100 mg H

• Cáps 250 mg H

• Sol 10 mg/ml (200 ml) H

*Retrovir®* • Vial 200 mg/20 ml H

Infeción por VIH: Ad y Nñ >12a: 500-600 mg/d VO repartido en 2-3 tomas. **Nñ >3m:** 160 mg/m<sup>2</sup>/8 h VO. **Nñ <3m:** 2 mg/kg/6 h VO. **Prematuros:** 1,5 mg/kg/12 h VO las 2 primeras sem, después 2 mg/kg/8 h VO. Prevención de transmisión materno-fetal: inicio a partir de 14<sup>a</sup> sem de gestación con 500-600 mg/d VO repartido en 2-3 tomas, durante el parto 2 mg/kg InfIV en 1 h (diluir con G5% hasta conc de 2-4 mg/ml) seguido de 1 mg/kg/h InfIV continua hasta el corte del cordón umbilical (en cesárea programada iniciar la InfIV 4 h antes), en el neonato iniciar 2 mg/kg/6 h VO ó 1,5 mg/kg/6 h InfIV en 30 min dentro de las 12 h siguientes al nacimiento hasta las 6 sem; si el parto no se hubiera iniciado realmente, interrumpir InfIV y reiniciar tto VO.

**INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA - NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS**

■ **EFAVIRENZ**

*Sustiva®* • Cáps 200 mg H

• Comp 600 mg H

Infeción por VIH: Ad y Nñ ≥40 kg: 600 mg/24 h VO (hs durante las primeras 2-4 sem o mientras existan efectos adversos en SNC). **Nñ 32,5-39 kg:** 400 mg/24 h VO hs. **Nñ 25-32,4 kg:** 350 mg/24 h VO hs. **Nñ 20-24 kg:** 300 mg/24 h VO hs. **Nñ 15-19 kg:** 250 mg/24 h VO hs. **Nñ 13-14 kg:** 200 mg/24 h VO hs.

■ **NEVIRAPINA**

*Viramune®* • Comp 200 mg H

Infeción por VIH: Ad: inicio 200 mg/24 h VO x 14 d y seguir con 200 mg/12 h VO si no presenta erupción cutánea. **Nñ ≥8a:** inicio 4 mg/kg/24 h VO x 14 d seguido de 4 mg/kg/12 h VO, máx= 200 mg/dosis. **Nñ 3m-8a:** inicio 4 mg/kg/24 h VO x 14 d y aumentar a 7 mg/kg/12 h VO si tolera, máx= 200 mg/dosis. Si se suspende el tto más de 7 d, reiniciar con la pauta de inicio de c/24 h.

**INHIBIDORES DE PROTEASAS**

■ **ATAZANAVIR**

*Reyataz®* • Cáps 150 mg H



Infección por VIH: **Ad**: 300 mg/24 h combinado con ritonavir 100 mg/24 h VO pc.

- ☞ No indicado en pacientes no previamente tratados ("naive"). La elección de atazanavir debe basarse en los datos de resistencia viral individual y el historial de tto del paciente.

■ **FOSAMPRENAVIR**

Telzir® • Comp 700 mg

Infección por VIH: **Ad**: 700 mg/12 h combinado con ritonavir 100 mg/12 h VO.

■ **INDINAVIR**

Crixivan® • Cáps 400 mg H

Infección por VIH: **Ad y Nñ >16 a**: 800 mg/8 h VO ac; si combinado con ritonavir: 800 mg/12 h VO. Asegurar una buena hidratación (mínimo 1,5 L líquido/d) para disminuir el riesgo de nefrolitiasis.

■ **LOPINAVIR + RITONAVIR**

Kaletra® • Cáps (133 + 33) mg ✱, H

Infección por VIH: **Ad y Nñ >2a** (superficie corporal  $\geq 1,3 \text{ m}^2$ ): 3 cáps/12 h VO pc. **Nñ >2a** (superficie corporal  $< 1,3 \text{ m}^2$ ): (230 + 57,5) mg/m<sup>2</sup>/12 h VO pc, máx= (400 + 100) mg/12 h.

■ **NELFINAVIR**

Viracept® • Comp 250 mg H  
• Polvo 50 mg/g 144 g H

Infección por VIH: **Ad y Nñ >13a**: 750 mg/8 h VO pc ó 1250 mg/12 h VO pc. **Nñ 2-13a**: 25-30 mg/kg/8 h VO pc. El polvo se puede mezclar con agua, leche o suplementos dietéticos (usar antes de 6 h), no mezclar con alimentos o zumos ácidos (empeora el sabor).

■ **RITONAVIR**

Norvir® • Cáps 100 mg ✱, H

Infección por VIH: **Ad y Nñ >12a**: 600 mg/12 h VO pc. Para mejorar la tolerancia gastrointestinal, iniciar el tto con dosis menores y aumentar progresivamente: 300 mg/12 h (días 1-2), 400 mg/12 h (días 3-5), 500 mg/12 h (días 6-13) y 600 mg/12 h a partir del 14º día. **Nñ 2-12a**: inicio 250 mg/m<sup>2</sup>/12 h VO pc y aumentar 50 mg/m<sup>2</sup>/12 h c/2-3 d hasta 350-400 mg/m<sup>2</sup>/12 h, máx= 600 mg/12 h. Separar las tomas de ritonavir y didanosina al menos 2 h para disminuir el riesgo de pancreatitis. Potenciador farmacocinético de otros inhibidores de proteasa: **Ad**: 100-200 mg/12-24 h VO pc dependiendo del inhibidor de proteasa a potenciar.

■ **SAQUINAVIR**

Invirase® • Cáps duras 200 mg H  
Fortovase® • Cáps blandas 200 mg ✱, H

Infección por VIH: **Ad y Nñ >16 a**: 1200 mg (cáps blandas)/8 h VO pc; combinado con ritonavir: 400 mg (cáps duras o blandas)/12 h VO pc.

## **INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA - ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS**

### ■TENOFIVIR

Viread® • Comp 245 mg H

*Infeción por VIH: Ad: 245 mg/24 h VO pc.*

☞ No combinar con didanosina, riesgo de fracaso terapéutico y/o aparición de reacciones adversas a didanosina, sobre todo, si carga viral alta y recuento de células CD<sub>4</sub> bajo. Si es imprescindible, ajustar dosis de didanosina y monitorizar más estrechamente.

## **J05A4 - OTROS ANTIVIRALES VÍA SISTÉMICA**

### ■LAMIVUDINA

Zeffix® • Comp 100 mg H

*Hepatitis B crónica: Ad y Nñ >16a: 100 mg/24 h VO.*

### ■PALIVIZUMAB

Synagis® • Vial 50 mg \*<sub>1</sub>, <sub>2</sub><sup>3</sup>, H  
• Vial 100 mg \*<sub>1</sub>, <sub>2</sub><sup>3</sup>, H

*Prevención de infecciones graves por VRS en prematuros ≤ 35 sem de gestación y < 6 m al inicio de la estación VRS o Nñ < 2a que hayan precisado tto para displasia broncopulmonar en los 6 m previos o con cardiopatía congénita: 15 mg/kg IM (cara anterolateral del muslo) x 1 v/mes durante el periodo de riesgo de VRS (máx= 5 dosis).*

### ■INTERFERÓN ALFA-2B

IntronA® • Pluma 18 mill UI/1,2 ml \*<sub>1</sub>, DH

*Hepatitis B crónica activa: 5-10 mill UI SC x 3 v/sem (días alternos).*

### ■PEGINTERFERÓN ALFA-2A

Pegasys® • Jer 135 mcg \*<sub>1</sub>, H  
• Jer 180 mcg \*<sub>1</sub>, H

*Monoterapia o tto combinado con ribavirina para Hepatitis C Crónica activa: Ad: 180 mcg/sem SC. Reducir dosis a la ½ si ≤ 750 neutrófilos/mm<sup>3</sup> ó ≤ 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> y suspender tto si ≤ 500 neutrófilos/mm<sup>3</sup> ó ≤ 25.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>; si IR terminal o reacciones adversas moderadas o graves, dar 135 mcg/sem.*

Administración SC en abdomen o muslo, no en brazo (menor biodisponibilidad).

☞ Indicado en recidiva (tratado previamente en monoterapia con interferon alfa) o inicio de tto en pacientes adultos sin descompensación hepática, ARN del VHC sérico (+), y/o coinfectados con VIH clínicamente estable; la monoterapia indicada si intolerancia o contraindicación a la ribavirina. Valorar ARN del VHC a las 12 sem: si es (+) suspender tto y si es (-) prolongar tto a 48 sem en pacientes con genotipo 1 ó 4 y a 24 sem en genotipo 2 ó 3.

### ■RIBAVIRINA

Rebetol® • Cáps 200 mg c/140 H

Tto combinado con peginterferon  $\alpha$ -2a para Hepatitis C Crónica activa: **Ad con genotipo 2 ó 3:** 800 mg/d VO pc en 2 tomas (2-0-2). **Ad con genotipo 1 ó 4 y <75 kg:** 1.000 mg/d VO pc en 2 tomas (2-0-3). **Ad con genotipo 1 ó 4 y  $\geq$ 75 kg:** 1.200 mg/d VO pc en 2 tomas (3-0-3). Reducir dosis a 600 mg/d (1-0-2) si Hb < 10 g/dl, bilirrubina indirecta > 5 mg/dl o disminución de Hb  $\geq$  2 g/dl en 4 sem en enfermedad cardiaca estable. Suspender tto si Hb < 8,5 g/dl, bilirrubina directa > 2,5 veces el límite superior de la normalidad, bilirrubina indirecta > 4 mg/dl durante > 4 sem o Hb < 12 g/dl después de 4 sem de reducción de D en enfermedad cardiaca.

- ☞ Indicado en recidiva (tratado previamente en monoterapia con interferon alfa) o inicio de tto en pacientes adultos sin descompensación hepática, ARN del VHC sérico (+), y/o coinfectados con VIH clínicamente estable. Valorar ARN del VHC a las 12 sem: si es (+) suspender tto y si es (-) prolongar tto a 48 sem en pacientes con genotipo 1 ó 4 y a 24 sem en genotipo 2 ó 3. Categoría X de la FDA: contraindicado en embarazo y en mujeres potencialmente fértiles sin un método anticonceptivo eficaz hasta 4 meses después de finalizado el tratamiento; los hombres deben utilizar preservativos en las relaciones sexuales hasta 7 meses después de terminar tto.

## **J06 - SUEROS E INMUNOGLOBULINAS**

- ① Las inmunoglobulinas pueden disminuir la eficacia de vacunas con virus vivos atenuados (sarampión, rubeola, paperas y varicela), espaciar la administración 3 meses. Puede aparecer intolerancia a las inmunoglobulinas sobre todo en pacientes con deficiencia de IgA y anticuerpos anti-IgA, extremar las precauciones al inicio de la administración. La mayoría de las inmunoglobulinas se obtienen a partir de sangre o plasma humano, y no puede excluirse totalmente la transmisión de agentes patógenos de naturaleza desconocida.

### **■ INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B**

*Gammaglobulina*

*antihepatitis B<sup>G</sup>*

- Amp 600 UI/3 ml ✱
- Amp 1.000 UI/5 ml ✱

Profilaxis post-exposición en no vacunados, se desconoce o no respondedores: **Ad y Nñ:** 12-20 UI (0,06-0,1 ml)/kg IM en dosis única en las primeras 24 h tras la exposición (no superar los 7 d post-exposición) e iniciar la vacunación. Profilaxis en neonatos de madres AgHbs (+): 40 UI (0,2 ml)/kg IM en dosis única en las primeras 12 h después del nacimiento junto con la 1ª dosis de la vacuna, administrarlas en lugares distintos y con drenaje linfático diferente. En Nñ no superar la dosis de 5 ml; en Ad si dosis > 5 ml, fraccionar y administrar en 2 zonas distintas. Ver ① pág.124.

### **■ INMUNOGLOBULINA ANTI-RH**

*Gamma Anti-D®*

- Jer 300 mcg (1.500 UI) ✱

Profilaxis de la inmunización D de madre Rh (-) tras parto, aborto, amniocentesis, o hemorragia transplacentaria: **Ad:** 300 mcg IM dentro de las 72 h después del evento de riesgo, opcionalmente se puede administrar también una dosis en la sem 28 de gestación; tras aborto de < 12 sem dar 120-150 mcg. Profilaxis de la inmunización D en Rh (-) tras transfusión sanguínea Rh (+): **Ad:** 100-250 mcg IM por cada 10 ml de sangre transfundida durante varios días sin pasar 72 h desde la transfusión; si dosis

> 625 mcg, fraccionar y administrar en diferentes zonas. Se puede administrar SC si trombopenia o coagulopatía severa. Ver ⓘ pág.124.

#### ■ INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA

**Imogam Rabia®** • Vial 300 UI/2 ml \*<sup>3</sup>, H

Profilaxis de la rabia tras exposición: **Ad y Nñ:** 20 UI/kg dosis única IM dentro de los 7 d post-exposición. Administrar en un lugar diferente del de la vacuna antirrábica. Ver ⓘ pág.124.

☞ Sin existencias en el Servicio de Farmacia, suministro del laboratorio en 24-48 h.

#### ■ INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA

**Gamma anti-tétanos<sup>G</sup>** • Jer 250 UI/1 ml \*  
• Jer 500 UI/2 ml \*<sup>3</sup>

Prevención del tétanos en heridas sucias o mayores si no se ha completado el ciclo de vacunación o se desconoce: **Ad:** 250 UI IM en dosis única e iniciar la vacunación; si herida sucia o infectada, o han pasado más de 24 h desde la lesión o en Ad obesos, dar 500 UI IM. **Nñ:** igual dosis que Ad; en niños muy pequeños, 4 UI/kg. Tto del tétanos: 3.000-6.000 UI IM en dosis única. Utilizar jer y lugar de inyección distinto a la vacuna antitetánica. Si dosis > 1.250 UI, fraccionar y administrar en lugares diferentes. Puede administrarse por vía SC si la IM está contraindicada. Ver ⓘ pág.124.

#### ■ INMUNOGLOBULINA ANTIVARICELA

**Varitect®** • Vial 25 UI/ml x 5 ml \*<sup>3</sup>, H  
• Vial 25 UI/ml x 20 ml \*<sup>3</sup>, H

Profilaxis tras exposición en inmunodeprimidos y recién nacidos de madres que desarrollen varicela 5 d antes ó 2 d después del PARTO: **Ad y Nñ:** 0,2-1 ml/kg IV (< 1 ml/min) dentro de las 96 h post-exposición. Ver ⓘ pág.124.

☞ Para la solicitud se precisa informe clínico del paciente, consentimiento informado del paciente ante testigo donde conste la posibilidad de transmisión de enfermedades virales y el conocimiento del médico de esta posibilidad (informes normalizados disponibles en el servicio de Farmacia).

#### ■ INMUNOGLOBULINA INESPECÍFICA

**Flebogamma®** • Vial 2,5 g/50 ml \*<sup>1</sup>, H  
• Vial 5 g/100 ml \*<sup>1</sup>, H  
• Vial 10 g/200 ml \*<sup>1</sup>, H  
**Gammagard®** • Vial 2,5 g \*<sup>1</sup>, H  
• Vial 5 g \*<sup>1</sup>, H  
• Vial 10 g \*<sup>1</sup>, H

Inmunodeficiencia 1<sup>aria</sup> y 2<sup>aria</sup>: 100-200 mg/kg/mes InfIV, máx= 400 mg/kg/mes. Púrpura trombocitopénica idiopática: 400 mg/kg/d x 2-5 d ó 1.000 mg/kg/d x 1-2 d InfIV, si PTI crónica o recaída, repetir c/3-6 sem. Enfermedad de Kawasaki: 2 g/kg dosis única InfIV + ácido acetilsalicílico. Síndrome de Guillain-Barré: 400 mg/kg/d x 5 d InfIV. Administrar en InfIV a razón de 0,01 a 0,02 ml/kg/min durante los primeros 30 min y, si tolera, aumentar hasta máx= 0,04 ml/kg/min. Ver ⓘ pág.124.

☞ En pacientes con déficit de IgA y anticuerpos anti-IgA, utilizar Gammagard®.

■ **SUERO ANTIBOTULÍNICO A+B+E**

*Botulism Antitoxin*® • Vial 250 ml \* , ③, H

Botulismo: **Ad y Nñ**: inicio 250 ml IV lenta, si se tolera dar otros 250 ml en InfIV continua; se pueden administrar otros 250 ml a las 4-5 h si la situación clínica del paciente lo requiere. Si intoxicación severa y la administración IV no produce una clara mejoría, dar dosis intralumbal en canal espinal de 20 ml, drenar previamente 20 ml de fluido cerebroespinal; se puede repetir c/24 h según se requiera. Ver ⓘ pág.124.

☞ Suministro por parte del laboratorio fabricante insuficiente para disponer de stock en todos los Servicios de Farmacia. Posibilidad de conseguirlo antes de 24 h a través del mapa de disponibilidad por Autonomías que envía periódicamente la Dirección General de Farmacia, contactar con el Servicio de Farmacia.

■ **SUERO ANTIOFÍDICO**

*Viperfav*® • Vial 4 ml \* , ①, H

Mordedura de víboras europeas (*Vipera aspis*, *V. berus* o *V. ammodytes*): **Ad y Nñ**: 4 ml diluidos en 100 ml de SF en InfIV de 1 h (iniciar la InfIV a velocidad más lenta, 15 gotas/min ó 50 ml/h), se puede repetir 2 veces en intervalos de 5 h. Ver ⓘ pág.124.

☞ Reservar para casos graves por el riesgo de shock anafiláctico (es de origen equino). Suministro por parte del laboratorio fabricante insuficiente para disponer de stock en todos los Servicios de Farmacia. Posibilidad de conseguirlo antes de 24 h a través del mapa de disponibilidad por Autonomías que envía periódicamente la Dirección General de Farmacia, contactar con el Servicio de Farmacia.

**J07 - VACUNAS**

ⓘ No administrar vacunas a pacientes con una infección activa severa. Inyectar, si no se indica otra cosa, por vía IM en deltoides en Ad y en cara anterolateral de muslo en Nñ, excepcionalmente vía SC en pacientes con trombocitopenia o trastornos de la coagulación. Los inmunosupresores pueden reducir la eficacia de las vacunas, vacunar 15 d antes o tras suspenderlos.

■ **VACUNA ANTIHEPATITIS B** (antígeno de superficie recombinante)

<i>Engerix-B</i> ®	• Jer 10 mcg/0,5 ml	*
	• Jer 20 mcg/1 ml	*
<i>Hbvaxpro</i> ®	• Vial 5 mcg/0,5 ml	*
	• Vial 40 mcg/1 ml	*

*Engerix-B*®: **Ad y Nñ ≥15a**: 3 dosis de 20 mcg IM a los 0, 1 y 6 meses. **Nñ < 15a**: 3 dosis de 10 mcg IM a los 0, 1 y 6 meses. *Hbvaxpro*®: **Ad y Nñ > 15a**: 3 dosis de 10 mcg IM a los 0, 1 y 6 meses, si diálisis o prediálisis aumentar la dosis a 40 mcg IM. **Nñ ≤ 15 a**: 3 dosis de 5 mcg IM a los 0, 1 y 6 meses. En el caso de profilaxis post-exposición o en neonatos de madres AgHbs (+), dar la primera dosis de vacuna junto a la inmunoglobulina antihepatitis B, administrándolas en lugares distintos. Ver ⓘ pág.126.

■ **VACUNA ANTINEUMOCÓCICA** (polisacáridos capsulares de 23 serotipos de *Streptococcus pneumoniae*)

*Pneumo 23*® • Jer 0,5 ml \* , DH

**Ad y Niñ  $\geq$  2a:** 0,5 ml IM (o SC). Reinmunización a los 5 años sólo si asplenia, síndrome nefrótico, IR o trasplante de órganos. Ver ⓘ pág.126.

☞ Indicada en la prevención de neumonía neumocócica o infecciones sistémicas por *S.pneumoniae* en pacientes de riesgo, inmunocomprometidos, infección por VIH o inmunocompetentes con enfermedad crónica. No indicada en infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior (otitis o sinusitis de repetición).

■ **VACUNA ANTIRRÁBICA** (virus inactivados en células diploides humanas)

*Vacuna antirrábica*® • Vial 2,5 UI \* , H

**Ad y Niñ:** Inmunización postexposición: 5 dosis en días 0, 3, 7, 14 y 30. Si riesgo elevado de infección, administrar también inmunoglobulina antirrábica dentro de los 7 d post-exposición (en un lugar diferente de la vacuna antirrábica). Contiene trazas de neomicina. Ver ⓘ pág.126.

■ **VACUNA ANTIDIFTERIA-TÉTANOS** (toxoides diftérico y tetánico)

*Anatoxal Tedi*® • Amp (4 + 40) UI/0,5 ml \*

**Ad y Niñ > 7a:** Vacunación 1<sup>aria</sup>: 3 dosis de 0,5 ml: la 2<sup>a</sup> a 1-2 meses después de la 1<sup>a</sup> y la 3<sup>a</sup> a los 6-12 meses después de la 2<sup>a</sup>; dosis de recuerdo c/10 años a partir de la última dosis.

☞ Se recomienda realizar la vacunación en el caso de heridas donde el ciclo primario de vacunación antitetánica no se ha completado, se desconoce el estado de inmunización o han transcurrido más de 10 años desde la última dosis de recuerdo (más de 5 años en el caso de heridas mayores o sucias). En heridas mayores o sucias, administrar también la inmunoglobulina antitetánica (en un lugar de inyección distinto de la vacuna). Contraindicada en el embarazo, en este caso administrar sólo la vacuna antitetánica. Ver ⓘ pág.126.

■ **VACUNA ANTITETÁNICA** (toxoi de tetánico)

*Anatoxal-Te*® • Amp 40 UI/0,5 ml \*

**Ad:** Vacunación 1<sup>aria</sup> en embarazadas: 3 dosis de 40 UI: la 2<sup>a</sup> a 1-2 meses después de la 1<sup>a</sup> y la 3<sup>a</sup> a los 6-12 meses después de la 2<sup>a</sup>, dosis de recuerdo c/10 años a partir de la última dosis (se recomienda mejor la vacuna antidifteria-tétanos si la paciente no está embarazada).

☞ Ver indicaciones de la vacunación asociada a heridas en el apartado de vacuna antidifteria-tetanos. Ver ⓘ pág.126.

## **J08 - OTROS ANTIINFECCIOSOS, INCLUIDOS LEPROSTÁTICOS**

■ **DAPSONA**

*Sulfona*® • Comp 100 mg

**Ad:** Neumonía por *Pneumocystis carinii*: 100 mg/d VO.

■ **TALIDOMIDA**

*Thalidomida*®

• Comp 100 mg

🌐<sup>2</sup>, H

**Ad y Nñ >12a:** Eritema nodoso leproso: 200 mg/12 h VO pc ó 400 mg/24 h pc (hs), mantenimiento= 50-100 mg/d. Úlceras aftosas: 50-400 mg/d VO pc. Enfermedad de Behçet mucocutánea: inicio 400 mg/d VO pc, mantenimiento= 50-200 mg/d. Mieloma múltiple: días 1-7: 200 mg/24 h VO pc, días 8-28: 200 mg/12 h, días 29-42: 200 mg/8 h, del día 43 hasta progresión: 200 mg/6 h.

☞ Para la autorización del tto por parte del Ministerio, se necesita además de los impresos A2 y A3, consentimiento informado del paciente, conformidad de la Dirección Médica, informes hematológico y neurológico, y test de embarazo (-); para la prescripción y dispensación se precisa consentimiento informado del paciente según modelo del proveedor y se han de efectuar cuestionarios telefónicos por parte del médico, paciente y farmacéutico. Categoría X de la FDA: contraindicado en embarazo y en mujeres potencialmente fértiles sin un método anticonceptivo eficaz, los hombres en tto deben utilizar preservativos en las relaciones sexuales.

## Grupo L: ANTINEOPLÁSICOS

### L01 - QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

① Debido a la especial complejidad de los tratamientos quimioterápicos y su continua actualización, las dosis indicadas son orientativas. Para mayor información consultar protocolos en fuentes bibliográficas específicas y ajustar dosis según respuesta clínica, control hematológico y tolerancia.

Las náuseas y vómitos son complicaciones frecuentes de la quimioterapia que deben prevenirse con un tratamiento antiemético adecuado en función de su poder emetógeno (ver anexo nº 7 pág.213).

La mayoría de los fármacos de este grupo son teratógenos y están contraindicados en el embarazo, valorar exhaustivamente la relación beneficio/riesgo.

Debido a las características especiales de los medicamentos citostáticos, su reconstitución y dilución previas a la administración se llevan a cabo en el Servicio de Farmacia. Ver apartado de "citostáticos" (pág.18) para consultar las normas de funcionamiento de la Unidad de Reconstitución de Citostáticos y las medidas generales ante una extravasación de citostáticos (pág.138).

### L01A - SUSTANCIAS ALQUILANTES

#### ■ CARMUSTINA (BCNU)

*Bicnu*®

• Vial 100 mg

☼, ☹, 🌐<sup>2</sup>

**Ad:** 150-200 mg/m<sup>2</sup>/6 sem InfIV ó 75-100 mg/m<sup>2</sup>/d x 2 d c/6 sem InfIV. Mieloma múltiple: alternar c/5 sem 0,5 mg/kg y 30 mg/m<sup>2</sup> InfIV.

Administración: InfIV en 1-2 h (en 250-500 ml G5%, conc máx: 2 mg/ml), InfIV más rápidas pueden producir dolor intenso y quemazón en el punto de inyección. Utilizar equipos de infusión sin PVC.

#### ■ CICLOFOSFAMIDA

*Genoxal*®

• Gg 50 mg

• Vial 200 mg

☹, DH

• Vial 1 g

☹, DH

**Ad:** inducción: 40-50 mg/kg (1,5-1,8 g/m<sup>2</sup>) IV dividido en 2-5 d c/2-4 sem ó 20-40 mg/kg/10-20 d IV ó 100 mg/kg/20-30 d IV; mantenimiento: 10-15 mg/kg/7-10 d IV ó 3-5 mg/kg x 2 v/sem IV ó 1-5 mg/kg/d VO pc. **Nñ:** inducción: 2-8 mg/kg/d ó 60-250 mg/m<sup>2</sup>/d VO (pc) o IV; mantenimiento: 2-5 mg/kg ó 50-150 mg/m<sup>2</sup> VO pc x 2 v/sem.

Como inmunosupresor: **Ad:** 1-3 mg/kg/d IV o VO pc (en varias tomas). Síndrome nefrótico resistente a esteroides: **Nñ:** 2,5-3 mg/kg/d VO pc x 60-90 d.

Administración: IVdir a 100 mg/min o InfIV en 30-60 min (en 50-500 ml SF o G5%).

#### ■ CLORAMBUCILO

*Leukeran*®

• Comp 2 mg

☼

**Ad:** inicio 0,1-0,2 mg/kg/d (4-10 mg/d) VO ac x 3-6 sem, mantenimiento= 0,03-0,1 mg/kg/24 h VO ac; régimen alternativo para reducir toxicidad hematológica: 0,4 mg/kg



c/2 sem, con aumento de 0,1 mg/kg/2 sem hasta respuesta clínica o mielosupresión.  
**Nñ:** 0,1-0,2 mg/kg/d ó 4,5 mg/m<sup>2</sup>/d VO ac. Síndrome nefrótico: **Ad y Nñ:** 0,1-0,2 mg/kg/d VO ac x 8-12 sem y repetir el ciclo si es necesario, máx= 8,2-14 mg/kg/ciclo.  
 Administrar en ayunas si dosis diarias, o hs si dosis c/2 sem.

■ **DACARBAZINA**

*Dacarbazina*<sup>G</sup> • Vial 100 mg ☹, DH

**Ad:** Melanoma maligno: 2-4,5 mg/kg/d x 10 d c/4 sem ó 250 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 5 d c/3 sem.  
Enfermedad de Hodgkin: 150 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 5 d junto a otros citostáticos c/4 sem, ó 375 mg/m<sup>2</sup>/14 d IV.  
 Administración: InfIV en 15-30 min (en 100-250 ml SF o G5%).

■ **IFOSFAMIDA**

*Tronoxal*<sup>®</sup> • Vial 1 g ☹, H

**Ad:** Tumor de células germinales de testículo: 1,2 g/m<sup>2</sup>/d IV x 5 d c/3 sem, 4 ciclos.  
Otras indicaciones: 1,2-2,5 g/m<sup>2</sup>/d IV x 3-5 d, en ciclos repetidos. **Nñ:** 1,6-1,8 g/m<sup>2</sup>/d IV x 5 d ó 3 g/m<sup>2</sup>/d x 4 d con dosis de intensificación de hasta 8 g/m<sup>2</sup>.  
 Administración: InfIV en 30-120 min (en SF o G5% hasta concentración 0,6-20 mg/ml) o InfIV continua; hidratar abundantemente al paciente (2 L/d VO o IV) y administrar Mesna (ver pag.193) para paliar la urotoxicidad.

■ **LOMUSTINA (CCNU)**

*Ceenu*<sup>®</sup> • Cáps 40 mg 🌐<sup>2</sup>

**Ad y Nñ:** Tumores del SNC: 100-130 mg/m<sup>2</sup>/6 sem VO ac hs ó 75 mg/m<sup>2</sup>/3 sem VO ac hs.

■ **MELFALAN**

*Melfalan*<sup>G</sup> • Comp 2 mg ❄  
 • Vial 50 mg ☹, H

**Ad:** Mieloma múltiple: **VO** (de elección): 6 mg/24 h VO ac x 2-3 sem y reiniciar a las 4 sem con mantenimiento= 2 mg/d VO ac, ó 0,15 mg/kg/d x 7 d c/4-6 sem, ó 0,25 mg/kg/d x 4 d c/4-6 sem, normalmente con prednisona; **IV** (si no se tolera VO): 16 mg/m<sup>2</sup>/4 sem IV en monoterapia, ó 8-30 mg/m<sup>2</sup>/2-6 sem IV en terapia combinada, o terapia a altas dosis 100-200 mg/m<sup>2</sup> IV con trasplante autólogo de médula ósea (imprescindible a partir de 140 mg/m<sup>2</sup>). Cáncer epitelial de ovario: 1 mg/kg/4 sem IV en monoterapia, ó 0,3-0,4 mg/kg/4-6 sem IV en terapia combinada; ó 0,2 mg/kg/d VO ac x 5 d c/4-5 sem.  
 Administración: InfIV en 15-20 min (en SF, conc máx: 0,45 mg/ml).

■ **PROCARBAZINA**

*Natulan*<sup>®</sup> • Cáps 50 mg

**Ad:** En poliquimioterapia: 100 mg/m<sup>2</sup>/d VO x 14 d c/28 d. **Nñ:** En monoterapia: inicio 50 mg/m<sup>2</sup>/d VO x 7 d seguido de 100 mg/m<sup>2</sup>/d hasta conseguir la máxima respuesta, mantenimiento= 50 mg/m<sup>2</sup>/d. Administrar hs o en varias tomas con abundante líquido.

■ **TEMOZOLOMIDA**

<i>Temodal</i> ®	• Cáps 5 mg	☞ <sup>1</sup> , H
	• Cáps 20 mg	☞ <sup>1</sup> , H
	• Cáps 100 mg	☞ <sup>1</sup> , H
	• Cáps 250 mg	☞ <sup>1</sup> , H

**Ad y Nñ >3a:** *Glioma maligno*: 200 mg/m<sup>2</sup>/24 h VO ac x 5 d c/28 d (si tto previo con quimioterapia, 1<sup>er</sup> ciclo 150 mg/m<sup>2</sup>/d x 5 d). Si neutrófilos < 1.500/mm<sup>3</sup> y plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> los días 22<sup>o</sup> del ciclo y 1<sup>o</sup> del ciclo siguiente, retrasar una semana y reducir dosis 50 mg/m<sup>2</sup>/d pero no administrar menos de 100 mg/m<sup>2</sup>/d. Ajustar dosis al menor n<sup>o</sup> posible de cáps por toma, no masticar ni abrir las cáps.

## **L01B - ANTIMETABOLITOS**

### **■CITARABINA**

<i>Citarabina</i> <sup>G</sup>	• Vial 100 mg	☞, DH
	• Vial 500 mg	☞, H

**Ad y Nñ:** *Leucemia aguda*: 100-200 mg/m<sup>2</sup>/d InfIV repartido c/12 h o InfIV continua x 7 d c/2 sem o en casos refractarios 2-3 g/m<sup>2</sup>/12 h InfIV x 4-12 dosis, mantenimiento= 70-200 mg/m<sup>2</sup>/d InfIV x 2-5 d c/4 sem. *Leucemia meníngea*: 5-75 mg/m<sup>2</sup>/d IT x 2-7 d, habitualmente 30 mg/m<sup>2</sup>/4 d.

Administración: InfIV (en 250-500 ml SF o G5%) en 15 min-3 h (2 h al menos si dosis >1 g/m<sup>2</sup>) ó InfIV continua; IT (en 5-15 ml SF).

### **■CLADRIBINA**

<i>Leustatin</i> ®	• Vial 10 mg/10 ml	☞, ☞, H
--------------------	--------------------	---------

**Ad:** *Tricoleucemia*: 0,09 mg/kg/d (3,6 mg/m<sup>2</sup>/d) InfIV continua (diluir en 500 ml SF) x 7 d, ciclo único. *Leucemia linfocítica crónica*: 0,12 mg/kg/d (4,8 mg/m<sup>2</sup>/d) InfIV en 2 h (diluir en 100-500 ml SF) x 5 d c/4 sem, 2 ciclos y retirar si no hay respuesta, o si la hay mantener máx= 6 ciclos.

### **■FLUDARABINA**

<i>Beneflur</i> ®	• Vial 50 mg	☞, H
-------------------	--------------	------

**Ad:** 25 mg/m<sup>2</sup>/d InfIV en 30 min (diluir en 100 ml SF o G5%) x 3-5 d c/4 sem. Valorar tras 2-3 ciclos y mantener hasta respuesta o toxicidad, máx= 6 ciclos.

### **■FLUOROURACILO**

<i>Fluoro-uracil</i> ®	• Vial 250 mg/5 ml	☞, DH
------------------------	--------------------	-------

**Ad:** 12 mg/kg/d ó 480 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 3 d consecutivos y si no toxicidad 6 mg/kg ó 240 mg/m<sup>2</sup>/d los días 5<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> y 9<sup>o</sup>, repetir a las 4-6 sem; régimen alternativo: 15 mg/kg/sem ó 600 mg/m<sup>2</sup>/sem IVdir. *Cáncer colorectal* (con ác. folínico): 370mg/m<sup>2</sup>/d IVdir x 5 d c/28 d ó 400 mg/m<sup>2</sup>/d IVdir + 600 mg/m<sup>2</sup>/d InfIV continua x 2 d consecutivos c/14 d. *Cáncer de mama* (en combinación): 300-600 mg/m<sup>2</sup>/d IVdir c/21 d.

Administración: IVdir en 5 -15 min (diluir en 50 ml G5% o SF) o InfIV en 1-24 h (diluir en 250-1000 ml G5% o SF).

### **■GEMCITABINA**

- Gemzar®**
- Vial 200 mg ☹, H
  - Vial 1 g ☹, H

**Ad:** Cáncer de páncreas: 1 g/m<sup>2</sup>/sem IV x 7 sem, y tras 1 sem de descanso repetir 1 g/m<sup>2</sup>/sem x 3 sem c/mes. Cáncer de pulmón no microcítico: monoterapia: 1 g/m<sup>2</sup>/sem IV x 3 sem c/mes, o con cisplatino: 1,25 g/m<sup>2</sup>/d IV los días 1º y 8º c/3 sem. Cáncer de vejiga: 1 g/m<sup>2</sup>/d IV los días 1º, 8º y 15º c/4 sem, con cisplatino.  
Administración: InfIV en 30 min (en 100 ml SF)

#### ■ IRINOTECAN

- Campto®**
- Vial 40 mg/2 ml ☹, H
  - Vial 100 mg/5 ml ☹, H

**Ad:** Carcinoma colorrectal: en monoterapia: 125 mg/m<sup>2</sup>/sem InfIV x 4 sem c/6 sem ó 350 mg/m<sup>2</sup> c/3 sem InfIV mientras haya respuesta clínica; con fluorouracilo y folínico: 180 mg/m<sup>2</sup>/2 sem InfIV. Retrasar 1-2 sem si toxicidad hematológica o si la diarrea tardía no se ha resuelto, y reducir dosis 15-20%.  
Administración: InfIV en 90 min (en 250-500 ml G5%).

#### ■ MERCAPTOPURINA

- Mercaptopurina<sup>G</sup>**
- Comp 50 mg

**Ad:** Leucemia: inicio 2,5 mg/kg/d (80-100 mg/m<sup>2</sup>/d) VO ac y si no hay mielosupresión después de 4 sem aumentar a 5 mg/kg/d, mantenimiento= 1,5-2,5 mg/kg/d (50-100 mg/m<sup>2</sup>/d) VO ac. Enfermedad inflamatoria intestinal: 1-2,5 mg/kg/d VO ac. **Nñ:** Leucemia: 2,5 mg/kg/d (75 mg/m<sup>2</sup>/d) VO ac.

#### ■ METOTREXATO

- Metotrexato<sup>G</sup>**
- Comp 2,5 mg
  - Vial 50 mg/2 ml ☹
  - Vial 500 mg/20 ml ☹, H
  - Vial 1 g/40 ml ☹, H

**Ad:** Leucemia linfoblástica: mantenimiento, 20-30 mg/m<sup>2</sup> VO ac o IM x 2 v/sem, ó 2,5 mg/kg/14 d IV. Leucemia meníngea: 12 mg/2-7 d IT. Linfoma de Burkitt: estadio I y II, 10-25 mg/d VO ac x 4-8 d y descansar 7-10 d; estadio III y linfosarcoma, 0,625-2,5 mg/kg/d VO ac en terapia combinada. Cáncer de mama: 40 mg/m<sup>2</sup>/d IV los días 1º y 8º c/21-28 d en terapia combinada. Osteosarcoma: 8-12 g/m<sup>2</sup>/sem IV junto con rescate con ác. folínico (ver pag.54) y monitorización de niveles séricos. Micosis fungoide: 2,5-10 mg/d VO ac ó 50 mg/sem VO ac ó 25 mg x 2 v/sem IM. Psoriasis resistente: 7,5-15 mg/sem (en dosis única ó repartido en 3 tomas de 2,5-5 mg/12 h) VO ac o IM ó 25-50 mg/sem IV. Artritis reumatoide: 7,5-15 mg/sem (en dosis única ó repartido en 3 tomas de 2,5-5 mg c/12 h) VO ac (máx= 15-20 mg/sem), ó 7,5-15 mg/sem IM. **Nñ:** Leucemia meníngea: < 1 año: 6 mg IT, 1-2 años: 8 mg IT, 2-3 años: 10 mg IT y >3 años: 12 mg IT.


Administración: IVdir en 2-3 min (D < 40 mg/m<sup>2</sup>), InfIV en 15 min-6 h (en 50-1000 ml SF o G5%), IT en 15-30 seg (en SF hasta 1 mg/ml) retirando previamente igual volumen de LCR.

☹ Precaución en embarazadas: categoría X de la FDA.

#### L01C - ALCALOIDES DE PLANTAS

■ **ETOPÓSIDO (VP-16)**

*Vepesid*®

- Cáps 50 mg
- Vial 100 mg/5 ml , DH

**Ad:** 50-120 mg/m<sup>2</sup>/d x 5 d ó 100 mg/m<sup>2</sup>/d x 3 d alternos InfIV en 30-60 min (en 500-1.000 ml SF o G5%, conc: 0,2-0,4 mg/ml) c/ 3-4 sem; VO: dar dosis doble a la IV, ac.

■ **TENIPOSIDO (VM-26)**

*Vumon*®

- Amp 50 mg/5 ml , DH

**Ad:** 100 mg/m<sup>2</sup>/d x 2-3 d ó 40-60 mg/m<sup>2</sup>/d x 5 d c/3 sem InfIV en 30-60 min (SF o G5% hasta conc: 0,1 mg/ml), evitar contenedores y equipos de infusión con PVC y vigilar una posible precipitación (frecuente).

■ **VINBLASTINA**

*Vinblastina*<sup>G</sup>

- Vial 10 mg , 

**Ad:** 3,7 mg/m<sup>2</sup>/sem IV y aumentar 1,8 mg/m<sup>2</sup>/sem hasta respuesta o leucocitos < 3.000/mm<sup>3</sup>; dosis habitual= 5,5- 7,4 mg/m<sup>2</sup>/sem IV; máx= 18,5 mg/m<sup>2</sup>/sem. **Nñ:** 2,5 mg/m<sup>2</sup>/sem IV y aumentar 1,25 mg/m<sup>2</sup>/sem hasta respuesta o leucocitos < 3.000/mm<sup>3</sup>; dosis habitual= 7,5 mg/m<sup>2</sup>/sem IV; máx= 12,5 mg/m<sup>2</sup>/sem.

Administración: IVdir en 1 min (en SF hasta conc 1 mg/ml) y lavar con 20 ml de SF o InfIV en 10-15 min (en 50 ml SF o G5%).

■ **VINCRISTINA**

*Vincristina*<sup>G</sup>




- Vial 1 mg/1 ml , , H

**Ad:** 1,4 mg/m<sup>2</sup>/sem IV, máx= 2 mg/dosis; si bilirrubina directa > 3 mg/100 ml reducir dosis a la mitad. **Nñ:** 1,5-2 mg/m<sup>2</sup>/sem IV, máx= 2 mg/dosis, si peso ≤ 10 kg, 0,05 mg/kg/sem.

Administración: IVdir en 1-3 min y lavar con 20 ml SF, o InfIV en 10-15 min (en 50 ml SF o G5%).

■ **VINORELBINA**

*Navelbine*®


- Vial 10 mg/1 ml , , H
- Vial 50 mg/5 ml , , H

**Ad:** Carcinoma pulmonar de células grandes y carcinoma de mama avanzado o metastásico: 25-30 mg/m<sup>2</sup>/sem InfIV en 10-15 min (en 100 ml SF o G5%).

**L01D - ANTIBIÓTICOS CITOTÓXICOS**

■ **ACTINOMICINA D (DACTINOMICINA)**

*Cosmegen*®

- Vial 0,5 mg , 

**Ad y Nñ:** 15 mcg/kg/d ó 400-600 mcg/m<sup>2</sup>/d x 5 d c/3-5 sem InfIV en 15 min (en 50-100 ml SF o G5%, conc máx= 10 mg/ml).

■ **BLEOMICINA**

**Bleomicina®**

• Vial 15 UI

☼, ☹

**Ad:** 0,25-0,5 UI/kg ó 10-20 UI/m<sup>2</sup> InfIV en 10-15 min (en 50 ml SF), IM o SC (en 1-5 ml API o SF) x 1-2 v/sem, máx acumulado= 400 UI; se recomienda administrar dosis test 1-2 UI y esperar 2-4 h para descartar hipersensibilidad (sobre todo en linfoma). Efusión pleural maligna: 60 UI intrapleural (diluir en 50-100 ml SF), instilar y cerrar durante 24 h o ir girando al paciente c/15 min durante 4-6h.

■ **DAUNORUBICINA**

**Daunoblastina®**

• Vial 20 mg

☹, DH

**Ad:** en combinación, 45 mg/m<sup>2</sup>/d (30 mg/m<sup>2</sup>/d en > 60 años) IV x 3 d, máx acumulado (cardiotoxicidad)= 500-600 mg/m<sup>2</sup> ó 400-450 mg/m<sup>2</sup> si irradiación de región cardíaca. **Nñ:** 25-45 mg/m<sup>2</sup>/d IV. Administración: IVdir en 2-3 min (en 10-15 ml SF) o InfIV en 15-30 min (50-100 ml SF o G5%).

■ **DOXORUBICINA (ADRIAMICINA)**

**Doxorubicina<sup>6</sup>**

• Vial 10 mg/5 ml

☼, ☹, DH

• Vial 50 mg/25 ml

☼, ☹, DH

**Ad:** 50-75 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV ó 20 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 3 d c/3 sem, máx acumulado (cardiotoxicidad)= 550 mg/m<sup>2</sup>, o 450 mg/m<sup>2</sup> si irradiación de región cardíaca, cardiopatía u otros cardiotóxicos. **Nñ:** 75-90 mg/m<sup>2</sup>/4 sem IV ó 30 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 3 d c/4 sem. Tto del carcinoma superficial de vejiga y profilaxis tras resección transuretral: 50 mg/mes intravesical (en 50 ml SF) y retener 1-2 h, x 6-12 meses. Administración: IVdir en 3-5 min o InfIV en 15-60 min (en 50-100 ml SF o G5%) por vía central.

■ **DOXORUBICINA CLORHIDRATO LIPOSOMAL**

**Caelyx®**

• Vial 20 mg/10 ml

☼, ☹, H

**Ad:** Sarcoma de Kaposi asociado a SIDA: 20 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV. Cáncer metastásico de ovario resistente a paclitaxel y platino: 50 mg/m<sup>2</sup>/4 sem IV. Cáncer de mama metastásico con riesgo cardíaco aumentado: 50 mg/m<sup>2</sup>/4 sem IV. Administración: InfIV a 1 mg/min (diluir en 250 ml G5% si D < 90 mg ó 500 ml G5% si D ≥ 90 mg), si no hay reacción a la infusión, dosis posteriores en 60 min.

■ **EPIRUBICINA**

**Farmorubicina®**

• Vial 10 mg

☹, DH

• Vial 50 mg

☹, DH

**Ad:** 60-90 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV. Cáncer de pulmón: 120-135 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV el día 1º ó dividido en los días 1º, 2º y 3º. Máx acumulado (cardiotoxicidad)= 900 mg/m<sup>2</sup>. Administración: IVdir en 3-5 min (en 10-15 ml SF o G5%) o InfIV en 15-30 min por vía central (en 50-100 ml SF o G5%), si asociación con paclitaxel administrar 1º la epirubicina para disminuir la mielotoxicidad.

■ **IDARRUBICINA**

Zavedos®	• Vial 5 mg	☹, DH
	• Vial 10 mg	☹, DH

**Ad:** Leucemia mieloide aguda: 10-12 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 3 d, con citarabina. **Nñ:** Leucemia linfoblástica aguda: 8-10 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 3 d.

Administración: IVdir en 3-5 min (en 10-15 ml SF o G5%) o InfIV en 10-15 min (en 50-100 ml SF o G5%).

#### ■ MITOMICINA

Mitomycin C®	• Vial 2 mg	☹, DH
	• Vial 10 mg	☹, DH

**Ad:** Adenocarcinoma de estómago y páncreas, carcinoma de colon y de células escamosas de cuello uterino: 10-20 mg/m<sup>2</sup>/6-8 sem IV, o 2 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 5 d/sem x 2 sem c/6-8 sem. Cáncer superficial de vejiga, tras resección transuretral: 20-60 mg/sem intravesical (en agua a conc= 1 mg/ml, instilar y mantener 2 h en la vejiga) x 6-8 sem. Trabeculectomía: 0,2 mg/ml VT durante 30 seg-5 min.

Administración: IVdir en 1-5 min (en 10-15 ml SF) o Inf IV en 20-30 min (en 50-250 ml SF).

#### ■ MITOXANTRONA

Novantrone®	• Vial 20 mg/10 ml	☹, DH
-------------	--------------------	-------

**Ad:** Leucemia aguda no linfocítica: 12 mg/m<sup>2</sup>/d IV x 2-3 d, con citarabina. Cáncer de próstata refractario a hormonas: 12-14 mg/m<sup>2</sup>/21d IV, con corticoides VO.

Administración: IVdir en 1-5 min o InfIV en 10-15 min (en 50 ml G5% o SF).

### L01E - OTROS ANTINEOPLÁSICOS

#### ■ ASPARAGINASA

Kidrolase®	• Vial 10.000 U	☹, ☹ <sup>1</sup> , ☹, H
------------	-----------------	--------------------------

Inducción de la remisión en leucemia linfoblástica aguda, fundamentalmente en niños:

**Ad y Nñ:** 200 UI/kg/d IV x 28 d, en monoterapia. **Nñ:** 1000 UI/kg/d IV x 10 d ó 6000 UI/m<sup>2</sup>/3 d IM x 9 dosis, con corticoides y vincristina.

Administración: InfIV en 30-60 min (en 50-250 ml G5% o SF) o IM (0,5-2 ml SF/10.000 UI) máx 2 ml por punto de inyección. Se recomienda dosis test (2 UI/0,1 ml) antes de 1ª dosis y si transcurre más de 1 sem desde última dosis, para descartar hipersensibilidad.

#### ■ CARBOPLATINO

Paraplatin®	• Vial 50 mg/5 ml	☹, DH
	• Vial 150 mg/15 ml	☹, DH

**Ad:** Carcinomas de ovario, microcítico de pulmón, epidermoide de cabeza y cuello y de vejiga: 300-400 mg/m<sup>2</sup>/4 sem IV o individualizar D para área bajo la curva 4-7 mg/ml/min, según fórmulas de Calvert o de Chatelut.

Administración: InfIV en 15-60 min o 24 h (sin diluir o en G5% o SF hasta conc= 0,5 mg/ml). Evitar aluminio en agujas y equipos de administración.

### ■ CISPLATINO

<i>Neoplatin®</i>	• Vial 10 mg	☹, H
	• Vial 50 mg	☹, H

**Ad y Niñ:** 50-100 mg/m<sup>2</sup> IV en 1-5 d c/3-4 sem.

Administración: InfIV (diluir en 500-1000 ml SF, conc máx= 1 mg/ml) en 1-2 h (si D ≤ 60 mg/m<sup>2</sup>) o en 6-8 h (si D > 60 mg/m<sup>2</sup>); hidratar al paciente 8-12 h antes con 2 L de SF y después de la administración hasta completar 2.500 ml/m<sup>2</sup> en 24 h, con o sin manitol. Evitar aluminio en agujas y equipos de administración. Si combinado con paclitaxel, administrarlo siempre antes que el cisplatino (reduce 20-33% el aclaramiento de paclitaxel).

### ■ DOCETAXEL

<i>Taxotere®</i>	• Vial 20 mg/0,5 ml	☹, H
	• Vial 80 mg/2 ml	☹, H

**Ad:** Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico tras fracaso con quimioterapia previa: 60-100 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV. Cáncer no microcítico de pulmón localmente avanzado o metastásico: 75 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV.

Administración: InfIV en 1 h (en 250 ml SF o G5%, conc= 0,3-0,9 mg/ml). Para prevenir reacciones de hipersensibilidad administrar dexametasona 16 mg/d VO x 3 d iniciando 24 h antes del docetaxel.

### ■ HIDROXIUREA (HIDROXICARBAMIDA)

<i>Hydrea®</i>	• Cáps 500 mg
----------------	---------------

**Ad:** Leucemia mieloide crónica: inicio 30-60 mg/kg/24 h VO ac y mantenimiento= 20-30 mg/kg/d, máx= 12 g/d. Otros síndromes mieloproliferativos: inicio 5-50 mg/kg/d VO ac, mantenimiento= 10-20 mg/kg/d. Carcinoma epidermoide de cabeza y cuello: 80 mg/kg/3 d VO ac, iniciando 7 d antes de la radioterapia y si es eficaz a las 6 sem mantener indefinidamente o hasta depresión de médula ósea. Tomar las cáps enteras o dispersando el contenido en un vaso de agua.

### ■ INTERFERÓN ALFA-2A

<i>Roferon A®</i>	• Vial 3 mill UI	✱, DH
-------------------	------------------	-------

**Ad:** Tricoleucemia: inducción 3 mill UI/d IM o SC x 16-24 sem, mantenimiento= 3 mill UI x 3 v/sem. Sarcoma de Kaposi asociado a SIDA: inducción días 1<sup>o</sup>-3<sup>o</sup>: 3 mill UI/d IM o SC; días 4<sup>o</sup>-6<sup>o</sup>: 9 mill UI/d; días 7<sup>o</sup>-9<sup>o</sup>: 18 mill UI/d y si se tolera aumentar hasta 36 mill UI/d, mantenimiento= 3 v/sem la dosis máx tolerada. Linfoma cutáneo de células T: inducción días 1<sup>o</sup>-3<sup>o</sup>: 3 mill UI/d IM o SC; días 4<sup>o</sup>-6<sup>o</sup>: 9 mill UI/d; a partir del día 7<sup>o</sup>: 18 mill UI/d, mantenimiento= 3 v/sem la dosis máx tolerada. Leucemia mieloide crónica: inducción días 1<sup>o</sup>-3<sup>o</sup>: 3 mill UI/d IM o SC; días 4<sup>o</sup>-6<sup>o</sup>: 6 mill UI/d; a partir del día 7<sup>o</sup>: 9 mill UI/d; Linfoma no-Hodgkin folicular (combinado con CHOP): 6 mill UI/m<sup>2</sup> SC o IM días 22<sup>o</sup>-26<sup>o</sup> del ciclo de 28 d. Carcinoma avanzado de células renales (combinado con vinblastina): 1<sup>a</sup> sem 3 mill UI/m<sup>2</sup> SC o IM x 3 v/sem; 2<sup>a</sup> sem 9 mill UI/m<sup>2</sup> SC o IM x 3 v/sem; 3<sup>a</sup> sem y siguientes 9-18 mill UI/m<sup>2</sup> SC o IM x 3 v/sem hasta completar 8-12 sem. Melanoma maligno resecaado quirúrgicamente: 3 mill UI SC o IM x 3 v/sem x 18 meses comenzando dentro de las 6 sem siguientes a la cirugía.

### ■ INTERFERÓN ALFA-2B

- IntronA®**
- Vial 10 mill UI/2 ml \*<sup>2</sup>, DH
  - Pluma 18 mill UI/1,2 ml \*<sup>2</sup>, DH

**Ad:** Tricoleucemia: 2 mill UI/m<sup>2</sup> SC x 3 v/sem x 6 meses. Mieloma múltiple: 3 mill UI/m<sup>2</sup> SC x 3 v/sem. Sarcoma de Kaposi asociado a SIDA: 30 mill UI/m<sup>2</sup> SC x 3 v/sem. Tumor carcinoide: 5 mill UI SC x 3 v/sem. Leucemia mieloide crónica: 4-5 mill UI/m<sup>2</sup>/24-48 h SC. Tto adyuvante del linfoma no Hodgkin folicular (combinado con CHOP): 5 mill UI SC x 3 v/sem x 18 meses. Melanoma maligno resecao quirúrgicamente: inducción 20 mill UI/m<sup>2</sup>/d InfIV en 20 min (en 50-100 ml SF) x 5 d/sem x 4 sem, mantenimiento= 10 mill UI/m<sup>2</sup> SC x 3 v/sem x 48 sem. Hepatitis B crónica activa: ver pág.123.

■ **INTERLEUKINA II (ALDESLEUKINA)**

- Proleukin®**
- Vial 18 mill UI \*<sup>2</sup>, ⚠<sup>2</sup>, H

⚠<sup>2</sup> a Oncología. **Ad:** Carcinoma metastásico de células renales: 1ª sem: 18 mill UI/d SC x 5 d, 2ª-4ª sem: 18 mill UI/d los días 1º-21 y 9 mill UI/d los días 3º, 4º y 5º, descansar la 5ª sem y repetir.

■ **OXALIPLATINO**

- Eloxatin®**
- Vial 50 mg ⚠, H
  - Vial 100 mg ⚠, H

**Ad:** Cáncer colorrectal metastásico en asociación con 5-fluorouracilo y ác folínico: 85 mg/m<sup>2</sup>/2 sem ó 100-135 mg/m<sup>2</sup>/3 sem InfIV en 2-6 h (en 250-500 ml G5%). Administrar siempre antes del 5-fluorouracilo. Evitar aluminio en agujas y equipos de administración.

■ **PACLITAXEL**

- Taxol®**
- Vial 30 mg/5 ml ⚠, H
  - Vial 100 mg/16,7 ml ⚠, H

**Ad:** Carcinoma de ovario, 1ª línea: 135 mg/m<sup>2</sup> IV seguido de cisplatino, c/3 sem. Carcinoma de ovario, 2ª línea, y carcinoma metastásico de mama: 175 mg/m<sup>2</sup>/3 sem IV. Carcinoma de pulmón no microcítico avanzado: 175 mg/m<sup>2</sup> IV seguido de cisplatino, c/3 sem.

Administración: InfIV en 24 h (ovario 1ª línea) o en 3 h (en SF o G5% hasta conc=0,3-1,2 mg/ml), utilizar equipos de infusión sin PVC y con filtro de 0,22 µ. Para reducir el riesgo de reacciones de hipersensibilidad premedicar con: dexametasona 20 mg VO 12 y 6 h antes del paclitaxel, dexclorfeniramina 5 mg IV y ranitidina 50 mg IV, 30-60 min antes del paclitaxel. Mantener siempre las secuencias de administración epirubicina (o doxorubicina) paclitaxel y paclitaxel cisplatino.

■ **RITUXIMAB**

- Mabthera®**
- Vial 100 mg/10 ml \*<sup>2</sup>, H
  - Vial 500 mg/50 ml \*<sup>2</sup>, H

**Ad:** Linfoma folicular estadio III-IV CD20+, quimiorresistente o en 2ª o subsiguientes recaídas: 375 mg/m<sup>2</sup>/sem IV x 4 sem. Linfoma difuso de células B grandes CD20+: 375 mg/m<sup>2</sup> IV el día 1 de cada ciclo de quimioterapia CHOP.

Administración: InfIV (en 500 ml SF o G5%), 1ª dosis a 50 mg/h e incrementando 50



mg/h c/30 min hasta máx= 400 mg/h, dosis siguientes a 100 mg/h e incrementando 100 mg/h c/30 min hasta máx= 400 mg/h. Para reducir el riesgo de reacciones de hipersensibilidad premedicar con paracetamol y dexclorfeniramina. Preparación en el Servicio de Farmacia.

■ **TOPOTECÁN**

*Hycamtin*® • Vial 4 mg ☹, H

**Ad:** Carcinoma metastásico de ovario que no responde a tto 1ª elección: 1,5 mg/m<sup>2</sup>/d InfIV en 30 min (50-250 ml SF o G5%) x 5 d c/21-28 d, 4 ciclos.

■ **TRASTUZUMAB**

*Herceptin*® • Vial 150 mg ✨, H

**Ad:** Cáncer de mama metastásico con sobreexpresión de HER2 en el rango 3+ determinado por inmunohistoquímica: en monoterapia, tras dos ciclos con una antraciclina y un taxano o tras fracaso con terapia hormonal; o en combinación con paclitaxel en pacientes no tratados en que no estén indicadas las antraciclina: 1ª sem 4 mg/kg InfIV en 90 min (en 250 ml SF) seguido de 2 mg/kg/sem hasta progresión de la enfermedad. Preparación en el Servicio de Farmacia.

■ **TRETINOINA**

*Vesanoïd*® • Cáps 10 mg DH

**Ad:** Leucemia promielocítica aguda: inducción 45 mg/m<sup>2</sup> repartido en 2 tomas VO hasta remisión completa o máx= 90 d, mantenimiento= 45 mg/m<sup>2</sup> en 2 tomas x 14 d cada ciclo.

■ **VACUNA BCG (Mycobacterium bovis vivas atenuadas)**

*ImmuCyst*® • Vial 81 mg ✨, H

**Ad:** Carcinoma superficial de células transicionales y carcinoma in-situ de la vejiga: 81 mg/sem intravesical (en 50 ml SF) x 6 sem iniciando 7-14 d tras la resección transuretral o la biopsia. Administración intravesical: mantener al paciente 1 h acostado, 15 min en cada una de las 4 posiciones posibles, retener la suspensión en la vejiga 1 h más y evacuar en posición sentada. Desinfectar la orina de las 6 h posteriores a la instilación con igual volumen de lejía doméstica, manteniendo la mezcla 15 min antes de tirarla. Preparación en el Servicio de Farmacia.

**L02 - HORMONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

■ **ANASTROZOL**

*Arimidex*® • Comp 1 mg

**Ad:** Carcinoma de mama en mujeres postmenopáusicas: 1 mg/24 h VO.

■ **FLUTAMIDA**

*Prostacur*® • Comp 250 mg

**Ad:** Cáncer de próstata: 250 mg/8 h VO pc.

■ **LEUPRORELINA**

*Procrin*®

- Vial Depot 7,5 mg

**Ad:** Carcinoma de próstata: 7,5 mg/4 sem IM. Fibroma uterino, endometriosis: 3,75 mg c/mes IM x 6 m. Pubertad precoz: inicio 0,3 mg/kg/4 sem (mínimo 7,5 mg) IM e incrementar a intervalos de 3,75 mg hasta inhibición total.

■ **MEDROXIPROGESTERONA**

*Farlutal*®

- Comp 100 mg
- Comp 500 mg

**Ad:** Carcinoma de endometrio: 100-500 mg/d VO ac. Carcinoma de mama: 500 mg/8-12 h VO ac.

■ **MEGESTROL**

*Maygace*®

- Comp 40 mg
- Comp 160 mg

**Ad:** Carcinoma de mama: 40 mg/6 h ó 160 mg/24h VO ac. Carcinoma de endometrio: 40-320 mg/d VO ac en 1-4 dosis. Anorexia o caquexia: 800 mg/24 h VO ac, si pérdida peso asociada a SIDA: 400 mg/24 h VO ac.

■ **TAMOXIFENO**

*Tamoxifeno*<sup>G</sup>

- Comp 10 mg

Cáncer de mama: 10-20 mg/12 h ó 20-40 mg/24 h VO pc.



## Grupo M: APARATO LOCOMOTOR

### M01 - ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

#### M01A1A - ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, SOLOS

① Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), son un amplio grupo de fármacos con diferentes estructuras químicas, pero que utilizados a dosis equipotentes poseen una eficacia promedio similar, existiendo sin embargo grandes diferencias interindividuales de respuesta. Poseen efecto “techo” (sobrepasando las dosis máximas no se logra mayor eficacia, aunque sí mayor incidencia y severidad de efectos adversos). Utilizar la vía oral como vía preferente de administración, siempre con comidas. Evitar siempre que sea posible la utilización de dosis altas durante largos periodos de tiempo. No utilizar dos AINE juntos (incluido metamizol, ketorolaco u otro AINE con efecto analgésico predominante), ya que no se obtiene una mayor eficacia y sí una mayor incidencia de efectos adversos. La toxicidad gastrointestinal severa, independiente de la vía de administración, es más limitante en presencia de factores de riesgo: historia de úlcera previa, dosis altas, tratamientos de larga duración, edad avanzada, asociación con corticoides y/o anticoagulantes orales.

#### ■ ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

*Aspirina®* • Comp 500 mg  
*Rhonal®* • Comp 500 mg

Artritis reumatoide: Ad: 3-6 g/d VO pc dividido en 3-4 tomas. Antiagregación plaquetaria: ver grupo B (pág.49). Dolor: ver grupo N (pág.153).

#### ■ ÁCIDO MEFENÁMICO

*Coslan®* • Cáps 250 mg  
• Sup 250 mg  
• Sup 500 mg

Ad: Cuadros inflamatorios, dismenorrea: inicio 500 mg VO pc, seguido de 250 mg VO pc x 4 v/d ó 500 mg/8 h VR, máx= 1500 mg/d. Dolor: ver grupo N (pág.153).

#### ■ DICLOFENACO

*Voltaren®* • Comp 50 mg  
• Sup 100 mg  
• Amp 75 mg/3 ml

Osteoartritis, inflamación no reumática, artritis reumatoide: Ad: 100-150 mg/d VO pc en 2-3 tomas/d ó 100 mg/24 h VR hs ó 75 mg/12 h IM, máx= 200 mg/d; en ttos de larga duración: 50 mg/12 h VO pc. Nñ: 2-3 mg/kg/d VO pc en 3-4 tomas. Dolor: ver grupo N (pág.153).

#### ■ IBUPROFENO

*Ibuprox®* • Sb 100 mg  
*Ibuprofeno<sup>G</sup>* • Comp 400 mg

- Junifen*®
- Comp 600 mg
  - Susp 100 mg/5 ml (150 ml)

**Ad:** Cuadros inflamatorios: 1.200-2.400 mg/d VO pc en 3-4 tomas. Dismenorrea: 400 mg/4 h VO pc según necesidad, máx= 2.400 mg/d. **Nñ:** Artritis crónica juvenil: 10 mg/kg/6 h VO pc, máx= 40 mg/kg/d. Dolor: ver grupo N (pág.154).

#### ■ INDOMETACINA

- Inacid*®
- Cáps 25 mg
  - Sup 50 mg
  - Sup 100 mg

**Ad y Nñ > 14a:** Artritis gotosa aguda: inicio 50 mg x 3 v/d VO pc, e ir reduciendo en función de síntomas y suspender, máx= 200 mg/d. Espondilitis anquilosante, osteoartritis, artritis reumatoide: inicio 25 mg x 2-3 v/d VO pc, aumentando en 25-50 mg a intervalos semanales hasta control de síntomas o dosis de 150-200 mg/d, si dolor nocturno y/o rigidez matutina: 100 mg/24 h VR hs, máx= 200 mg/d (VO o combinación VO y VR).

#### ■ NAPROXENO

- Naproxeno*<sup>G</sup>
- Comp 500 mg
  - Cáps 250 mg
  - Sup 500 mg

**Ad:** Cuadros inflamatorios: 250-500 mg x 2 v/d VO pc ó 500 mg/24 h VR hs, máx= 1.500 mg/d (VO o combinación VO y VR). Dismenorrea: inicio 500 mg VO pc, seguido de 250 mg/6-8 h VO pc según necesidad, máx= 1.250 mg/d. Gota aguda: inicio 750 mg VO pc seguido de 250 mg/8 h VO pc hasta remisión del ataque. **Nñ:** Artritis reumatoide: 10 mg/kg/d VO pc dividido en 2 tomas, máx= 15 mg/kg/d. Dolor: ver grupo N (pág.154).

#### ■ PIROXICAM

- Feldene*®
- Cáps 20 mg
  - Sup 20 mg

**Ad:** Artritis reumatoide, osteoartritis: 20 mg/d VO pc. Dismenorrea: 40 mg/d VO pc x 2 d, seguido de 20 mg/d VO pc hasta resolución de síntomas. Gota aguda: 40 mg/d VO pc x 5-7 d.

## **M02 - ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS TÓPICOS**

① Los antiinflamatorios tópicos son un grupo de fármacos de eficacia clínica dudosa, aunque constituyen una alternativa en muchos cuadros músculo-esqueléticos autolimitados, cuando no se quiere utilizar la vía sistémica. El efecto placebo tiene un papel importante en su efectividad, así como el masaje que acompaña a su aplicación. Son medicamentos no exentos de efectos adversos sistémicos: se absorben y dan lugar a concentraciones plasmáticas en torno al 5-10% de las alcanzadas tras la administración oral o IM. Precaución en embarazo y lactancia.

### ■ ■ ÁCIDO FLUFENÁMICO + ÁCIDO SALICÍLICO + POLISULFATO DE

### MUCOPOLISACARIDO

*Movilisin*® • Gel (30+20+2) mg/g (60 g)

Aplicar 2-4 v/d, practicando un ligero masaje.

### ■DICLOFENACO

*Voltaren Emulgel*® • Gel 1 % (60 g)

Aplicar 3-4 v/d, practicando un ligero masaje.

### ■ALCOHOL DE ROMERO

*Alcohol de romero Cuve*® • Sol 5 % 500 ml

Aplicar varias veces al día en piel íntegra.

## M03 - MIORRELAJANTES

### M03A - MIORRELAJANTES DE ACCIÓN PERIFÉRICA (BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES)

#### ■ATRACURIO, BESILATO

*Atracurio, Besilato*<sup>G</sup> • Amp 50 mg/5 ml \* , H

Intubación y adyuvante de anestesia general: Ad y Nñ > 1m: 0,4-0,5 mg/kg IVdir ó 0,3-0,4 mg/kg IVdir tras intubación con succinilcolina. Mantenimiento de bloqueo neuromuscular: Ad: inicio 0,3-0,5 mg/kg IVdir, si es necesario prolongar el efecto 0,08-0,1 mg/kg IVdir ó 5-9 mcg/kg/min InfIV (puede fluctuar desde sólo 2 mcg/kg/min hasta incluso 15 mcg/kg/min).

☞ Efecto máx: 2-5 min. Duración: 20-35 min. La liberación de histamina se minimiza administrando lentamente el bolo IVdir. Metabolismo plasmático, no requiere ajuste de dosis en IR o IH. No útil en intubación de urgencias.

#### ■MIVACURIO, CLORURO

*Mivacron*® • Amp 20 mg/10 ml H

Ad: Intubación traqueal: inicio 0,15-0,25 mg/kg IVdir. Mantenimiento de bloqueo neuromuscular: dosis adicionales de 0,1 mg/kg IVdir ó 9-10 mcg/kg/min InfIV. **Nñ 2-12a:** Intubación traqueal: inicio 0,2 mg/kg IVdir en 5-15 seg. Mantenimiento de bloqueo neuromuscular: dosis adicionales de 0,1 mg/kg IVdir ó 10-15 mcg/kg/min InfIV.

☞ Efecto máximo: 2-4 min (menor en Nñ, mayor en ancianos). Duración: 15-30 min (menor en Nñ, mayor en ancianos; 1,5 veces más en IR; 3 veces más en IH). Posible liberación de histamina.

#### ■SUXAMETONIO, CLORURO (SUCCINICOLINA)

*Mioflex*® • Amp 100 mg/2 ml \* , H  
• Amp 500 mg/10 ml \* , H

Ad: Intubación traqueal: 1 mg/kg IVdir para intubación en 40-60 seg, repetir si es necesario. Bloqueo neuromuscular continuo: 2,5-4,3 mg/min InfIV (rango 0,5-10 mg/min), o inicio 0,3-1,1 mg/kg IVdir, mantenimiento= 0,04-0,07 mg/kg IVdir. Terapia

electroconvulsiva: 0,5-0,75 mg/kg IV. **Nñ**: 1 mg/kg IVdir. **Neonatos y lactantes**: 2 mg/kg IVdir. La administración por InfIV no se recomienda en Nñ por riesgo de hipertermia maligna. Premedicar con atropina puede disminuir la incidencia de bradicardia. Si la vía IV no es accesible: **Nñ**: 4 mg/kg IM, máx= 150 mg.

☞ Efecto máximo: 30-60 seg. Duración ultracorta: 2-3 min. De elección en intubación de emergencia. Ajustar D en IH.

### ■ROCURONIO, BROMURO

Esmeron® • Amp 50 mg/5 ml \* , H

**Ad**: Bloqueo neuromuscular: inicio 0,6 mg/kg IVdir, mantenimiento= 0,15 mg/kg IVdir ó 5-10 mcg/kg/min InfIV.

☞ Efecto máx: 1-1,5 min. Duración: 30 min. Posible prolongación de efecto en IR e IH. Mínima liberación de histamina. En intubación de emergencia no resulta coste-efectivo frente a succinilcolina, unas 20 veces más caro que ésta.

## M03B - MIORRELAJANTES DE ACCIÓN CENTRAL

### ■BACLOFENO

Lioresal® • Comp 10 mg

Espasticidad muscular por esclerosis múltiple, discinesia tardía, lesiones de la médula espinal: **Ad**: inicio 5 mg x 3 v/d VO, ajustando según respuesta, aumentando c/3 d en 5 mg/toma; usual= 40-80 mg/d en 3-4 tomas/d, máx= 80 mg/d. **Nñ**: inicio 10-15 mg/d VO en 3 tomas, ajustar con incrementos c/3 d de 5-15 mg/d, máx= 40 mg/d (Nñ 2-7a) ó 60 mg/d (Nñ>8a). Retirar lentamente a largo de 2 sem (la retirada brusca puede causar alucinaciones y convulsiones).

### ■DANTROLENO

Dantrium® • Cáps 25 mg 2  
Dantralen® • Vial 20 mg 3, H

**Ad y Nñ**: Hipertermia maligna: inicio 1 mg/kg IV rápida, si persisten síntomas repetir hasta D acumulada de 10 mg/kg ( D acumulada usual= 2,5 mg/kg); D adicionales de 1-2 mg/kg x 4 v/d VO x 1-3 d pueden ser necesarios para evitar recurrencias. Profilaxis 2ª de hipertermia maligna: 4-8 mg/kg/d VO en 3-4 tomas/d x 1-2 d previos a la cirugía (última dosis 3 ó 4 h antes), o bien 2,5 mg/kg IV 75 min antes de la anestesia administrados en 1 h, pudiendo requerirse D adicionales durante la intervención. Reconstituir cada vial con 60 ml de agua estéril, incompatible con G5% y SF.

### ■DIAZEPAM

Diazepam<sup>G</sup> • Comp 5 mg ●  
• Comp 10 mg ●  
Valium® • Amp 10 mg/2 ml ●

Espasmo muscular. **Ad**: 2,5-10 mg VO x 3-4 v/d (2,5 mg x 1-2 v/d en ancianos), o inicio 5-10 mg IM o IV seguido si precisa de 5-10 mg IM o IV a las 3-4 h. **Nñ**: 0,1-0,8 mg/kg/d VO en 3-4 tomas, ó 0,1-0,3 mg/kg IV lento y repetir a las 2-4 h según necesidad. Ver pautas en resto de indicaciones en grupo N, pág.162

■ **METOCARBAMOL**

*Robaxin*®

- Comp 500 mg

**Ad:** Espasmo muscular: inicio 1.000 mg VO x 4 v/d, mantenimiento= ajustar según severidad hasta máx= 9 g/d.

**M04 - ANTIGOTOSOS**

■ **ALOPURINOL**

*Alopurinol*®

- Comp 100 mg
- Comp 300 mg

Gota, hiperuricemia asociada a quimioterapia o diuréticos, litiasis úrica: **Ad:** inicio 100 mg/d VO pc, aumentando 100 mg/sem hasta uricemia < 6 mg/dl; usual= 200-300 mg/d en gota moderada y litiasis, 400-600 mg/d en gota tofácea; si D > 300 mg repartir en varias tomas. **Nñ:** inicio 150 mg/d VO pc (Nñ<6a) ó 300 mg/d VO pc (Nñ 6-10a) en 2-3 tomas/d y ajustar según respuesta.

- ☞ Asegurar una abundante ingesta de líquidos (2 L/d, 3-4 L/d en quimioterapia). No indicado en hiperuricemia asintomática con ác. úrico en plasma < 11 mg/dl. Contraindicada en crisis aguda de gota, hasta su remisión completa. Asociar colchicina o AINE los primeros meses de tto para prevenir la exacerbación de síntomas.

■ **COLCHICINA**

*Colchicina Houde*®

- Gránulos 1 mg

**Ad:** Gota aguda: 1 mg/2 h VO hasta alivio, toxicidad gastrointestinal o máx= 4-8 mg acumulados, mínimo intervalo entre dos ciclos: 3 días, utilizar la dosis requerida para aliviar un ataque como dosis de inicio en un futuro ataque. Profilaxis de ataque agudo de gota: 1 mg/24 h VO.





## Grupo N: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### N01 - ANESTÉSICOS

#### N01A1 - ANESTÉSICOS GENERALES POR INHALACIÓN

##### ■ **ISOFLURANO**

*Forane*® • Frasco 250 ml H

*Inducción: Ad:* inicio 0,5%, conc de 1,3-3% logra anestesia en 7-10 min.

*Mantenimiento: Ad:* 1-2,5 % en O<sub>2</sub> /N<sub>2</sub>O 50-70% ó 1,5-3,5 % en O<sub>2</sub> puro.

☞ Utilidad limitada en inducción por ser irritante, en Ad generalmente se realiza con tiopental u otro agente IV.

##### ■ **SEVOFLURANO**

*Sevorane*® • Frasco 250 mL H

*Inducción: Ad y Niñ:* 1,5-8 % en O<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O. *Mantenimiento: Ad y Niñ:* 0,5-3% en O<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O.

☞ Bajo coeficiente de partición sangre/gas que permite un rápido y mayor control de la anestesia (inducción < 2 min y recuperación en 4-14 min). No es irritante ni huele mal, útil en la inducción rápida y en niños. Coste superior al isoflurano en un 150%. No utilizar sales de bario como adsorbente de CO<sub>2</sub>, el sevoflurano se degrada a metabolitos tóxicos.

#### N01A2 - ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES

##### ■ **ETOMIDATO**

*Hypnomidate*® • Amp 20 mg/10 ml H

*Inducción: Ad y Niñ:* 0,15-0,3 mg/kg IVdir lenta (máx= 10 ml/min) en vaso de calibre intermedio, repetir bolos de 0,1-0,2 mg/kg si precisa.

☞ Hipnótico sin acción analgésica utilizado en inducción y de elección en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Puede provocar mioclonias y dolor en el punto de inyección durante la inducción. Sin ventajas en mantenimiento.

##### ■ **KETAMINA**

*Ketolar*® • Vial 500 mg/10 ml H

*Inducción: Ad:* 2 mg/kg IVdir lenta (2-4 min) ó 1-2 mg/kg/h InfIV (en SF o G5%) ó 5-10 mg/kg IM. *Niñ:* 1-2 mg/kg IVdir ó 3-7 mg/kg IM ó 5-20 mcg/kg/min InfIV. *Sedación en procedimientos cortos: Niñ:* 0,5-1 mg/kg IV (no produce depresión respiratoria).

☞ Potente broncodilatador. Puede provocar alucinaciones, se pueden reducir con premedicación con benzodiazepinas. Solución incolora o amarillenta, puede experimentar oscurecimiento por exposición a la luz sin pérdida de potencia. No utilizar si aparece precipitado.

##### ■ **PROPOFOL**

- Propofol*<sup>®</sup>
- Amp 200 mg/20 ml
  - Vial 1.000 mg/50 ml

Inducción: **Ad:** 2-2,5 mg/kg IV, en > 55a ó ASA III-IV: 1,6-1,7 mg/kg. **Nñ >3a:** 2,5-3 mg/kg IV. Mantenimiento: **Ad:** 0,1-0,2 mg/kg/min InfIV (sin diluir o diluido en G5%, Cmin: 2 mg/ml) ó 20-50 mg IVdir. **Nñ >3a:** 0,125-0,3 mg/kg/min InfIV. Sedación en UCI: **Ad:** 0,3-4 mg/kg/h InfIV.

- ☞ Hipotensión más marcada en > 65a. Depresor cardiovascular y respiratorio. Dolor en punto de inyección, administrar en vasos de calibre intermedio, evitar la InfIV rápida.

### ■ TIOPENTAL, SÓDICO

- Tiobarbital*<sup>®</sup>
- Vial 500 mg
- H

Inducción: **Ad:** 3-5 mg/kg IVdir lenta (en API ó SF para conc 2-2,5%). **Nñ:** 5-8 mg/kg IVdir lenta.

## N01B - ANESTÉSICOS LOCALES

### ■ ARTICAÍNA

- Ultracain*<sup>®</sup>
- Amp 4 % + Adrenalina 1 mg % (2 ml)
  - Cartuchos 4 % + Adrenalina 0,5 mg % (1,8 ml)
  - Cartuchos 4 % + Adrenalina 1 mg % (1,8 ml)

Anestesia dental: Dosis según piezas dentales y duración, en general, inyección-infiltración de 1,8 ml, repetir si es preciso.

- ☞ Anestésico local tipo amida. Inicio de acción 1-3 min (rápido), duración 45 min (si adrenalina 0,5 mg %) y 75 min (si adrenalina 1 mg %).

### ■ BUPIVACAÍNA

- Svedocain*<sup>®</sup>
- Amp 0,25 % (10 ml)
  - Amp 0,25 % (10 ml) + Adrenalina 0,05 mg/10 ml
  - Amp 0,50 % (10 ml)
  - Amp 0,50 % (10 ml) + Adrenalina 0,05 mg/10 ml
  - Amp 0,75 % (10 ml)
- Bupivacaína Hiperbárica*<sup>®</sup>
- Amp 0,50 % + Glucosa 8,25 % (4 ml)

**Ad:** Dosis según paciente, tipo de anestesia y vascularización del área a infiltrar, sin adrenalina máx= 2,5 mg/kg/3 h ó 8 mg/kg/d, con adrenalina máx= 3,2 mg/kg.

- ☞ Anestésico local tipo amida. Inicio de acción lento (4-10 min), larga duración de acción (1,5-8,5 h) y elevada potencia anestésica. Indicada en anestesia por infiltración, bloqueo de nervios periféricos, epidural, caudal y subaracnoidea. Anestésico local más cardiotoxico.

### ■ ETILO, CLORURO

- Cloroetilo Chemirosa*<sup>®</sup>
- Aerosol 100 g

Anestesia local tópica en intervenciones quirúrgicas menores: 1 ó 2 aplicaciones en zona afectada a 30 cm de distancia. El efecto aparece a los 15-20 seg.

### ■ LIDOCAÍNA

- Lidocaina 2 %<sup>FM</sup>*
- Amp 2 % (10 ml) + Adrenalina 0,10 mg/10 ml

- Lidocaína 5 % Hiperbárica<sup>FM</sup>* • Amp 5 % (2 ml) + Glucosa 7,5 %  
*Lidocaína<sup>G</sup>* • Amp 2 % (10 ml)  
• Amp 5 % (10 ml)  
*Xilonibsa®* • Aerosol 10 % (50 ml)  
*Cathejell®* • Gel Acordeón 2 % (12,5 g)

**Ad:** Dosis según paciente, tipo de anestesia y vascularización del área a infiltrar; sin adrenalina máx= 4,5 mg/kg/2 h ó 300 mg/24 h, con adrenalina máx= 7 mg/kg.

- ☞ Anestésico local tipo amida. Inicio de acción rápido (2-5 min), duración del efecto (65-150 min) y potencia intermedias. Indicada en anestesia por infiltración, regional IV, bloqueos de nervios periféricos, epidural y tópica.

### ■ LIDOCAÍNA + PRILOCAÍNA

- EMLA®* • Crema (25 + 25) mg/g (5 g)

**Ad y Niñ >1a:** en piel intacta, aplicar capa gruesa y cubrir con apósito oclusivo; en áreas grandes: 1,5-2 g/10 cm<sup>2</sup> aplicado de 2 a 5 h; pre-punción: 1-2 g aplicados al menos 1 h antes. **Niñ <1a:** máx= 2 g/16 cm<sup>2</sup> aplicados de 1 a 4 h.

- ☞ El efecto óptimo aparece 1 h después de la aplicación.

### ■ MEPIVACAÍNA

- Scandinibsa®* • Amp 1 % (10 ml)  
• Amp 2 % (2 ml)  
• Amp 2 % (10 ml)  
• Cartuchos 3 % (1,8 ml)

**Ad:** Dosis según paciente, tipo de anestesia y vascularización del área a infiltrar, máx= 5 mg/kg en dosis única (sin superar 400 mg).

- ☞ Anestésico local tipo amida. Inicio de acción rápido (2-5 min), duración del efecto: 90-150 min y potencia intermedia. Indicada en anestesia por infiltración, bloqueos y epidural. Útil cuando el vasoconstrictor está contraindicado.

### ■ ROPIVACAÍNA

- Naropin®* • Amp 20 mg/10 ml  
• Amp 75 mg/10 ml  
• Bolsa 200 mg/100 ml

Anestesia en cirugía: **Ad:** *Epidural lumbar:* 113-200 mg (inicio: 10-20 min, duración: 3-5 h). *Epidural torácica:* 38-113 mg (inicio: 10-20 min). *Bloqueo periférico* (nervios menores o infiltración): 7,5-225 mg (inicio: 1-15 min, duración: 2-6 h). Tratamiento del dolor: **Ad:** *Epidural lumbar:* 20-40 mg/bolo (inicio: 10-15 min, duración: 0,5-1,5 h) o inyección intermitente de 20-30 mg/30 min o infusión continua de 12-20 mg/h. *Epidural torácica:* infusión continua de 8-16 mg/h. *Bloqueo periférico* (nervios menores o infiltración): 2-200 mg (inicio: 1-15 min, duración: 2-6 h). Realizar aspiración previa a la inyección para prevenir administración intravascular.

- ☞ Anestésico local tipo amida de acción prolongada, con propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas similares a bupivacaína y coste 10 veces superior.

### ■ TETRACAÍNA

- Anestesia Tópica®* • Vial 1 % (20 ml)  
• Vial 1 % (20 ml) + Adrenalina 0,1 mg/20 ml

- Lubricante Urológico® • Pda 0,75 % (25 g)  
 Lubricante Urológico<sup>FM</sup> • Pda 0,75 % (6 g)

☞ Anestésico tipo éster. Inicio de acción: 3-8 min. Duración del efecto: 90-180 min. Indicado en anestesia tópica de mucosas, en otorrinolaringología, odontología, oftalmología, broncoscopias, esofagoscopias y gastroscopias.

## **N01C - OTROS PREPARADOS UTILIZADOS EN ANESTESIA**

### **■ALFENTANILO**

- Limifen® • Amp 0,5 mg/2 ml ●,  $\infty^2$ , H

$\infty^2$  a Cirugía Ambulatoria. **Ad:** Neuroleptoanalgesia: 10-15 mcg/kg IV. Mantenimiento: 10-20 mcg/kg/h InfIV (en 50-100 ml SF o G5%).

### **■FENTANILO**

- Fentanest® • Amp 0,15 mg/3 ml ●, H

**Ad:** Premedicación: 50-100 mcg IM. Inducción: inicio 50-100 mcg IV, repetir c/2-3 min hasta efecto deseado. Mantenimiento: 25-50 mcg IV o IM, ajustar según tensión arterial. Postoperatorio: 50-100 mcg IM. Dolor crónico maligno: ver fentanilo parches pág. 151. **Nñ:** Sedación/analgesia en procedimientos cortos: 1-4 mcg/kg/dosis IM o IV, repetir c/30-60 min (en neonatos c/2-4 h). Sedación/analgesia prolongada: inicio 1-2 mcg/kg IV, seguido de 1 mcg/kg/h InfIV, titular dosis según respuesta.

☞ Agonista opioide de corta vida media y duración de acción de 30-60 min. Útil inductor en anestesia general y como analgésico en cuidados intensivos. Alta incidencia de rigidez muscular. Utilizar por especialista con medios de soporte y ventilación asistida.

### **■REMIFENTANILO**

- Ultiva® • Vial 1 mg ●,  $\infty^2$

$\infty^2$  a Cirugía Ambulatoria, Neurocirugía, Oftalmología y U.C.I. Inducción: **Ad y Nñ >12a:** 0,5-1 mcg/kg IVdir (> 30 seg). Mantenimiento: **Ad:** 0,05 -2 mcg/kg/min InfIV (en SF o G5% para conc 20-250 mcg/ml), en > 65 a: ½ de la dosis de Ad. **Nñ >1a:** 0,05 - 1,3 mcg/kg/min InfIV (en SF o G5% para conc 20-25 mcg/ml). Analgesia en sedación con ventilación mecánica: **Ad:** inicio 0,1-0,15 mcg/kg/min InfIV (en SF o G5% para conc 20-250 mcg/ml), incrementos de 0,025 mcg/kg/min c/5 min hasta efecto analgésico, máx= 0,74 mcg/kg/min, duración máx de tto= 3 d.

☞ Agonista opioide útil en cirugía mayor ambulatoria, neurocirugía o cirugía con postoperatorio poco doloroso por la corta duración de acción (3-10 min) y rápida recuperación. No requiere ajuste de dosis en IR ni IH. No utilizar en cirugías que requieren analgesia en el postoperatorio. En sedación, reservar para los casos que se puedan beneficiar de exploraciones neurológicas cortas por su alto coste (1.393% más que fentanilo).

## **N02 - ANALGÉSICOS**

### **N02A - ANALGÉSICOS NARCÓTICOS**

■ **BUPRENORFINA**

*Buprex®*

- Comp 0,2 mg ●
- Amp 0,3 mg/1 ml ●

Dolor moderado a severo: **Ad:** 0,2-0,4 mg/6-8 h SL ó 0,3-0,6 mg/6-8 h IM o IVdir lenta

☞ Opiode agonista parcial con alta potencia analgésica. Antagoniza parcialmente a los agonistas puros como la morfina. Tiene techo analgésico. No utilizar dosis superiores a las recomendadas, si no se consigue un control adecuado del dolor asociar un analgésico no opioide o cambiar a morfina. La depresión respiratoria aparece de manera tardía y no revierte con naloxona.

■ **CODEÍNA, FOSFATO**

*Codeisan®*

- Comp 28,7 mg
- Jbe 6,33 mg/5 ml (125 ml)

Dolor moderado: **Ad:** 1 comp/4-6 h VO, máx= 6 comp/d. **Nñ > 2a:** 0,5-1 mg/kg/4-6 h VO, máx= 2 comp/dosis. Antitusígeno: ver pág.178.

☞ Agonista opioide útil en dolor moderado. Asociado a un analgésico no opioide se potencia el efecto analgésico. En tto prolongado asociar un laxante estimulante junto a una buena hidratación para controlar el estreñimiento que produce la codeína.

■ **FENTANILO**

*Durogesic Matrix®*

- Parche "25 mcg/h" (2,5 mg) ●
- Parche "50 mcg/h" (5 mg) ●
- Parche "100 mcg/h" (10 mg) ●

Dolor crónico maligno: **Ad (no tratados con opioides):** 1 parche de "25" c/3 d, incrementos de "25" c/3 d hasta control de dolor, máx= "300 mcg/h". **Ad (tratados con opioides):** determinar la dosis equianalgésicas de fentanilo respecto la dosis de morfina VO para 24 h:

Morfina VO (mg/d)	Fentanilo (mcg/h)	Morfina VO (mg/d)	Fentanilo (mcg/h)
45-134	25	405-494	125
135-224	50	495-584	150
225-314	75	585-674	175
315-404	100	675-764	200

☞ Útil en dolor crónico intenso (dolor por cáncer) en pacientes que requieren una analgesia continua, con escasas exacerbaciones y no toleren la VO. Ajuste de dosis complicado (ver "Guía de Analgésicos, Política de Analgésicos y Tratamiento del Dolor, 2000", editada por la CFyT). El efecto máx se alcanza a las 24 h de colocar el parche. Los niveles de fentanilo tardan 17 h en reducirse al 50%. El recambio del parche antes de 72 h no aumenta el efecto analgésico.

■ **METADONA**

*Metasedin®*

*Metadona sol oral*

- Amp 10 mg/1 ml ●
  - Sol 10 mg/1 ml ●
- FM, ●

Deshabitación de opiáceos: **Ad:** inicio 30-80 mg/24 h VO, mantenimiento= 10-40

mg/24 h VO, en toma única diaria. En casos agudos puede darse c/12 h.

- ☞ Agonista opioide de elección para desintoxicación y mantenimiento de adictos a heroína por su larga vida media (25 h), que reduce el riesgo de síndrome de abstinencia. Como analgésico en administración crónica se acumula (riesgo de toxicidad). Puede ser útil en pacientes con dolor crónico oncológico "resistente a la morfina" (2,5-10 mg/4-8 h VO, IV o SC, ajustar dosis y pauta a la evolución del dolor).

### ■MORFINA

<i>MST Continus</i> ®	• Comp retard 10 mg	●
	• Comp retard 30 mg	●
	• Comp retard 60 mg	●
	• Comp retard 100 mg	●
<i>Sevredol</i> ®	• Comp 10 mg	●
	• Comp 20 mg	●
<i>Cloruro Mórfico</i> ®	• Amp 10 mg/1 ml	●
<i>Morfina 2%</i> <sup>FM</sup>	• Vial 400 mg/20 ml	●

**Dolor intenso:** Ad: 10-30 mg/4 h VO (*Sevredol*®), una vez controlado el dolor pasar a comp retard c/12 h (*MST Continus*®, usual 30-90 mg/12 h VO); ó 0,15 mg/kg/4 h IM o SC. Para ajuste rápido de dosis utilizar vía IV lenta (diluir a 1 mg/ml y administrar 2-5 mg en 2-3 min, c/10-20 min, hasta analgesia, luego administrar la dosis total c/4 h) ó 0,8-10 mg/h InfIV (SF ó G5%). **IAM y edema agudo de pulmón:** Ad: 5-10 mg IV lenta ( $\leq 2$  mg/min, diluido a 1 mg/ml), en IAM repetir c/5-30 min, máx= 20-25 mg, ½ D en ancianos y Ad de bajo peso.

- ☞ Analgésico opioide de elección en dolor intenso agudo y crónico. En dolor crónico utilizar la VO. En dolor agudo utilizar la vía IV, la SC es irritante y con peor absorción. A efectos prácticos y en régimen de administración continua la potencia de la morfina oral es ½ de la parenteral.

### ■PETIDINA (MEPERIDINA)

<i>Dolantina</i> ®	• Amp 100 mg/2 ml	●
--------------------	-------------------	---

**Dolor agudo severo:** Ad y Nñ: inicio 1-1,5 mg/kg/3-4 h SC, IM o IVdir lenta.

- ☞ Opiode de elección en obstetricia por el escaso paso placentario y útil en dolor postoperatorio. No adecuado para uso crónico por su breve acción, mala tolerancia IM (irritación local y absorción errática) y toxicidad potencial (acumulación de normeperidina con riesgo de convulsiones). Útil para el tto de escalofríos y temblores postanestésicos: 25 mg IVdir.

### ■TRAMADOL

<i>Tramadol</i> <sup>G</sup>	• Cáps 50 mg	
	• Amp 100 mg/2 ml	

**Dolor moderado:** Ad: 50-100 mg/6-8 h VO, IM, SC o IVdir lenta (1 min), máx= 400 mg/d. Nñ >1a: 1-1,5 mg/kg/d IM, IV ó SC repartido c/6-8 h.

- ☞ Agonista opioide similar a codeína, pero menos astringente y antitusígeno. Asociar un AINE para dolor severo. Útil en dolor postoperatorio.

## **N02B - OTROS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS**

### ■ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

**Aspirina®** • Comp 500 mg

Analgésico-antipirético: **Ad**: 500 mg/4-6 h VO pc, máx= 1 g/6 h. La tolerancia gástrica mejora disgregando el comprimido en agua tibia o con los preparados dispersables.

☞ Útil en dolor leve y como antipirético. Para procesos inflamatorios ha sido superado en eficacia y tolerancia gástrica por otros AINE.

#### ■ÁCIDO MEFENÁMICO

**Coslan®** • Cáps 250 mg  
• Sup 250 mg  
• Sup 500 mg

Dolor leve-moderado: **Ad y Nñ < 14a**: inicio 500 mg, seguido de 250 mg/6 h VO pc ó 500 mg/8 h VR, máx= 1.500 mg/d. **Nñ 8-14a**: 250 mg/8 h VR. Duración máx del tto: 7 d. Antiinflamatorio: ver grupo M (pág.141).

#### ■CLONIXINATO DE LISINA

**Dolalgial®** • Comp 125 mg

Dolor: **Ad**: 125-250 mg/6-8 h VO pc.

#### ■CODEÍNA, FOSFATO + PARACETAMOL

**Cod-efferalgan®** • Comp efv (30 + 500) mg

Dolor y fiebre: **Ad**: 1 comp/4-6 h VO.

☞ Útil en dolor leve-moderado tanto agudo como crónico.

#### ■DICLOFENAC

**Voltaren®** • Comp 50 mg  
• Sup 100 mg  
• Amp 75 mg/3 ml

Dismenorrea, dolor somático intenso, antiinflamatorio: **Ad**: 100-150 mg/d VO pc en 2-3 tomas ó 100 mg/24 h VR hs ó 75 mg/12 h IM, máx= 200 mg/d. Por vía IV, se ha utilizado diluido a 5 mg/ml en SF y pasado en 10 min (no lo recoge la ficha técnica).

☞ Es el AINE con más experiencia de uso en cualquier dolor con componente inflamatorio (postraumático, postoperatorio, y dental). También es útil en dolor por metástasis óseas asociado, si es preciso, a morfina.

#### ■IBUPROFENO

**Ibuprox®** • Sb 100 mg  
**Ibuprofeno®** • Comp 400 mg  
• Comp 600 mg  
**Junifen®** • Susp 100 mg/5 ml (150 ml)

**Ad**: Dolor leve o moderado, fiebre: 200-400 mg/4-6 h VO pc, máx= 2.400 mg/d.

Dismenorrea: 400 mg/4-6 h. **Nñ 1-12a**: 5-10 mg/kg/6-8 h VO pc, máx= 40 mg/kg/d VO pc.

#### ■KETOROLACO, TROMETAMOL

**Droal®** • Amp 30 mg/1 ml



Dolor postoperatorio: **Ad < 65 a**: 10-30 mg/4-6 h IM o IVdir (>15 seg), máx= 90 mg/d x 2 d. **Ad con IR o > 65a o < 50 kg**: inicio 30 mg, seguido de 10-15 mg/6 h IM o IVdir, máx= 60 mg/d x 2 d. **Nñ**: inicio 0,4-1 mg/kg IM o IV, seguido de 0,2-0,5 mg/kg/6 h.

#### ■ METAMIZOL (DIPIRONA MAGNÉSICA)

- Nolotil*®
- Cáps 575 mg
  - Sup 500 mg
  - Sup 1 g
  - Amp 2 g/5 ml

Dolor, fiebre: **Ad**: 0,5-1 g/6-8 h VO, VR, IM profunda o IVdir (> 3 min) durante 7-10 d en dolor agudo, si dolor intenso 2 g/6 h IVdir que se pueden repetir a las 6 h.

- ☞ Útil en dolor cólico. Buen analgésico y antipirético con poco efecto antiinflamatorio y buena tolerancia gástrica. No asociar con otros AINE, igual mecanismo de acción. Asociar a un opioide (codeína, tramadol o morfina) para aumentar el efecto analgésico.

#### ■ NAPROXENO

- Naproxeno*®
- Comp 500 mg
  - Cáps 250 mg
  - Sup 500 mg

Dolor, dismenorrea: inicio 500 mg, luego 250 mg/6-8 h VO pc, máx= 1.500 mg/d, ó 500 mg VR hs. Antiinflamatorio: ver grupo M (pág.142).

#### ■ PARACETAMOL

- Effergan*®
- Gts 100 mg/ml (30 ml) (1 ml = 25 gts)
  - Sol 30 mg/ml (90 ml)
- Termalgin*®
- Sup 150 mg (lactantes)
  - Sup 325 mg (infantil)
  - Sup 650 mg (adultos)
- Perfalgan*®
- Comp 500 mg
  - Vial 1 g

H

Dolor, fiebre: **Ad y Nñ > 13 a**: 0,5-1 g/4-6 h VO, VR o InfIV en 15 min, máx= 4 g/d. **Nñ**: 10-15 mg/kg/4-6 h VO o VR, máx= 60 mg/kg/d.

- ☞ Analgésico de elección en pediatría, embarazo y en dolor leve/moderado. Eficacia analgésica similar a AAS, sin acción antiinflamatoria, buena tolerancia gástrica y sin hipersensibilidad cruzada con salicilatos. Puede causar hepatotoxicidad en caso de intoxicación masiva aguda (más de 10 g). La vía IV, en dolor con componente antiinflamatorio, es menos eficaz que los AINE, con posología incómoda (c/4-6 h) y mayor coste.

### **N02C - ANTIMIGRAÑOSOS**

#### ■ ■ ERGOTAMINA + CAFÉINA

- Cafergot*®
- Comp (1 + 100) mg

Ataques agudos de migraña: **Ad**: inicio 1-2 comp VO con primeros síntomas, repetir c/30 min si es preciso, máx= 6 comp/ataque, no repetir en 4 d y máx= 10 comp/sem. Una vez conocida la dosis efectiva para cada paciente, puede darse directamente al inicio de los síntomas en ataques posteriores, efecto más rápido.

**■SUMATRIPTÁN***Imigran®*

- Jer 6 mg/0,5 ml

Ataques agudos de migraña: **Ad**: 6 mg SC, si es preciso, repetir otra dosis en 1 h, máx= 12 mg/24 h.

- ☞ Agonista serotoninérgico útil en ataques de migraña que no responden al tto de elección (AINE, ergotamina). Eficaz en crisis instauradas. Eficaz a los 20-90 min en el 90% de los casos pero el 40% recurre en 24-48 h.

**N03 - ANTIEPILÉPTICOS****■ÁCIDO VALPROICO***Depakine®*

- Comp 200 mg
- Comp 500 mg
- Sol 200 mg/ml (60 ml)
- Vial 400 mg

H

*Depakine Crono®*

- Comp 300 mg
- Comp 500 mg

Epilepsia: **Ad**: inicio 200 mg/8 h VO pc, aumentar 200 mg/d c/3 d hasta dosis óptima, D usual= 20-40 mg/kg/d, máx= 2,5 g/d. **Nñ**: inicio 10-15 mg/kg/d VO repartido en 3 tomas, incrementar 5-10 mg/kg/d c/sem hasta 30-60 mg/kg/d repartido en 3 tomas.

**Formas "crono"**: 20-30 mg/kg/24 h VO en epilepsias controladas. **IV: Ad y Nñ**: 4-6 h tras última dosis VO, administrar la misma dosis en InfV a 0,5-1 mg/kg/h; si no tomaba VO: 15 mg/kg IVdir (en 3-5 min), a los 30 min InfV a 1 mg/kg/h, máx= 25 mg/kg/d. Reconstituir el vial en la ampolla de disolvente suministrado y diluir en 100 ml de G5% o SF para InfV.

- ☞ Ver monitorización de fármacos (ver anexo 4, pág.208) para ajuste de dosis.

**■CARBAMAZEPINA***Tegretol®*

- Comp 200 mg
- Comp 400 mg

Epilepsia: **Ad**: inicio 200 mg/12-24 h VO pc, aumentar 200 mg/d c/1-2 sem hasta dosis óptima, D usual= 400 mg/8-12 h, máx= 1,2 g/d. **Nñ 6-12a**: 100 mg/12 h VO pc, aumentar 100 mg/d c/sem, máx= 1 g/d. **Nñ 4-6a**: 4-10 mg/kg/12 h VO pc, aumentar 100 mg/d c/sem, máx= 400 mg/d. Neuralgia del trigémino: inicio 100-200 mg/12 h VO pc, mantenimiento= 400-800 mg/d, máx= 1.200 mg/d.

- ☞ Ver monitorización de fármacos (pág.208) para ajuste de dosis.

**■CLONAZEPAM***Rivotril®*

- Comp 0,5 mg
- Comp 2 mg
- Amp 1 mg/1 ml

●  
●  
●

Epilepsia: **Ad**: inicio 0,5 mg/8 h VO, aumentar en 0,5-1 mg/d c/3 d hasta 5-20 mcg/kg/d. **Nñ <10a**: inicio 5-15 mcg/kg/12 h VO, aumentar en 0,25-0,5 mg/d c/3 d hasta 0,1-0,2 mg/kg/d. Status epilepticus: **Ad**: 1 mg IVdir lenta. **Nñ <15 a**: 0,5 mg IVdir lenta, se puede repetir c/4-6 h.

■ **DIAZEPAM**

<i>Diazepam</i> <sup>G</sup>	• Comp 5 mg	●
	• Comp 10 mg	●
<i>Stesolid</i> ®	• Canuletas 5 mg	●
	• Canuletas 10 mg	●
<i>Valium</i> ®	• Amp 10 mg/2 ml	●

Status epilepticus: **Ad**: 5-10 mg IVdir lenta (< 2 mg/min), se puede repetir a los 10-60 min, máx= 20 mg. **Nñ >5a**: 0,15-0,3 mg/kg/15-30 min IVdir lenta (en 3 min), máx= 10 mg. **Nñ <5a**: 0,05-0,3 mg/kg/15-30 min IVdir lenta (en 3 min), máx= 5 mg. Convulsiones febriles: **Nñ >3a**: 10 mg VR. **Nñ <3a**: 5 mg VR. Profilaxis de convulsiones febriles: **Nñ**: 1 mg/kg/d repartido en tres dosis desde que empieza la fiebre hasta 24 h después de ceder ésta. Ansiedad, Insomnio: ver pág.162.

■ **FENITOÍNA**

<i>Epanutin</i> ®	• Cáps 100 mg	
<i>Neosidantoina</i> ®	• Comp 100 mg	
<i>Fenitoina</i> <sup>G</sup>	• Amp 100 mg/2 ml	H
	• Amp 250 mg/5 ml	H

Epilepsia: **Ad y Nñ >6a**: inicio 100 mg/8 h VO. **Nñ 4-6a**: inicio 100 mg/12 h VO. **Nñ <4a**: 50 mg/12 h VO, aumentar dosis en 50-100 mg/d c/5-7 d hasta ajuste de niveles. Rango terapéutico: 10-20 mcg/ml. Status epilepticus: 15-20 mg/kg InfIV en 30 min (en SF, **Ad**: < 50 mg/min, **Nñ** < 1-2 mg/kg/min), máx= 20 mg/kg/d.

☞ Ver monitorización de fármacos (ver anexo 4, pág.208) para ajuste de dosis.

■ **FENOBARBITAL**

<i>Luminal</i> ®	• Comp 100 mg	●
	• Amp 200 mg/1 ml	●
<i>Luminaletas</i> ®	• Comp 15 mg	●

Epilepsia: **Ad**: inicio 50-100 mg/d hs VO o IM, aumentar en 50-100 mg/d c/5-7 d, hasta niveles terapéuticos, D usual= 2-3 mg/kg/d hs. **Nñ**: 3-5 mg/kg/d VO o IV en 1-2 dosis. **Lactantes**: 5-8 mg/kg/d VO o IV en 1-2 dosis. **Neonatos**: 2-5 mg/kg/d VO o IV, repartida en 1-2 dosis. Status epilepticus: **Ad**: 50-200 mg InfIV (diluir 1:10 en SF o G5%, 100 mg/min), repetir a las 6 h si es preciso, máx= 600 mg/d. La administración por vía IV no se recoge en la ficha técnica.

☞ Ver monitorización de fármacos (ver anexo 4, pág.208) para ajuste de dosis.

■ **GABAPENTINA**

<i>Neurontin</i> ®	• Cáps 300 mg	
	• Cáps 400 mg	

Epilepsia: **Ad y Nñ >12a**: inicio 300 mg/8 h VO y ajustar en función de respuesta, máx=1.200 mg/8 h. **Nñ 3-12 a**: inicio 10 mg/kg/8 h VO (1<sup>er</sup> día: 10 mg/kg/24 h, 2<sup>o</sup> día: 10 mg/kg/12 h y 3<sup>er</sup> día: 10 mg/kg/8 h) y ajustar en función de respuesta, máx= 20 mg/kg/8 h. Dolor neuropático: **Ad**: inicio 300 mg/8 h VO (1<sup>er</sup> día: 300 mg/24 h, 2<sup>o</sup> día: 300 mg/12 h y 3<sup>er</sup> día: 300 mg/8 h) y aumentar hasta alivio del dolor, D usual= 600 mg/8 h (excepcionalmente hasta 1.200 mg/8 h).

☞ Si la pauta de c/8 h, no superar las 12 h entre 2 tomas. La interrupción del tto

antiepiléptico con gabapentina y/o adición de antiepiléptico alternativo, debe realizarse gradualmente a lo largo de 1 sem.

#### ■ VIGABATRINA

*Sabrillex*® • Sb 500 mg

Epilepsia: **Ad**: inicio 500 mg/12 h VO, aumentar en 500 mg/d c/sem hasta 1 g/12 h, máx= 4 g/d. **Nñ**: 40 mg/kg/d VO en 1-2 tomas, incrementar hasta 80-100 mg/kg/d según respuesta.

☞ En 1/3 de los pacientes, se produce pérdida de la visión periférica que puede ser irreversible, no utilizar en pacientes con defecto previo de los campos visuales. En Ad y Nñ >9a realizar perimetría al inicio del tto y c/6 meses, en Nñ <9a realizar controles según especialista.

### **N04 - ANTIPARKINSONIANOS**

#### ■ APOMORFINA

*Apo Go Pen*® • Pluma 30 mg/3 ml DH

E. de Parkinson (tto de fluctuaciones motoras incapacitantes que persisten a pesar de tto dopaminérgico adecuado): **Ad**: inicio 1 mg (0,1 ml) SC, si no se produce respuesta motora en 30 min dar una 2ª dosis de 2 mg y aumentar sucesivamente la dosis c/40 min hasta respuesta motora satisfactoria; una vez establecida la dosis adecuada, dar una dosis única SC ante los primeros síntomas de un episodio "off"; máx= 10 mg/dosis ó 100 mg/d. Validez de la pluma una vez empezada: 48 h.

#### ■ BIPERIDENO

*Akineton*® • Comp 2 mg  
• Gg retard 4 mg  
• Amp 5 mg/1 ml

Síntomas extrapiramidales por medicamentos (excepto discinesia tardía): **Ad**: 2 mg/8-24 h VO pc, máx= 12 mg/d en 3 tomas; ó 2 mg IM o IVdir lenta, se puede repetir a los 30 min, máx= 8 mg/d. Enfermedad de Parkinson: 1 mg/8 h VO pc, se puede incrementar hasta máx= 4 mg/6 h. Formas retard 4 mg/12-24 h.

☞ Anticolinérgico con efecto aditivo a levodopa y extrapiramidalismo iatrogénico (mejora el temblor y babeo sin efecto sobre rigidez y bradiquinesia).

#### ■ LEVODOPA + CARBIDOPA

*Sinemet*® • Comp (250 + 25) mg  
*Sinemet plus*® • Comp (100 + 25) mg  
*Sinemet retard*® • Comp (200 + 50) mg  
*Sinemet plus retard*® • Comp (100 + 25) mg

Enfermedad de Parkinson: **Ad**: inicio (100 + 25) mg x 2-3 v/d VO pc, ajustar según respuesta, máx= 2.000 mg levodopa + 200 mg carbidopa/d, en varias tomas.

☞ Antiparkinsoniano más eficaz e indicado cuando hay compromiso funcional. Mejora el temblor, la rigidez y la bradiquinesia, con eficacia máxima los primeros 2-5 años, después el beneficio de cada dosis se acorta (efecto "desgaste" donde son útiles las formas "retard") o fluctuaciones bruscas entre movilidad e inmovilidad (efecto "on-off").

No suspender bruscamente el tto (3-4 d).

■ **LISURIDA**

*Dopergin*® • Comp 0,2 mg

Supresión de lactancia: 0,2 mg/8-12 h x 2 sem. Enfermedad de Parkinson: **Ad**: inicio 0,1 mg/24 h VO con la cena, incrementos de 0,1-0,2 mg/d durante 6-8 d hasta máx= 0,5 mg/6 h (2 mg/d).

■ **PERGOLIDA**

*Pharken*® • Comp 50 mcg  
• Comp 250 mcg  
• Comp 1 mg

Enfermedad de Parkinson: **Ad**: inicio 50 mcg/d x 3 d, incrementar 100-150 mcg c/3 d durante 12 d, hasta 300-1.000 mcg/8 h, máx= 5 mg/d.

☞ Reservar para el caso de falta de respuesta o mala tolerancia a los agonistas dopaminérgicos no ergóticos. Prevalencia de un 20% de valvulopatía, realizar ecocardiograma antes y periódicamente después de iniciar el tto, contraindicado si evidencia de valvulopatía o antecedentes de fibrosis. Causa menos discinesia pero más efectos psiquiátricos (alucinaciones) que levodopa.

■ **SELEGILINA**

*Plurimen*® • Comp 5 mg

Enfermedad de Parkinson: **Ad**: inicio 5 mg VO (en desayuno), ajustar a 10 mg/d (en desayuno) ó 5 mg x 2 v/d (desayuno y comida).

■ **TRIHEXIFENIDILO**

*Artane*® • Comp 2 mg

Síntomas extrapiramidales inducidos por fármacos (excepto discinesia tardía): **Ad**: inicio 1-2 mg/d VO ac, ajustar según respuesta y tolerancia a 5-15 mg/d en 3-4 tomas. Enfermedad de Parkinson: **Ad**: inicio 1 mg/24 h VO ac, aumentar 2 mg/d c/3-5 d, hasta 5-10 mg/d en 3-4 tomas (c/6-8 h), máx= 15 mg/d.

☞ Anticolinérgico con efecto aditivo a levodopa y extrapiramidalismo iatrogénico (mejora el temblor y babeo sin efecto sobre rigidez y bradiquinesia).

**N05 - PSICOLÉPTICOS**

**N05A - NEUROLÉPTICOS**

■ **CLORPROMAZINA**

*Largactil*® • Comp 25 mg  
• Comp 100 mg  
• Gts 40 mg/ml (10 ml) (1 gota = 1 mg)  
• Amp 25 mg/5 ml

Estados de agitación: **Ad**: inicio 25-50 mg/d, ajustar dosis, D usual= 25-50 mg/8 h VO, máx= 300 mg/d (en *psicosis*: hasta 750 mg/d) ó 25-50 mg/6-8 h IM profunda o InflV (en

500-1000 ml SF). **Nñ >5 a:** 1/3 a 1/2 de la D del Ad. **Nñ < 5a:** 1 mg/kg/d VO. **Hipo:** **Ad:** 75-200 mg/d VO repartidos en 3-4 dosis, si el hipo persiste 2 ó 3 d, 50 mg IM ó 25-50 mg en InfV (en 500-1000 ml SF), con paciente acostado y estrecho control de presión arterial. **Vómitos:** **Ad:** 12,5-25 mg/4-6 h VO. **Nñ:** 0,5 mg/kg/4-6 h VO.

- ☞ Frecuente sedación y síntomas anticolinérgicos, pocos efectos extrapiramidales. Útil por vía IM en agitación psicomotriz por inicio de acción rápido y efecto sedante. Vía IV muy irritante, utilizar sólo en casos extremos.

### ■CLOZAPINA

Leponex®

- Comp 100 mg

☞<sup>2</sup>, E.C.M.

☞<sup>2</sup> a Psiquiatría. **Esquizofrenias refractarias:** **Ad:** inicio 50-100 mg/d VO, ajustar hasta dosis habitual 200-300 mg/d repartidos en 2-3 tomas, máx= 600 mg/d.

- ☞ Riesgo de agranulocitosis (0,8%) y neutropenias (1,5-2%), requiere hemograma semanal las primeras 18 semanas y después mensual.

### ■FLUFENAZINA, DECANOATO

Modecate®

- Amp "dépôt" 25 mg/1 ml

☞<sup>2</sup>

☞<sup>2</sup> a Psiquiatría. **Esquizofrenia y psicosis paranoide:** **Ad:** 25-125 mg/mes IM, individualizar dosis según respuesta.

- ☞ Frecuente sedación y efectos extrapiramidales, sobre todo en mujeres < 50a.

### ■HALOPERIDOL

Haloperidol<sup>®</sup>

- Comp 10 mg
- Gts 2 mg/ml (15 ml) (1 gota = 0,1 mg)
- Amp 5 mg/1 ml

**Agitación, trastornos de conducta:** **Ad:** inicio 0,5-2 mg/8-12 h VO, ajustar dosis hasta 1-15 mg/d repartidos en 2-3 v/d. **Nñ >5a:** 0,5 mg/12 h VO. **Nñ < 5a:** 0,25 mg/12 h VO.

**Esquizofrenia:** **Ad:** inicio 15 mg/d VO, ajustar dosis, con incrementos semanales del 50% hasta control de síntomas, máx= 60-100 mg/d repartidos en 2-3 tomas. **Psicosis aguda:** **Ad:** 5-10 mg/12-24 h IM o IVdir lenta, en casos graves iniciar con 2-5 mg IM c/h hasta control de síntomas, luego c/4-8 h y mantenimiento con VO. **Nñ:** 50-150 mcg/kg/d VO en 2-3 tomas. **Vómitos:** **Ad:** 2,5-5 mg/4-8 h IM.

- ☞ Frecuentes síntomas extrapiramidales, pocos efectos anticolinérgicos y cardiotóxicos y poco sedante.

### ■LEVOMEPRMAZINA

Sinogan®


- Comp 25 mg
- Comp 100 mg
- Gts 40 mg/ml (10 ml) (1 gota = 1 mg)
- Amp 25 mg/1 ml

**Ad:** **Pacientes no psicóticos:** 25-75 mg/d en 2-3 tomas. **Psicosis grave:** **Ad:** 100 mg/8 h VO, máx= 300 mg/d ó 25 mg/6-8 h IM, una vez controlados los síntomas reducir a la dosis mínima eficaz. **Dolor** (adyuvante de opioides): 12,5-50 mg/8 h VO ó 12,5-25 mg IM.

- ☞ Frecuente sedación e hipotensión ortostática.

### ■LITIO

Plenur® • Comp 400 mg 

 a Psiquiatría. Prevención y tto de psicosis maniacodepresivas: Ad: 200-600 mg/8 h VO, ajustar dosis en función de niveles plasmáticos.


#### ■OLANZAPINA


Zyprexa®


- Comp 2,5 mg
- Comp 5 mg
- Comp 7,5 mg
- Comp 10 mg
- Comp velotab 10 mg
- Vial 10 mg

Esquizofrenia: Ad: inicio 10 mg/24 h VO, dar 5 mg en ancianos, IR o IH, mantenimiento= 5-20 mg/24 h. Control rápido de agitación en esquizofrenia: Ad: 10 mg IM, se puede administrar una 2ª dosis de 5-10 mg 2 h después de la 1ª, máx= 20 mg/d (incluyendo las dosis VO), no superar 3 d consecutivos de tto, pasar a VO tan pronto sea posible; en ancianos, IR o IH: 2,5-5 mg IM y posible 2ª dosis de 2,5-5 mg 2 h después de la 1ª.






#### ■PIPOTIAZINA


Lonseren® • Amp "depot" 100 mg/4 ml 

 a Psiquiatría. Esquizofrenia y psicosis paranoide: Ad: 100 mg/mes IM, individualizar dosis según respuesta.

 Frecuente sedación y efectos extrapiramidales.

#### ■RISPERIDONA

Risperdal® • Comp 1 mg   
 • Comp 3 mg   
 Risperdal® Consta • Vial 25 mg   
 • Vial 37,5 mg   
 • Vial 50 mg 

 a Psiquiatría. Síntomas psicóticos, trastornos de conducta y agitación: Ad: inicio 2 mg/d VO en 1-2 tomas, mantenimiento= 6-8 mg/d VO ó 25-50 mg/2 sem IM, máx= 12 mg/d VO ó 50 mg/2 sem IM; en ancianos, IR ó IH: 0,5 mg/12 h VO, incrementos de 0,5 mg, hasta 1-2 mg/12 h VO.

#### ■SULPIRIDA

Dogmatil®

- Cáps 50 mg
- Comp 200 mg
- Sol 25 mg/5 ml (200 ml)
- Amp 100 mg/2 ml

Psicosis: Ad: 600-800 mg/d IM en varias dosis x 15-20 d ó 100-200 mg/6 h VO pc, seguido de 200-400 mg/12 h VO pc. Nñ: 2-3 mg/kg/8 h VO pc. Vértigo periférico: 50-100 mg/8-12 h VO pc o IM. Neurosis: 50-100 mg/8 h VO pc.

 A dosis altas tienen utilidad antipsicótica y produce menos sedación que

clorpromazina.

### ■ TIAPRIDA

Tiaprizal®





- Comp 100 mg
- Amp 100 mg/2 ml


*Neurosis de ansiedad, tic nervioso, náuseas y vómitos:* **Ad:** 50-100 mg/8 h VO, ajustar dosis según respuesta, máx= 200 mg/6 h, ó 100-200 mg/24 h IM o IV; en ancianos: 100 mg/8 h VO, ajustar dosis, usualmente= 50-100 mg/12 h VO. **Nñ:** 0,75-1,25 mg/kg/6-8 h VO. *Deprivación alcohólica:* **Ad:** 300-500 mg/d en 4 dosis, máx= 800 mg/d VO.

☞ Actividad sedante y sin efectos anticolinérgicos.

### ■ ZUCLOPENTIXOL

Cisordinol®

- Comp 10 mg 
- Comp 25 mg 
- Amp "acufase" 50 mg/1 ml 
- Amp "dépôt" 200 mg/ 1 ml 







 a Psiquiatría. *Estados psicóticos agudos:* **Ad:** fase aguda, 50-150 mg/3 d IM (presentación "acufase"), mantenimiento= 20-50 mg/d VO en varias tomas o dosis única hs, máx= 150 mg/d VO; dépôt: 100-400 mg/2-4 sem IM, máx= 600 mg/sem IM. Si volumen > 2 ml IM, repartir en 2 zonas.

☞ Intenso efecto sedante, efectividad similar al haloperidol con un coste más elevado.

## N05B - TRANQUILIZANTES

### ■ ALPRAZOLAM

Alprazolam<sup>g</sup>

- Comp 0,25 mg 
- Comp 0,5 mg 
- Comp 1 mg 
- Comp Retard 0,5 mg 
- Comp Retard 1 mg 
- Comp Retard 2 mg 


Trankimazin®

*Ansiedad:* **Ad:** inicio 0,25-0,5 mg/8 h VO, incrementos de 1 mg/d c/3-4 d, máx= 4 mg/d, en ancianos hasta 2 mg/d; si comp retard administrar c/12-24 h. *Angustia, pánico:* inicio 0,5 -1 mg VO hs ó 0,5 mg/12 h VO, incrementos de 1 mg/d c/3-4 d hasta dosis de 5-6 mg/d en 1-2 tomas.

☞ En tratamientos ininterrumpidos de > 2 sem, la suspensión del tto debe ser gradual con reducciones máximas de 0,25 mg c/3 d.

### ■ BROMAZEPAM

Lexatin®

- Cáps 1,5 mg 
- Cáps 3 mg 

*Ansiedad:* **Ad:** 1,5-6 mg/8 h VO, máx= 12 mg/8 h; en ancianos: 1,5 mg/24 h, máx= 6 mg/8 h.

☞ Duración de acción intermedia y absorción rápida.



■ **CLOBAZAM**

Noiafren®

- Comp 10 mg

●

Anticonvulsivante: **Ad**: 20-40 mg/d VO en 2-3 tomas. **Nñ > 3a**: ½ dosis de Ad.

■ **CLORAZEPATO DIPOTÁSICO**

Tranxilium®

- Cáps 5 mg
- Cáps 10 mg
- Cáps 15 mg
- Comp 50 mg
- Vial 20 mg/2 ml
- Vial 50 mg/2,5 ml

●

●

●

●

●

●

Ansiedad: **Ad**: 5-15 mg/6-12 h VO ó 15 mg/24 h VO hs, máx= 25 mg/6 h (100 mg/d); en ancianos: 5 mg/8-24 h VO, máx= 10 mg/6 h (40 mg/d). **Nñ**: 0,25 mg/kg/12 h, máx= 1 mg/kg/12 h. Agitación aguda: **Ad**: 20 mg/8 h IM ó InfIV (en 250-500 ml de G5%), en casos graves hasta 100 mg/8 h.

☞ Duración de acción larga. Útil en ansiedad, agitación y privación alcohólica.

■ **DIAZEPAM**

Diazepam<sup>G</sup>

- Comp 5 mg
- Comp 10 mg

●

●

Stesolid®

- Canuletas 5 mg
- Canuletas 10 mg

●

●

Valium®

- Amp 10 mg/2 ml

●

Ansiedad: **Ad**: 5-10 mg/12-8 h VO ó 5-10 mg/4-6 h IM o IVdir lenta ( $\leq$  5 mg/min); en ancianos: ½ dosis de Ad. **Nñ**: 0,04-0,20 mg/kg/6-8h VO, IM ó IVdir lenta, ó 2,5-5 mg/d VR. Insomnio: **Ad**: 5-30 mg/d VO hs. Premedicación anestésica: **Ad**: 10-20 mg IV. Espasticidad: **Ad**: 2,5-15 mg/d VO en varias tomas, máx= 60 mg/d. Status epilepticus, convulsiones febriles: ver pág.156.

☞ Duración de acción larga, absorción y distribución rápida. Vía IM, absorción errática.

■ **HIDROXIZINA**

Atarax®

- Comp 25 mg
- Sol 10 mg/5 ml (125 ml)

Prurito, náuseas y vómitos: **Ad**: 25-100 mg/6-8 h VO. **Nñ >6a**: 12,5-25 mg/6 h VO. **Nñ <6a**: 12,5 mg/6 h VO. Insomnio: **Ad**: 25-100 mg/24 h VO hs.

☞ Antihistamínico H-1 con actividad sedante, antiemética y coadyuvante analgésico asociado a opioides.

■ **LORAZEPAM**

Lorazepam<sup>G</sup>

- Comp 1 mg
- Comp 5 mg

●

●

Idalprem®

Ansiedad: **Ad**: 1-2 mg/8-12 h VO, máx= 5 mg/12 h. Insomnio: **Ad**: 2-4 mg/24 h VO, 2 h antes de acostarse, en ancianos: ½ dosis de Ad.

☞ Duración de acción intermedia, absorción lenta. Poca sedación diurna. Útil en IH y geriatría.

**N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES****■CLOMETIAZOL***Distraneurine®*

- Cáps 192 mg

Hipnótico: **Ancianos**: 2 cáps VO hs. Sedación: **Ancianos**: 1 cáps c/8 h. Abstinencia alcohólica: **Ad**: inicio 2-4 cáps, repetir la dosis hasta control de síntomas, luego fraccionar la dosis total eficaz en 3-4 tomas, administrar 10-12 cáps el 1º día, 6-8 cáps el 2º, 4-6 cáps el 3º, reduciendo el 4º día gradualmente la dosis hasta supresión total del medicamento (duración máx. tto 10 d). Delirium tremens: **Ad**: inicio 2-4 cáps hasta sedación, si falta de respuesta en 1-2 h administrar 1-2 cáps adicionales, máx= 8 cáps en las primeras 2 h.

- ☞ Útil como sedante e hipnótico en ancianos cuando no pueden emplearse benzodiazepinas y amplia experiencia de uso en el tto de síntomas agudos de la abstinencia alcohólica.

**■FLUNITRAZEPAM***Rohipnol®*

- Comp 1 mg

Insomnio: **Ad**: 0,5-1 mg/24 h VO hs, en ancianos: 0,5 mg/24 h VO hs.

- ☞ Duración de acción intermedia-larga, absorción rápida. Efecto residual y acumulación en tratamientos largos, síndrome de retirada severo. Útil como hipnótico en dosis única o intermitente.

**■LORMETAZEPAM***Lormetazepam<sup>G</sup>*

- Comp 1 mg
- Comp 2 mg

Hipnótico: **Ad**: 1-2 mg/d VO hs, en ancianos: 0,5 mg/d VO hs.

- ☞ Duración de acción intermedia y sin metabolitos activos. Sin efecto residual diurno.

**■MIDAZOLAM***Midazolam<sup>G</sup>*

- Amp 5 mg/5 ml
- Amp 15 mg/3 ml
- Amp 50 mg/10 ml

Sedación preanestésica: **Ad**: 0,07-0,1 mg/kg IVdir lenta o IM, 20-60 min antes (dosis habitual 5 mg). **Nñ**: 0,08-0,2 mg/kg. Inducción anestesia: **Ad**: sin premedicación: 0,30-0,35 mg/kg IVdir durante 20-30 seg, luego dosis adicionales del 25% hasta completar inducción, máx= 0,6 mg/kg; con premedicación: 0,25 mg/kg; en ancianos: sin premedicación: 0,3 mg/kg y con premedicación: 0,2 mg/kg. **Nñ >7a**: 0,15 mg/kg IV dir. Sedación en UCI: inicio dosis de saturación 0,03-0,30 mg/kg IVdir, luego 0,03-0,20 mg/kg/h InfIV (diluir 15 mg en 100-1000 ml de SF ó G5%). Sedación consciente: **Nñ**: 0,25-0,50 mg/kg VR en dosis única (se administra la sol. de la amp).

- ☞ Duración de acción corta y inicio de acción rápido. Útil en inducción de la anestesia y sedación de corta duración.

**■ZOPICLONA***Limovan®*

- Comp 7,5 mg

Insomnio: 7,5 mg/24 h VO hs.

☞ Hipnótico no benzodiazepínico.

## **N06 - PSICOANALÉPTICOS, EXCLUIDOS PREPARADOS ANTIPOBESIDAD**

### **N06A - ANTIDEPRESIVOS**

#### **■AMITRIPTILINA**

*Tryptizol®*

- Comp 10 mg
- Comp 25 mg
- Comp 50 mg
- Comp 75 mg

Depresión, bulimia: **Ad**: inicio 30-75 mg/d VO pc, repartido en tres tomas o en monodosis hs, mantenimiento= 75-150 mg/d, máx= 300 mg/d. **Adolescentes**: 25-50 mg/d VO pc (1/3 mañana, 2/3 tarde), máx= 200 mg/d. Dolor crónico (coadyuvante): 0,1 mg/kg/d VO pc hs, incrementar hasta 0,5-2 mg/kg/noche. Enuresis nocturna: **Nñ 11-16a**: 25-50 mg/d VO pc hs. **Nñ 6-10a**: 10-20 mg/d VO pc hs.

☞ Antidepressivo tricíclico con intenso efecto sedante y anticolinérgico.

#### **■CITALOPRAM**

*Prisdal®*

- Comp 20 mg

Depresión: **Ad**: inicio 20 mg/d VO, en dosis única tarde o noche, incrementar en 2 sem hasta máx= 60 mg/d (en ancianos: 40 mg/d, IH: 30 mg/d).

☞ Antidepressivo ISRS con perfil similar a fluoxetina. La dosis mínima eficaz es de 20 mg/d. No hay estudios en prevención de recurrencias.

#### **■CLOMIPRAMINA**

*Anafranil®*

- Gg 10 mg
- Gg 25 mg
- Comp 75 mg
- Amp 25 mg/2 ml

Depresión, estados obsesivos, fobias: **Ad**: inicio 25-35 mg/12 h VO (ancianos: 10 mg/d), incrementos de 25 mg/d c/2-3 d hasta 100-150 mg/d, máx= 250 mg/d; mantenimiento, una vez obtenida mejoría: 50-100 mg/d VO, ó 25-50 mg/d IM, incrementos de 25 mg/d hasta 100-150 mg/d IM, ó 50-75 mg InfV (en 2 h, diluir en 250-500 ml de SF ó G5%), incrementos de 25 mg/d hasta control.

☞ Antidepressivo tricíclico con poco efecto sedante y efectos anticolinérgicos intermedios. Especialmente útil y amplia experiencia de uso en trastornos obsesivos. 50 mg orales equivalen a 25 mg parenteral.

#### **■FLUOXETINA**

*Fluoxetina<sup>G</sup>*

- Cáps 20 mg

Depresión: **Ad**: 20-40 mg/d VO, máx= 80 mg/d; en ancianos: 20 mg/d VO, máx= 60 mg/d. Bulimia nerviosa: 60 mg/d VO. Trastornos obsesivos-compulsivos: 20-60 mg/d VO.

- ☞ Antidepresivo ISRS con mayor experiencia clínica. Administrar preferentemente por la mañana (efecto estimulante, puede producir insomnio). Dosis superiores a 20 mg/d se reparten en dos tomas, mañana y mediodía. Tomar con algún alimento si molestias gástricas.

#### ■MAPROTILINA

- Ludiomil®*
- Comp 10 mg
  - Comp 25 mg
  - Comp 75 mg

Depresión: **Ad**: inicio 25-75 mg/24 h (ancianos 25-30 mg/d) VO, en dosis única nocturna o repartido en 2 tomas, mantenimiento= 50-100 mg/d, máx= 225 mg/d.

- ☞ Antidepresivo heterocíclico con menos efectos anticolinérgicos que los tricíclicos. Útil en trastornos depresivos con ansiedad.

#### ■MIANSERINA

- Lantanon®*
- Comp 10 mg
  - Comp 30 mg

Depresión: **Ad**: inicio 30-40 mg/24 h VO, mantenimiento= 30-90 mg/d, máx= 200 mg/d repartido en varias tomas.

- ☞ Antidepresivo heterocíclico con menos efectos anticolinérgicos y cardiopáticos que los tricíclicos. Útil en trastornos depresivos con ansiedad en casos de patología cardíaca y ancianos.


#### ■MIRTAZEPINA


- Rexer Flas®*
- Comp 15 mg
  - Comp 30 mg

Depresión: **Ad**: inicio 15 mg/d VO hs, incremento gradual hasta mantenimiento= 15-45 mg/d en 1-2 tomas.

- ☞ Antidepresivo heterocíclico, análogo de mianserina. Experiencia clínica limitada y alto coste. Reservar para falta de respuesta o tolerancia de otras alternativas más coste-efectivas.

#### ■MOCLOBEMIDA

- Manerix®*
- Comp 150 mg 

 a Psiquiatría. Depresión mayor: **Ad**: inicio 150 mg VO en desayuno y comida, incrementando en 3 d la dosis hasta 450 mg/d, máx= 600 mg/d.

- ☞ Antidepresivo inhibidor selectivo y reversible de la MAO. Efecto estimulante. Menor riesgo de crisis hipertensivas con el consumo de tiramina en la dieta que los IMAO no selectivos e irreversibles.

#### ■PAROXETINA

- Seroxat®*
- Comp 20 mg

Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo: **Ad**: inicio 20 mg/24 h VO pc, ajuste de dosis en fracciones de 10 mg c/sem, máx= 60 mg/d, en ancianos 40 mg/d. Crisis de angustia: **Ad**: inicio 10 mg/24 h VO pc. Administrar por la mañana y sin masticar.

- ☞ Antidepresivo ISRS de perfil similar a fluoxetina. No suspender bruscamente, puede provocar cuadros de insomnio, irritabilidad y mareo.

■ **REBOXETINA**

Norebox® • Comp 4 mg

Depresión: Ad: 4 mg/12 h VO, ajuste de dosis a las 3-4 sem, máx= 12 mg/d; en ancianos: inicio 2 mg/12 h VO, mantenimiento= 4-8 mg/d.

■ **SERTRALINA**

Besitran® • Comp 50 mg  
• Comp 100 mg

Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, crisis de pánico: Ad: inicio 50 mg/24 h VO y ajustar, máx= 200 mg/d. Trastorno obsesivo-compulsivo: Nñ 6-17a: inicio 25 mg/24 h (Nñ 6-12a) ó 50 mg/24 h (Nñ 12-17a), ajustar dosis con incrementos de 50 mg/d en intervalos semanales, máx= 200 mg/d. Administrar en dosis única.

■ **VENLAFAXINA**

Vandral® • Comp 37,5 mg  
• Comp 50 mg  
• Comp 75 mg  
• Comp Retard 75 mg  
• Comp Retard 150 mg

Depresión: Ad: inicio 37,5 mg/12 h VO, ajustar dosis con incrementos de 75 mg/d c/4-7 d, hasta máx= 125 mg/8 h, retard: 150 mg/24 h VO.

**N06B/D - PSICOESTIMULANTES Y PSICOANALÉPTICOS (NOOTROPOS)**

■ **CITICOLINA**

Somazina® • Gts 100 mg/ml (30 ml)  
• Amp 500 mg/4 ml  
• Amp 1.000 mg/4 ml

Ad: 100-200 mg/8-12 h VO ó 250-500 mg/12-24 h IVdir (en 3 min). Nñ: 100 mg/8-12 h VO.

- ☞ Se utiliza en patología degenerativa o postraumática con el objetivo teórico de regenerar y/o proteger la función cerebral. Eficacia insuficientemente establecida.

■ **METILFENIDATO**

Rubifen® • Comp 10 mg

Ad: 10 mg x 2-3 v/d VO, máx= 60 mg/d. No dar después de las 16:00 h.

- ☞ Psicoestimulante útil en pacientes oncológicos con analgésicos opioides. Puede desarrollar tolerancia y dependencia de tipo anfetamínico en ttos prolongados.

■ **PIRACETAM**

Ciclofalina® • Sb 800 mg

Ad: 10-100 mg/kg/d VO repartido en 3 tomas. Nñ: 30-50 mg/kg/d, máx=100 mg/kg/d

repartido en 3 tomas.

- ☞ Se utiliza en patología degenerativa o postraumática con el objetivo teórico de regenerar y/o proteger la función cerebral. Eficacia insuficientemente establecida.

## **N07 - OTROS PREPARADOS ACTIVOS SOBRE EL SNC**

### **■DONEZEPILO**

*Aricept*® • Comp 5 mg DH


Tto sintomático de la E. de Alzheimer leve a moderada: Ad: inicio 5 mg/24 h VO hs, a los 30 d valorar respuesta y toxicidad, ajustar dosis hasta máx= 10 mg/d.

### **■EDROFONIO, BROMURO**

*Anticude*® • Amp 25 mg/2 ml H

Diagnóstico de miastenia gravis: 2 mg IVdir lenta, si buena tolerancia, a los 30 seg administrar 8 mg IVdir ó 10 mg IM. En la miastenia gravis suele observarse una respuesta súbita.

### **■MAGNESIO, SULFATO**

*Sulfate de Magnesium*® • Amp 1,5 g/10 ml (12,2 mEq Mg/10 ml) 

Hipomagnesemia severa: Ad: 4 amp (48 mEq Mg) InfIV (en 24 h, diluir en 1.000 ml de G5%) x 3-7 d manteniendo magnesemia <2,5 mEq/l. Gravedad extrema: 1 amp (12 mEq) IV (en 15 min, máx= 1,2 mEq/min, diluir en 50-100 ml de G5%). Preeclampsia o eclampsia: 3-4 amp (36-48 mEq) en InfIV a 8-16 mEq/h. Extremar la precaución en pacientes digitalizados e IR con aclaramiento de creatinina <30 ml/min.

### **■NEOSTIGMINA**

*Neostigmina*<sup>6</sup> • Amp 2,5 mg/5 ml

Antagonista de relajantes musculares no despolarizantes: Ad: 1-3 mg (hasta 5 mg) IVdir lenta (1 mg/min). Nñ: 40 mcg/kg IVdir lenta. Atonía intestinal o vesical postoperatoria: Ad: 0,5-1 mg/4-5 h SC o IM x 2-3 d.

- ☞ Administrar atropina IV a dosis de 0,5-1 mg (Ad) ó 20 mcg/kg (Nñ) a la vez que neostigmina IV para prevenir la aparición de una respuesta vagomimética excesiva.

### **■PIRIDOSTIGMINA, BROMURO**

*Mestinon*® • Comp 60 mg

Miastenia gravis: Ad: 30-60 mg/4 h, máx= 120 mg/4 h. Nñ: 1 mg/kg/4-6 h VO.

### **■RILUZOL**

*Rilutek*® • Comp 50 mg <sup>2</sup>, H

<sup>2</sup> a Neurología. Esclerosis lateral amiotrófica: Ad: 50 mg/12 h VO.

- ☞ Monitorizar transaminasas c/mes los 3 primeros meses de tto, luego c/3 meses. Suspendir si GPT > 5 veces el valor normal.

■ **TOXINA BOTULÍNICA TIPO A**

*Botox*®

• Vial 100 UI

✱,  $\infty^2$ , H

$\infty^2$  a Neurología, Oftalmología y Rehabilitación. A dosificar y administrar por el especialista.

■ **TOXINA BOTULINICA TIPO B**

*Neurobloc*®

• Vial 10.000 UI/2 ml

✱,  $\infty^2$ , H

$\infty^2$  a Neurología (disonía cervical). A dosificar y administrar por el especialista.

## Grupo P: ANTIPARASITARIOS

### P01 - ANTIPROTOZOARIOS

#### P01A - AMEBICIDAS

##### ■ METRONIDAZOL

Flagyl®

- Comp 250 mg
- Susp 200 mg/5 ml (120 ml) (benzoato)

**Ad:** Amebiasis intestinal o hepática: 750 mg/8 h VO pc x 5-10 d. Giardiasis: 250 mg/8 h VO pc x 5 d. **Nñ:** Amebiasis intestinal o hepática: 35-50 mg/kg/d VO pc repartido c/8 h, máx= 750 mg/dosis, x 10 d. Giardiasis: 15 mg/kg/d VO pc repartido c/8 h, máx= 750 mg/d, x 5 d. Para infecciones genitourinarias (tricomoniasis o vaginosis bacteriana), ver pág.93, para otras infecciones en pág.118. Tomar con comidas si molestias gástricas.

☞ Puede teñir la orina de rojo o marrón.

#### P01B - ANTIPALÚDICOS

##### ■ CLOROQUINA, DIFOSFATO

Resochin®

- Comp 250 mg (equivale a 150 mg de cloroquina base)

Las dosis se expresan en cloroquina base. **Ad:** Profilaxis de malaria: 300 mg (2 comp)/sem VO pc desde 1-2 sem antes hasta 4-6 sem después del viaje. Tto de malaria: inicio 600 mg (4 comp), a las 6 h 300 mg (2 comp) y continuar con 300 mg (2 comp)/24 h VO pc x 2-3 d seguidos. Artritis reumatoide, espondilitis: 150 mg (1 comp)/24 h VO pc hs, máx= 2,5 mg/kg (por riesgo de retinopatía a largo plazo) ó < 100 g dosis acumulada. Lupus eritematoso: 450 mg (3 comp)/d VO pc hs x 10 d y continuar con 150 mg (1 comp)/d x 3-5 sem. **Nñ:** Profilaxis de malaria: 5 mg/kg/sem VO pc desde 1-2 sem antes hasta 4-6 sem después del viaje. Tto de malaria: inicio 10 mg/kg, a las 6 h 5 mg/kg y continuar con 5 mg/kg/24 h VO pc x 2-3 d seguidos. Artritis reumatoide, espondilitis: 2,5 mg/kg/d VO pc hs.

☞ No utilizar en áreas con *P.falciparum* resistente, es de elección mefloquina (Lariam®, ☞) en profilaxis. Vigilar efectos adversos en ttos prolongados, especialmente, en niños.

##### ■ PIRIMETAMINA

Daraprim®

- Comp 25 mg

**Ad:** Profilaxis de malaria: 25 mg/sem VO. Tto de toxoplasmosis (corioretinitis o meningitis en inmunocompetentes) (asociada a sulfadiazina): 50-100 mg/12 h VO pc el 1<sup>er</sup> día, seguido de 25 mg/24 h hasta 1-2 sem después de resolución de signos/síntomas + folinato cálcico 15 mg/d (para prevenir toxicidad hematológica) hasta 1 sem después de suspender pirimetamina. Tto de toxoplasmosis cerebral en SIDA (asociada a sulfadiazina): inicio 200 mg/d VO pc el 1<sup>er</sup> día, seguido de 75-100 mg/d + folinato cálcico 15 mg/d x 3-6 sem y continuar con pauta de profilaxis 2<sup>aria</sup>. Profilaxis 2<sup>aria</sup> de toxoplasmosis en SIDA (asociada a sulfadiazina): 25-50 mg/d VO pc



+ folinato cálcico 15 mg/d (para prevenir toxicidad hematológica). **Nñ:** Profilaxis de malaria: 25 mg/sem VO pc en >10a y 12,5 mg/sem VO en Nñ 5-10a. Tto de toxoplasmosis (asociada a sulfadiazina): 1 mg/kg/d VO pc y reducir a la ½ de la dosis a partir de los 2-4 d + folinato cálcico 5-15 mg/d x 1 mes. Profilaxis 2<sup>aria</sup> de toxoplasmosis en SIDA (asociada a sulfadiazina): 1 mg/kg (ó 15 mg/m<sup>2</sup>/d VO pc + folinato cálcico 5 mg/3 d VO. Tto de toxoplasmosis congénita (asociada con sulfadiazina): 1 mg/kg/48 h + folinato cálcico 5 mg/48 h x 21 d y valorar. Tomar con comidas si molestias gástricas.

☞ Si toxoplasmosis congénita, corioretinitis o meningitis en adultos, añadir prednisona 1 mg/kg/d repartido en 2 dosis.

## **P01C - OTROS ANTIPROTOZOARIOS**

### **■PENTAMIDINA, ISETIONATO**

*Pentacarinat*® • Vial 300 mg H

**Ad y Nñ:** Neumonía por *Pneumocystis carinii*: 4 mg/kg/24 h InfIV en 60-120 min (en 50-250 ml G5%) x 14-21 d. Leishmaniasis visceral: 3-4 mg/kg x 3 v/sem IM o InfIV en 60-120 min (en 50-250 ml G5%) x 5-8 sem, se puede repetir el ciclo. Leishmaniasis cutánea: 3-4 mg/kg/3-7 d hasta remisión clínica completa. **Ad:** Profilaxis de neumonía por *Pneumocystis carinii*: 300 mg/mes nebul (reconstituir con 6 ml de API) en nebulizador con tamaño medio de partícula < 2-5 µ; administrar en habitaciones bien ventiladas y minimizar el contacto con pacientes que tosen, utilizar broncodilatador antes de la administración si tos en ciclos previos.

☞ Administrar por vía IM o IV con el paciente en decúbito y monitorizando la presión arterial, por riesgo de hipotensión severa súbita.

### **■SULFADIAZINA**

*Sulfadiazina*<sup>G</sup> • Comp 500 mg

**Ad:** Tto de toxoplasmosis (asociada a pirimetamina): 1-1,5 g/6 h VO ac. Profilaxis 2<sup>aria</sup> de toxoplasmosis en SIDA (asociada a pirimetamina): 0,5-1 g/6 h VO ac. **Nñ:** Tto de toxoplasmosis (asociada a pirimetamina): 100-200 mg/kg/d VO ac repartido c/6 h. Profilaxis 2<sup>aria</sup> de toxoplasmosis en SIDA (asociada a pirimetamina): 85-120 mg/kg/d VO ac repartido c/12-24 h. Tto de toxoplasmosis congénita (asociada con pirimetamina): 100 mg/kg/d VO ac repartido en 2 tomas.

### **■SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM (COTRIMOXAZOL)**

*Seprin*® • Comp (400 + 80) mg  
• Susp (200 + 40) mg/5 ml (100 ml)  
*Soltrim*® • Vial 800 mg Sulfametoxazol  
+ amp 160 mg Trimetoprim

Tto de neumonía por *Pneumocystis carinii*: **Ad y Nñ:** (25+5) mg/kg/6-8 h IV ó (800+160) mg/8 h VO pc. Profilaxis 1<sup>aria</sup> y 2<sup>aria</sup> de neumonía por *Pneumocystis carinii*: **Ad:** (400+80) mg/24 h VO ó (800+160) mg/d VO x 3 d/sem (días alternos). **Nñ:** (750+150) mg/m<sup>2</sup>/d VO repartido c/12 h x 3 d/sem (días consecutivos).  
Administración IV: InfIV en 60-90 min (en 250 ml de SF o G5%).

☞ Reservar la vía IM para los casos en los que no sea posible la VO o la IV. La amp contiene 200 mg de alcohol bencílico, no administrar en Nñ <3a.

**P02 - ANTIHELMÍNTICOS****■ALBENDAZOL**

Eskazole®

- Comp 400 mg

**Ad y Nñ>6a:** *Enfermedad hidatídica:* ciclo: 400 mg/12 h VO pc (si <60 kg: 7,5 mg/12 h, máx= 800/d) x 28 d + descanso de 14 d; *quistes múltiples o inoperables:* 3 ciclos (en localizaciones óseas o cerebrales se pueden requerir más ciclos); *si cirugía:* 2 ciclos previos a la cirugía; si ciclo preoperatorio < 14 d, los quistes son viables después de tto quirúrgico o hay derrame, dar 2 ciclos completos postoperatorios. *Neurocisticercosis:* 400 mg/12 h VO pc (si <60 kg: 7,5 mg/12 h, máx= 800/d) x 7-30 d, se puede repetir un 2º ciclo después de 14 d de descanso.

**■MEBENDAZOL**

Lomper®

- Comp 100 mg
- Susp 100 mg/5 ml (30 ml)

Sufil®

- Comp 500 mg

**Ad y Nñ>2a:** *Enterobiasis, oxiuriasis:* dosis única de 100 mg VO, se puede repetir a las 2 sem. *Ascariasis, anquilostomiasis, tricuriasis e infecciones mixtas:* 100 mg/12 h VO x 3 d. *Capilariasis:* 200 mg/12 h VO x 20 d. *Triquinosis:* 200-400 mg/8 h VO x 3 d seguido de 400-500 mg/8 h x 10 d. *Enfermedad hidatídica:* 13-200 mg/kg/d (dosis habitual 50 mg/kg/d) VO pc repartido en 2-4 tomas x 3-8 meses.

☞ Evitar reinfección tratando a los que conviven con el paciente en la oxiuriasis.

**■NICLOSAMIDA**

Yomesan®

- Comp 500 mg



**Ad:** *Teniasis y difilobotriasis:* dosis única de 2 g, masticar los comp. **Nñ>34 kg:** dosis única de 1,5 g. **Nñ 11-34 Kg:** dosis única de 1 g.

**P03 - ECTOPARASITICIDAS, INCLUIDOS ESCABICIDAS****■LINDANO + BENZOATO DE BENCILO**

Yacutin®

- Emulsión (0,3 + 3) g/100 g

**Sarna:** **Ad y Nñ>10a:** 1 aplicación/d x 3 d, después de un baño y una vez seco, desde el cuello hasta los pies, especialmente en pliegues, lavar a la mañana siguiente. **Nñ 3-10a:** realizar el tto durante 2 d y lavar a las 3 h de la aplicación. **Nñ 2-3a:** realizar el tto durante 4 d, aplicando la emulsión en la mitad superior del cuerpo los días 1 y 3 y en la mitad inferior los días 2 y 4. Desinfectar por ebullición la ropa interior y de cama para evitar la reinfección. **Pediculosis:** 1 aplicación, después del lavado y secado, friccionando en la zona afectada, dejar actuar como mínimo 3 h aunque es preferible lavar a los 2 d, repetir después de 1 sem.

☞ En el caso de pediculosis, es de elección la permetrina.

**■PERMETRINA**

Filvit P®

- Solución 1 % 100 ml

**Ad y Nñ:** *Pediculosis:* Aplicar sobre cabello seco y realizar un masaje sobre el cuero

cabelludo, mantener aplicado entre 10 y 15 minutos, después aclarar con agua abundante y secar al aire. Si infestación masiva repetir a la semana.

## **P04 - OTROS ANTIPARASITARIOS**

### **■ANTIMONIATO DE MEGLUMINA**



*Glucantime®*

- Amp 1,5 g/5 ml (equivale a 85 mg de antimonio pentavalente por ml = 425 mg/5 ml)

Dosis expresada en antimonio pentavalente. *Leishmaniosis visceral y cutánea*: **Ad y Nñ>18m**: 20 mg/kg/d IM x 20-28 d, máx= 850 mg/d, repetir ciclo tras 15 d de descanso o prolongarlo en algunas formas de leishmaniosis visceral.

### **■ESTIBOGLUCONATO SÓDICO**

*Pentostan®*

- Vial 10.000 mg/100 ml , <sup>1</sup>  
(100 mg de antimonio pentavalente por ml)

Dosis expresada en antimonio pentavalente. *Leishmaniosis visceral y cutánea*: **Ad y Nñ>18m**: 20 mg/kg/d IVdir lenta (2-3 ml/min) x 20-28 d, máx= 850 mg/d, repetir ciclo tras 15 d de descanso o prolongarlo en algunas formas de leishmaniosis visceral.

## **Grupo R: APARATO RESPIRATORIO**

### **R01 - DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS NASALES**

#### **R01A1 - SIMPATOMIMÉTICOS SOLOS PARA ADMINISTRACIÓN NASAL**

##### **■OXIMETAZOLINA**

*Nebulicina®*

- Sol Inf 0,25 mg/ml (10 ml)
- Sol Ad 0,5 mg/ml (10 ml)

Congestión nasal (alivio local sintomático): Ad y Nñ >12a: 2-3 gotas o nebul (sol Ad) en cada fosa nasal x 2 v/d. **Nñ 6-12a:** 2-3 gotas o nebul (sol Inf) en cada fosa nasal x 2 v/d. Puede producir congestión de rebote, no usar más de 3 d seguidos.

#### **R01A2 - CORTICOSTEROIDES SOLOS PARA ADMINISTRACIÓN NASAL**

##### **■BUDESONIDA**

*Budesonida Nasal®*

- Sol 100 mcg/dosis (200 D)

Rinitis alérgica o perenne y vasomotora: Ad y Nñ >6a: inicio 100 mcg/12 h (mañana y noche) ó 200 mcg/24 h (mañana) en cada fosa nasal, una vez controlados los síntomas (de varios días a 2 sem) pasar a 100 mcg/24 h.

☞ Suspendir el tto si no hay mejoría a las 3 sem.

#### **R01A6 - OTROS DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS NASALES TÓPICOS**

##### **■BACITRACINA + FENILEFRINA + NEOMICINA+ PREDNISOLONA + OTROS**

*Rinobanedif®*

- Pda 10 g

**Ad y Nñ >3a:** 1-3 aplicaciones/d tópico nasal x 1 sem. Aplicar profundamente en ambos orificios nasales, procurar una distribución uniforme con un ligero masaje externo.

##### **■RETINOL**

*Rinocusi Vitamínico®*

- Pda 12.500 UI/g (10 g)

**Ad y Nñ > 6 a:** aplicar una pequeña cantidad 2-3 v/d tópica nasal (uso externo) o intranasal, aplicar profundamente en ambos orificios nasales, procurar una distribución uniforme con un ligero masaje externo.

### **R02 - DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS FARÍNGEOS**

##### **■BENZOCAÍNA + CLORHEXIDINA + TIOTRICINA**

*Bucometasana®*

- Comp (15 + 5 + 1) mg

Alivio del dolor de afecciones leves de boca y garganta: **Ad y Nñ >12a:** 1 comp/3-4 h, dejándolo disolver lentamente en la boca, máx= 7 comp/d.

## **R03 - ANTIASMÁTICOS**

### **R03A1 - BRONCODILATADORES Y OTROS ANTIASMÁTICOS POR INHALACIÓN**

① Los corticoides por inhalación son útiles en profilaxis o tto de fondo de la inflamación de la mucosa bronquial. Inicio de acción a los 3-7 d, efecto máximo entre 1-4 sem. Pueden causar colonización e infección de la orofaringe por *Cándida* y disfonía que se reducen significativamente con el uso de cámaras espaciadoras. Los enjuagues bucales después de cada administración minimizan el riesgo de candidiasis y de absorción sistémica.

#### **■ BECLOMETASONA, DIPROPIONATO**

*Beclio Asma*®

- Aerosol 50 mcg/inh (200 D)
- Aerosol 250 mcg/inh (200 D)

Asma y EPOC: **Ad y Nñ >12a:** 100 mcg/6-12 h inh, en casos resistentes 250-500 mcg/6-12 h. **Nñ 6-12a:** 50-100 mcg/6-12 h inh. Ver ①.

#### **■ BUDESONIDA**

*Pulmicort*®

- Aerosol 200 mcg/inh (100 D)
- Susp Nebul 0,25 mg/ml (2 ml)
- Susp Nebul 0,5 mg/ml (2 ml)

*Pulmicort*® *Turbuhaler*®

- Polvo 200 mcg/inh (100 D)
- Polvo 400 mcg/inh (100 D)

Asma y EPOC: **Ad y Nñ >12a:** **Polvo o aerosol:** 200-400 mcg/6-24 h inh, máx= 1,6 mg/d. **Susp:** inicio 1-2 mg/12 h nebul, mantenimiento= 0,5-1 mg/12 h. **Nñ <12a:** **Polvo o aerosol:** 100-200 mcg/6-12 h inh, máx= 800 mcg/d. **Susp:** inicio 0,5-1 mg/12 h nebul, mantenimiento= 0,25-0,5 mg/12 h. Ver ①.

#### **■ IPRATROPIO, BROMURO**

*Atrovent*®

- Aerosol 20 mcg/inh (300 D)
- Sol Nebul 250 mcg/2 ml
- Sol Nebul 500 mcg/2 ml

EPOC, hiperreactividad bronquial. **Ad y Nñ >5a:** **Aerosol:** 20-40 mcg (1-2 inh)/6-8 h, máx= 240 mcg/d. **Ad y Nñ >12a:** **Sol:** 500 mcg/6-8 h nebul. **Nñ 5-12a:** **Sol:** 250 mcg/6-8 h nebul. En caso necesario, se puede diluir en SF.

☞ Broncodilatador anticolinérgico de elección en EPOC, en monoterapia o asociado a otro broncodilatador. En aerosol inicio de acción a los 15-30 min, pico a las 1-2 h y duración de 4-6 h, más útil en profilaxis que en tto. La solución para nebulizador actúa en 10 minutos y puede ser útil en ataques agudos de intensidad moderada.

#### **■ SALBUTAMOL**

**Ventolin®**

- Aerosol 100 mcg/inh (200 D)
- Sol Resp 5 mg/ml (0,5%, 10 ml)

**Asma, EPOC y broncoespasmo:** **Ad:** **Aerosol:** 100-200 mcg (1-2 inh)/4-6 h, máx= 1.600 mcg/d. **Sol Resp:** **Discontinua:** 10 mg (2 ml de sol 0,5%) nebul durante 2-4 min/6 h, en aire con oxígeno. **Continua:** 1-2 mg/h (diluir a 50 ó 100 mcg/ml en agua o SF). **Nñ:** **Aerosol:** 100-200 mcg (1-2 inh)/4-6 h, intercalar una espera de 1 min entre dos inh sucesivas, precaución si > 700 mcg/d o intervalos < 4 h. **Sol Resp:** 0,02-0,04 ml/kg/6-8 h. **Profilaxis broncoespasmo inducido por ejercicio o exposición a alérgeno:** **Ad:** 1-2 inh aerosol, 15 min antes. **Nñ:** 1 inh aerosol, 15 min antes, en algunos casos se pueden necesitar 2 inh.

☞ En los casos leves, la administración a demanda es de elección a las pautas fijas (control con dosis inferiores y nº de tomas indicador de evolución de la enfermedad). En los casos avanzados, con más de 4 dosis/d, introducir un  $\beta_2$  de larga duración c/12 h, y salbutamol a demanda.

■ **SALMETEROL**

- Serevent®** • Aerosol 25 mcg/inh (120 D)  
**Serevent® Accuhaler®** • Polvo 50 mcg/inh (60 D)

**Asma y bronquitis crónica:** **Ad:** 50 mcg/12 h inh, si obstrucción respiratoria grave 100 mcg/12 h inh. **Asma:** **Nñ >4a:** 50 mcg/12 h inh.

☞ Broncodilatador  $\beta_2$  selectivo de acción larga e inicio a los 45-60 min. No útil en crisis agudas.

■ **TERBUTALINA**

- Terbasmin® Turbuhaler®** • Polvo 500 mcg/inh (200 D)

**Asma, EPOC y broncoespasmo:** **Ad y Nñ >3a:** 500 mcg/6 h inh o a demanda, máx= 6 mg/24 h en Ad y 4 mg/24 h en Nñ.

■ **SALMETEROL + FLUTICASONA**

- Seretide®** • Aerosol (25+50) mcg/inh (120 D)  
 • Aerosol (25+125) mcg/inh (120 D)  
 • Aerosol (25+250) mcg/inh (120 D)  
**Seretide® Accuhaler®** • Polvo (50+100) mcg/inh (60 D)  
 • Polvo (50+250) mcg/inh (60 D)  
 • Polvo (50+500) mcg/inh (60 D)

**Asma:** **Ad y Nñ >12 a:** (50+100)-(50+500) x 2 v/d inh. **Nñ 4-12a:** (50+100) x 2 v/d inh. **EPOC:** **Ad:** (50+500) x 2 v/d inh. Ver ⓘ.

**R03A2 - BRONCODILADORES Y OTROS ANTIASMÁTICOS SISTÉMICOS**

■ **CAFEÍNA, CITRATO**

- Citrato de Cafeína** • Sol 20 mg/ml (50 ml) FM  
**Cafeína, citrato<sup>FM</sup>** • Amp 20 mg/1 ml

Dosis expresada en citrato de cafeína. **Apnea neonatal:** inicio 20-40 mg/kg InfIV (en 30 min) o VO, dosis de mantenimiento a partir de las 24 h con 5-8 mg/kg/24 h IVdir lento o VO. 20 mg de cafeína citrato equivalen a 10 mg de cafeína base.

### ■ ISOPRENALINA

*Aleudrina*®

- Amp 0,2 mg/1 ml



Broncoespasmo durante anestesia: **Ad**: 10-20 mcg IVdir lento (diluir la amp en 10 ml de SF y extraer 0,5-1 ml), repetir si es necesario. Más información en C01C (pág.70, 176).

### ■ SALBUTAMOL

*Ventolin*®

- Comp 2 mg
- Jbe 2 mg/5 ml (100 ml)
- Amp 500 mcg/1 ml

Asma, EPOC y broncoespasmo: **Ad y Niñ >12a**: inicio 2-4 mg/6-8 h VO y ajustar, máx= 32 mg/d, en ancianos iniciar con 2 mg/6-8 h. **Niñ 6-12a**: inicio 2 mg/6-8 h, máx= 24 mg/d. **Niñ 2-6a**: inicio 0,1 mg/kg/8 h, máx= 0,2 mg/kg/8 h ó 12 mg/d. **Ancianos**: inicio 2 mg/6-8 h, máx= 8 mg/6-8 h VO. Broncoespasmo grave y status asmático: **Ad**: 500 mcg ó 0,8 mcg/kg IM o SC (repetir a las 4 h, si es preciso) ó 500 mcg InfIV en 20-30 min (en 100-250 ml de SF o G5%), máx= 1 mg/d. **Niñ**: 0,5-1 mcg/kg/min InfIV, aumentando 1 mcg/kg/min c/15 min hasta un máx de 10 mcg/kg/min. Parto prematuro: 100-250 mcg IM o IV lento, se puede repetir si es necesario.

☞ Vía inh vs VO efecto más rápido y mejor tolerado, eficacia igual o superior con dosis más bajas.

### ■ TEOFILINA

*Elixifilin*®

*Pulmeno*®

*Teromo*®

*Eufilina*® Venosa

- Sol 27 mg/5 ml (250 ml)
- Cáps Retard 200 mg
- Comp Retard 300 mg
- Amp 193,2 mg/10 ml (175,7 mg teofilina anhidra)

Asma bronquial, EPOC: individualización de dosis para teofilinemia 10-20 mcg/ml (ver anexo 4, pág.208). **Oral** (dosis expresada en teofilina anhidra): **Ad**: dar en 2 tomas (formas retard) ó 4 tomas (formas de liberación normal). Inicio 400 mg/d x 3 d, incrementos c/3 d hasta mantenimiento de 600-900 mg/d (ver tabla). **Niñ**: dar en 4 tomas c/6 h (formas liberación normal) y c/8 h (en Niñ 1-8a) ó c/12 h (en Niñ 9-12a) formas retard, según edad y peso (ver tabla). **InfIV** (dosis expresada en teofilina monohidrato): **Ad y Niñ**: inicio 5,4 mg/kg (2,5-3 mg/kg en tto previo con teofilina) InfIV en 20-30 min (en 100-500 ml de SF ó G5%, < 25 mg/min), ver tabla para D de mantenimiento.

☞ Previo a dosis de ataque se recomienda monitorizar niveles en pacientes que estaban recibiendo teofilínicos. Para pasar de vía IV a VO, dar la 1ª dosis al terminar la InfIV si liberación sostenida o a las 2-3 h si liberación normal. Las formas retard se tomarán sin disolver, masticar ni morder, con 250 ml de líquido. En obesos ajustar dosis según peso ideal.

Dosis máximas de mantenimiento sin control de niveles plasmáticos de teofilina:

		Oral (mg/kg/d)*	InfIV (mg/kg/h)**
Adultos	Fumadores (>10 cig/d)	15	0,81
	No fumadores	11	0,45
	> 65 a	9,5	0,27
	ICC, edema agudo pulm	7	0,09-0,18
	Cor pulm	7	0,27
	IH	5	0,09-0,18
	ICC + IH	2	
Niños	Nñ 12-16 a	13	0,81
	Nñ 9-12 a	18	0,81
	Nñ 1-9 a	21	0,9

\* Dosis expresada en teofilina anhidra.

\*\* Dosis expresada en teofilina monohidrato.

## **R05 - ANTIGRIPALES Y ANTITUSÍGENOS**

### **R05C2 - EXPECTORANTES, INCLUIDOS MUCOLÍTICOS SIN ANTIINFECCIOSOS**

#### **■ ACETILCISTEÍNA**

*Flumil®*

- Sb 200 mg
- Amp 300 mg/3 ml

*Mucolítico: Ad:* 200 mg/8 h VO (250 ml de agua) ó 300 mg/12-24 h IM o IVdir ó 300 mg/12-24 h nebul x 5-10 d ó 10-20 gotas (de la amp) c/8-12 h en instilación nasal y ótica ó 10-20 gotas (máx 1 amp)/12-24 h instilación endo-traqueobronquial por sonda o broncoscopio. **Nñ >7a:** 200 mg/8 h VO ó 150 mg/12-24 h IM o IVdir o 300 mg/12-24 h nebul. **Nñ 2-7a:** 100 mg/8 h VO ó 150 mg/12-24 h IM o IVdir. **Nñ <2a:** 100 mg/12 h o 150 mg/12-24 h IM o IVdir. En FQ se pueden utilizar dosis dobles. Tomar abundante agua durante el tratamiento (mín 2 L/d). Intoxicación por paracetamol: ver antídotos, pág.190

#### **■ CARBOCISTEÍNA**

*Actithiol Infantil®*

*Actithiol Adultos®*

- Sol 100 mg/5 ml (200 ml)
- Sol 250 mg/5 ml (200 ml)

*Mucolítico: Ad:* inicio 750 mg/8 h VO ac, mantenimiento= 750 mg/12 h. **Nñ 5-12a:** 100-250 mg/8 h ó 350 mg/12 h VO ac. **Nñ 2-5a:** 100-125 mg/6-12 h VO ac. **Nñ 1m-2a:** 100-125 mg/12 h VO ac.

#### **■ MESNA**



*Mucofluid*® • Amp 600 mg/3 ml

Mucolítico: **Ad**: 1-2 ml del producto diluido (en partes iguales de agua destilada o SF) en instilación endotraqueal, hasta conseguir la fluidificación y eliminación de secreciones. No utilizar aparatos con piezas de acero, níquel o cromo. Evitar mezcla de gases rica en oxígeno.

## **R05D1 - ANTITUSÍGENOS SOLOS**

### ■CODEÍNA, FOSFATO

*Codeisan*® • Comp 28,7 mg  
• Jbe 6,33 mg/5 ml (125 ml)

Antitusígeno: **Ad**: ½ comp/4-6 h VO. **Nñ**: 0,25 mg/kg/6 h, máx= 1 comp/d en Nñ 2-6a ó 2 comp/d en Nñ 7-12a. Dolor: ver pág.151.

### ■DEXTROMETORFANO

*Romilar*® • Comp 15 mg  
• Gts 15 mg/ml (20 ml)

Antitusígeno: **Ad y Nñ >12a**: 15 mg/4 h ó 30 mg/6-8 h VO pc, máx= 120 mg/d. **Nñ >6a**: 5-10 mg/4 h ó 15 mg/6-8 h VO pc, máx= 60 mg/d. **Nñ 2-6a**: 2,5-5 mg/4 h ó 7,5 mg/6-8 h VO pc, máx= 30 mg/d. Tomar una dosis antes de acostarse si accesos de tos nocturna.

## **R06 - ANTIHISTAMÍNICOS SISTÉMICOS**

### ■CLEMASTINA

*Tavegil*® • Comp 1 mg

Tto sintomático de afecciones alérgicas: **Ad**: 1 mg/12 h VO ac, máx= 3 mg/12 h. **Nñ 3-11a**: 0,5 mg/12 h VO ac, máx= 1,5 mg/12 h. **Nñ <3a**: 0,25 mg/12 h VO ac, máx= 0,75 mg/12 h. En alergias al polen tomar la primera dosis al levantarse.

### ■DEXCLORFENIRAMINA

*Polaramine*® • Comp 2 mg  
• Gg Repetabs® 6 mg  
• Jbe 2 mg/5 ml (60 ml)  
• Amp 5 mg/1 ml

Tto sintomático de afecciones alérgicas: **Ad**: 2 mg/4-6 h VO pc ó 6 mg/8-12 h (Gg Repetabs®) VO ó 5 mg (máx 20 mg/d) IM profunda o IVdir lenta. **Nñ**: 0,04 mg/kg/6 h VO pc.

### ■HIDROXIZINA

*Atarax*® • Comp 25 mg  
• Sol 10 mg/5 ml (125 ml)

Ansiedad, prurito, dermatitis, náuseas y vómitos, mareo cinético: **Ad**: 25-100 mg/6-8 h. **Nñ >6a**: 12,5-25 mg/6 h VO. **Nñ <6a**: 12,5 mg/6 h VO. Insomnio: **Ad**: 25-100 mg/24

h VO hs. Evitar tto >2 sem. Si tto >1 sem, suspender gradualmente.

■ **LORATADINA**

Clarityne® • Comp 10 mg

Tto sintomático de afecciones alérgicas: **Ad y Nñ >12a:** 10 mg/24 h VO. **Nñ 2-12a:** 10 mg/24 h (> 30 kg) y 5 mg/24 h (≤ 30 kg) VO. Tomar preferentemente por las mañanas. Si falta de respuesta a los 3 d, baja probabilidad de que el tto tenga éxito.

■ **PROMETAZINA**

Frinova® • Amp 50 mg/2 ml

Antiemético: **Ad:** 25-50 mg/d IM, en casos necesarios se puede administrar IVdir lenta (diluir en 10 ml SF) o InfIV (diluir en SF o G5%), máx= 100 mg/d. **Nñ:** 0,25-0,5 mg/kg/4-6 h IM.

**R07 - OTROS PREPARADOS PARA EL APARATO RESPIRATORIO**

■ **ALFA-1-ANTITRIPSINA**

Trypsone® • Vial 0,5 g ☞<sup>3</sup>, H  
• Vial 1 g ☞<sup>3</sup>, H

Tto de sustitución crónico en pacientes con déficit congénito de alfa-1-antitripsina (fenotipos: Pi ZZ, PiZ (null), Pi (null) (null), PiS Z) con enfisema panacinar clínicamente demostrable: **Ad:** 60 mg/kg/sem InfIV a 0,08 ml/kg/min (reconstituir cada g en 50 ml de API y administrar inmediatamente o en el plazo de 3 h)

■ **DORNASA ALFA**

Pulmozyme® • Amp 2,5 mg (2.500 U)/2,5 ml ☞<sup>2</sup>, H

☞<sup>2</sup> a Fibrosis Quística. FQ con FVC > 40% de la teórica: **Ad y Nñ >5a:** 2,5 mg (2.500 UI)/24h nebul. En Ad >21a, puede administrarse 1 dosis/12 h. Inhalar el contenido de 1 amp, sin diluir, utilizando uno de los equipos de nebulizador/compresor recomendado por el fabricante.

■ **SURFACTANTE PULMONAR BOVINO**

Survanta® • Vial 200 mg/8 ml ☞<sup>2</sup>, H

☞<sup>2</sup> a Neonatología. Distrés respiratorio neonatal tipo I o enfermedad de la membrana hialina: 100 mg (4 ml)/kg/dosis vía endotraqueal (no diluir), si precisa, repetir c/6 h hasta un máx de 4 dosis en 48 h. La instilación endotraqueal debe realizarse en los cuatro cuadrantes del pulmón a partes iguales.



## Grupo S: ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

### S01 - OFTALMOLÓGICOS

① Técnica de administración.

COLIRIOS: Echar la cabeza hacia atrás poniendo la medicación en el saco conjuntival y posteriormente cerrar los ojos. Tras la aplicación, efectuar una ligera presión en el saco lacrimal, esta maniobra es importante para reducir la absorción y efectos sistémicos de midriáticos, ciclopléjicos y algunos antiglaucomatosos como timolol.  
POMADAS: Se recomienda aplicar una cantidad de aprox 1 cm en el saco conjuntival o en el margen palpebral según el tipo de patología. Las pomadas se utilizan normalmente por la noche para no interrumpir el descanso por la administración de gotas.

### S01A - ANTIINFECCIOSOS PARA ADMINISTRACIÓN OFTALMOLÓGICA (EXCLUIDOS ANTIVIRALES)

#### ■ CIPROFLOXACINO

*Oftacilox*®

- Col 0,3% 5 ml
- Pda Oftálmica 0,3% 3,5 g

Queratitis: Ad y Nñ >1a: 1<sup>er</sup> día: 2 gts/15 min (las primeras 6 h), después 2 gts/30 min; 2<sup>o</sup> día: 2 gts/1 h; del 3<sup>er</sup> al 14<sup>o</sup> día: 2 gts/4 h; a partir del 14<sup>o</sup> día: la dosificación dependerá del estado de la úlcera; duración máx del tto: 3 sem. Conjuntivitis: Ad y Nñ >1a: 1-2 gts/2 h x 48 h y después 1-2 gts/4 h x 5 d, ó 1 cm (pda) en el saco conjuntival (o margen palpebral en caso de blefaritis) c/8 h x 48 h seguido de c/12 h 5 d más.

#### ■ CLORTETRACICLINA

*Colircusi Aureomicina*®

- Col 0,5 % 5 ml

*Oftalmolosa Cusi*

*Aureomicina*®

- Pda Oftálmica 0,5 % 3 g

**Ad y Nñ**: 2 gts/2 h ó 1 aplic (pda)/3-4 h, controlada la infección reducir la frecuencia de aplicación; en infecciones leves 1-2 gts/8 h.

#### ■ ERITROMICINA

*Oftalmolosa Cusi*

*Eritromicina*®

- Pda Oftálmica 0,5 % 3,5 g

**Ad y Nñ**: 1 aplic/3-4 h y controlada la infección reducir a 1 aplic/12-24 h. Oftalmia neonatal (profilaxis): una sola aplicación de 1 cm de pda en cada saco conjuntival en la hora siguiente al parto.

#### ■ GENTAMICINA

*Colircusi Gentamicina 1/2*®

- Col 0,3 % 10 ml

- Colircusi Gentamicina 1®* • Col 0,6 % 10 ml  
*Oftalmolosa Cusi*  
*Gentamicina®* • Pda Oftálmica 0,3 % 5 g

**Ad y Nñ:** 1-2 gts/1-4 h, controlada la infección reducir la frecuencia, ó 1 aplic (pda)/ 8-12 h.

■ **TOBRAMICINA**

- Tobrex®* • Col 0,3 % 5 ml

**Ad:** 2 gts/2 h, controlada la infección reducir la frecuencia de aplicación.

**S01B - CORTICOSTEROIDES PARA ADMINISTRACIÓN OFTALMOLÓGICA**

ⓘ Contraindicados en infecciones fúngicas y virales, en Nñ <2a y en glaucoma de ángulo abierto. En tratamientos prolongados, control por oftalmólogo con medida de la presión ocular.

■ **DEXAMETASONA**

- Maxidex®* • Col 0,1 % 5 ml  
*Oftalmolosa Cusi*  
*Dexametasona®* • Pda Oftálmica 0,05 % 3 g

**Ad y Nñ:** 1 gota/4-8 h, en situaciones graves 1 gota/1-2 h x 1-2 d, ó 1 cm (pda)/4-6 h en la conjuntiva y reducir a 1 aplic/8-24 h a medida que mejora, x 1-2 d. Ver ⓘ.

■ **FLUOROMETOLONA**

- FML®* • Col 0,1 % 5 ml

**Ad y Nñ:** 1-2 gts/6-12 h, se puede incrementar la frecuencia c/2 h durante las primeras 24-48h. Ver ⓘ.

■ ■ **MEDROXIPROGESTERONA + TETRIZOLINA**

- Colircusi Medrivas®* • Col (2 + 0,05) % 5 ml

**Ad y Nñ:** 1-2 gts/8-12 h o tan frecuente como se estime necesario. Ver ⓘ.

**S01C - CORTICOSTEROIDES ASOCIADOS CON ANTIINFECCIOSOS PARA USO OFTÁLMICO**

ⓘ No utilizar en infecciones fúngicas y virales, en blefaritis y conjuntivitis agudas purulentas, en Nñ <2a y en glaucoma. En tratamientos prolongados, control por oftalmólogo con medida de la presión ocular.

■ ■ **DEXAMETASONA + GENTAMICINA + TETRIZOLINA**

- Colircusi Gentadexa®* • Col (0,1+0,3+0,05)% 10 ml

**Ad y Nñ:** 1-2 gts/4-8 h, en infecciones severas aumentar frecuencia. Ver ⓘ.

■ ■ **DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA B**

- Maxitrol®* • Col (0,1 + 0,35 + 0,06) % 5 ml

**Ad y Nñ:** 1-2 gts/4-6 h. Ver ⓘ.

■ ■ **DEXAMETASONA + TOBRAMICINA + BENZALCONIO, CLORURO**

*Tobradex*® • Col (0,1 + 0,3 + 0,02) % 5 ml

**Ad y Nñ >1a:** 1-2 gts/4-6 h, si afección grave 1-2 gts/2 h x 24-48 h, máx= 14 d. Ver ⓘ.

■ ■ **PREDNISONA + NEOMICINA**

*Oftalmolosa Cusi*

*Prednisona Neomicina*® • Pda Oftálmica (0,5 + 0,35)% 3 g

**Ad y Nñ:** 1 aplic/12-24 h. Ver ⓘ.

**S01D - ANTIVIRALES PARA ADMINISTRACIÓN OFTÁLMICA**

■ **ACICLOVIR**

*Zovirax Oftálmico*® • Pda Oftálmica 3 % 4,5 g

Queratitis y queratoconjuntivitis herpética: 1 cm x 5 v/d (c/4 h descansando por la noche).

**S01E - ANTIGLAUCOMATOSOS**

ⓘ Los β-bloqueantes están contraindicados en pacientes con bloqueo AV de grado II-III, bradicardia sinusal e ICC. No recomendado en Nñ. Precaución en asma y EPOC. Valorar en cada caso beneficio/riesgo.

■ **ACETILCOLINA**

*Acetilcolina 1 % Cusi*® • Vial 1 % 2 ml

Inducción de miosis en cirugía: 0,5-2 ml en cámara anterior, el efecto se mantiene 10-20 min, puede repetirse la aplic o utilizar pilocarpina col tras la cirugía. La solución es inestable, preparar antes de utilizar y desechar la que no se utilice. Ver ⓘ.

■ **APRACLONIDINA**

*Iopimax*® • Col 1% 0,25 ml 2 unidades

Profilaxis del aumento de la presión intraocular en cirugía con láser: **Ad y Nñ >12a:** 1 gota 1 h antes y 1gota después de la cirugía. Ver ⓘ.

■ **BRIMONIDINA**

*Alphagan*® • Col 0,2 % 5 ml

Hipertensión ocular y glaucoma de ángulo abierto: **Ad:** 1 gota/8-12 h. Ver ⓘ.

☞ Indicado en monoterapia en pacientes que no toleren o estén contraindicados los betabloqueantes o en terapia combinada con betabloqueantes cuando éstos no controlen adecuadamente la presión intraocular.

■ **LATANOPROST**

*Xalatan*® • Col 0,005% 2,5 ml

\*

Hipertensión ocular y glaucoma: **Ad**: 1 gota/24 h, hs.

#### ■PILOCARPINA

*Colircusi Pilocarpina*® • Col 2 % 10 ml

Glaucoma crónico de ángulo abierto: 1-2 gts/4-12 h. Glaucoma agudo de ángulo cerrado: 1 gota/5-10 min x 3-6 veces, después 1 gota/1-3 h hasta control de la presión intraocular; en el otro ojo 1gota/6-8 h para evitar el ataque bilateral. Inducción de miosis en cirugía: 1 gota.

#### ■TIMOLOL

*Cusimolol*® • Col 0,25 % 5 ml  
• Col 0,5 % 5 ml

Hipertensión ocular y glaucoma de ángulo abierto: **Ad y Nñ>1m**: 1 gota (0,25%)/12 h, si no hay respuesta 1 gota (0,5%)/12 h, mantenimiento= 1 gota/24 h. Ver ⓘ.

### S01F - MIDRIÁTICOS Y CICLOPLÉJICOS

ⓘ Contraindicados en glaucoma de ángulo estrecho. Puede desencadenar glaucoma de ángulo estrecho en ojos predispuestos. Extremar precauciones en Nñ y ancianos. Para evitar la absorción sistémica, ver técnica de administración (pág.181).

#### ■ATROPINA

*Colircusi Atropina*® • Col 0,5 % 10 ml  
• Col 1 % 10 ml  
*Oftalmolosa Cusi Atropina*® • Pda Oftálmica 1 % 5 g

Refracción: **Ad**: 1-2 gts (col 1%) 1 h antes ó 0,3-0,5 cm (pda 1%) x 1-3 v/d. Uveítis: **Ad**: 1-2 gts (col 0,5-1%)/12-24 h ó 0,3-0,5 cm (pda 1%) x 3 v/d. Midriasis máx al cabo de 1 h y parálisis total en la acomodación a las 2 h, los efectos pueden durar más de 6 días. Ver ⓘ.

#### ■■ATROPINA + ESCOPOLAMINA + FENILEFRINA

*Colirio Llorens Midriático*® • Col (2 + 0,5 + 4) % 10 ml

**Ad y Nñ**: 1 gota/8-24 h. Ver ⓘ.

#### ■CICLOPENTOLATO

*Colircusi Ciclopléjico*® • Col 1 % 10 ml

Refracción: **Ad y Nñ**: 1 gota y repetir a los 5 min excepto en Nñ <6a, refracción a los 40-50 min. Uveítis: 1 gota/6-8 h. Cicloplejía máx en 25-75 min y midriasis máx en 30-60 min. La recuperación de la acomodación se logra en 6-24 h. Ver ⓘ.

#### ■FENILEFRINA

*Colircusi Fenilefrina*® • Col 10 % 10 ml \*

Oftalmoscopia: **Ad**: 1-2 gts, se puede repetir a los 10-60 min. Realizar tonometría antes de administrar fenilefrina, puede dar lecturas falsas.

#### ■HOMATROPINA

Colirio Llorens

Homatropina®

- Col 2 % 10 ml

Refracción: Ad: 1-2 gts inmediatamente antes y, si es necesario, repetir c/ 5-10 min hasta un total de 2-5 dosis. Nñ: 1 gota antes y, si es necesario, repetir c/10 min hasta un total de 3-5 dosis. Uveítis: Ad y Nñ: 1 gota x 2-3 v/d. Ver ⓘ.

#### ■TROPICAMIDA

Colircusi Tropicamida®

- Col 1 % 5 ml

Refracción: Ad y Nñ: 1-2 gts 15-20 min antes de la exploración y, si es necesario, repetir instilación c/30 min. Ver ⓘ.

### S01H - ANESTÉSICOS OFTALMOLÓGICOS

#### ■TETRACAÍNA + NAFAZOLINA

Colircusi Anestésico®

- Col (0,5 + 0,05) % 10 ml

Afecciones dolorosas oculares, exploración ocular y extracción de cuerpos extraños:  
Ad y Nñ: 1-2 gts.

#### ■TETRACAÍNA + OXIBUPROCAÍNA

Colircusi Anestésico Doble®

- Col (0,1 + 0,4) % 10 ml

Afecciones dolorosas oculares, exploración ocular y extracción de cuerpos extraños:  
Ad y Nñ: 1-2 gts.

### S01K - LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES OCULARES

#### ■ALCOHOL POLIVINÍLICO (LÁGRIMAS ARTIFICIALES)

Liquifilm Lágrimas®

- Col 1,4 % 15 ml

Sequedad ocular: Ad y Nñ: 1 gota/6-12 h, aumentar la dosis en caso necesario.

☞ No utilizar lentes de contacto blandas en los 15 min posteriores a su aplicación.

#### ■CARMELOSA

Viscofresh®

- Col 0,5% 0,4 ml (monodosis)
- Col 1% 0,4 ml (monodosis)

Sequedad ocular: Ad y Nñ>3a: 1 gota tantas veces como sea necesario, desechar el sobrante del envase después de cada aplicación.

#### ■VASELINA

Lacrilube®

- Pda oftálmica 55 % 3,5 g

Sequedad de ojos: separar el párpado inferior y aplicar una pequeña cantidad de pda, no utilizar más de 72 h, salvo indicación y control médico.

### S01P - OTROS OFTALMOLÓGICOS



■ **AZELASTINA**

*Afluon*® • Col 0,05% 6 ml

Conjuntivitis alérgica estacional: Ad y Niñ >4a: 1 gota/12 h. Conjuntivitis alérgica perenne: Ad y Niñ >12 a: 1 gota/6-12 h, máx= 6 sem.

■ **DICLOFENACO**

*Diclofenaco Oftal*® • Col 0,1% 0,3 ml

Postcirugía de cataratas y tras corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo: 1 gota/6 h x 48 h. Tto de conjuntivitis crónica: 1 gota/6-8 h.

■ **FLUORESCEÍNA + OXIBUPROCAÍNA**

*Colircusi Fluotest*® • Col (0,25 + 0,4) % 3 ml

Tonometría: instilación única de 1-2 gts en cada ojo. En procedimientos donde se requiera anestesia más profunda se efectuaran tres instilaciones de 1-2 gts/90 seg.

■ **PAPEL ABSORBENTE**

*Test de la Lágrima*® • Tiras de Papel

Tiras estériles estandarizadas para el test de la lágrima de Schirmer.

■ **SOLUCIÓN SALINA EQUILIBRADA PARA IRRIGACIÓN OFTÁLMICA**

*B.S.S.*® • Gts 15 ml

Solución de irrigación extraocular e intraocular.

**S02 - OTOLÓGICOS**

■ **FLUOCINOLONA + NEOMICINA + POLIMIXINA B**

*Synalar Otico*® • Gts (0,25 mg + 3,5 mg + 10.000 UI)/ml 10 ml

Otitis externa: Ad: 2-4 gts/4-6 h. Niñ: 1-3 gts/4-6 h. Duración tto ≤ 10 días.

☞ Contraindicado en perforación del tímpano, infecciones fúngicas o virales.

■ **CIPROFLOXACINO**

*Baycip Ótico*® • Gts 0,2 % 0,5 ml (monodosis)

Otitis externa y otitis crónica supurativa: Ad y Niñ: 0,5 ml (monodosis)/12 h x 7-10 d. No utilizar durante tiempo prolongado. Se puede utilizar en niños y adolescentes dado que no se detectan niveles sistémicos tras su administración tópica.

## Grupo V: VARIOS

### V02 - INMUNOREGULADORES

#### V02A - INMUNOSUPRESORES

##### ■ADALIMUMAB

*Humira*® • Jer 40 mg/0,8 ml \* , 3, H

**Ad:** *Artritis reumatoide*: 40 mg SC c/2 sem. Mantener el tto con metotrexato excepto intolerancia o contraindicación.

☞ Restringido a pacientes adultos con artritis reumatoide activa moderada a severa con respuesta insuficiente a FAME (incluido metotrexato) y que no respondan o no toleran infliximab o etanercept como terapia biológica.

##### ■AZATIOPRINA

*Imurel*® • Comp 50 mg  
• Vial 50 mg H

**Ad:** *Prevención de rechazo en trasplante renal*: Inicio 3-5 mg/kg/d InfIV en 30-60 min (disolver con 5 ml de API y diluir en 50-100 ml de SF o G5%), seguido misma dosis VO pc; mantenimiento= 1-3 mg/kg/d VO pc. *Artritis reumatoide*: Inicio 1 mg/kg/d VO pc, aumentando si falta de respuesta y ausencia de toxicidad 0,5 mg/kg/d c/4 sem hasta máx= 2,5 mg/kg/d, se considera refractario si falta de respuesta tras 12 sem de tto; mantenimiento= reducir dosis hasta mínima eficaz. Si se produce contacto con el producto, lavar con agua y jabón inmediatamente.

##### ■BASILIXIMAB

*Simulect*® • Vial 20 mg \* , 1, H

*Prevención de rechazo agudo en trasplante renal*: Junto a inmunosupresión basada en ciclosporina y corticosteroides. **Ad:** 20 mg InfIV en 20-30 min (disolver con 5 ml de API y diluir en 50 ml de SF o G5%) dentro de las 2 h previas al trasplante (día 0), repitiendo la dosis en el día 4 postrasplante. **Nñ 2-15a:** Mismo régimen posológico ajustando dosis a 12 mg/m<sup>2</sup>, máx= 20 mg/dosis.

##### ■CICLOSPORINA

*Sandimmun*® *Neoral* • Cáps 25 mg  
• Cáps 50 mg  
• Cáps 100 mg  
• Sol 100 mg/1 ml (50 ml)  
*Sandimmun*® • Amp 50 mg/1 ml H

*Profilaxis de rechazo de órgano en trasplantes*: **Ad y Nñ:** Inicio (4-12 h pretrasplante) 15 mg/kg/d VO repartido en 2 dosis ó 5-6 mg/kg/d InfIV en 2-6 h (diluir 1 ml en 20-100 ml de SF o G5%, no utilizar bolsas de PVC), utilizar VO lo antes posible (riesgo de anafilaxia por vía IV), bajar D un 5% semanal hasta mantenimiento= 3-10 mg/kg/d

repartido en 2 dosis. **Artritis reumatoide**: **Ad**: 2,5 mg/kg/d VO repartido en 2 dosis, con incrementos de 0,5-0,75 mg/kg/d las sem 8 y 12, según respuesta y tolerancia, máx= 4 mg/kg/d, suspender si no respuesta a las 16 sem de tto. **Psoriasis**: **Ad**: 2,5 mg/kg/d VO repartido en 2 dosis e incrementar en 0,5 mg/kg/d c/2 sem a partir de 4ª sem, según respuesta y tolerancia, máx= 4 mg/kg/d.

- ☞ Administrar la solución oral con leche o zumo (no **zum de pomelo** ni bebidas calientes), no enjuagar con agua la jer dosificadora. Monitorizar niveles en sangre total periódicamente (ver anexo 4, pág.208). Fármaco con gran cantidad de interacciones, considerarlo antes de asociar o retirar cualquier medicación.

### ■ETANERCEPT

Enbrel®

• Vial 25 mg

\* , 3, H

**Ad**: Artritis reumatoide activa. Espondilitis anquilosante activa grave. Artritis psoriásica activa. Psoriasis en placa moderada-grave: 25 mg SC x 2 v/sem, en psoriasis en placa se puede administrar 50 mg x 2 v/sem las 12 primeras sem. **Nñ 4-18a**: Artritis crónica juvenil activa articular (con respuesta insuficiente o intolerancia a metotrexato): 0,4 mg/kg (máx= 25 mg) SC x 2 v/sem.

- ☞ Indicado en artritis reumatoide si respuesta insuficiente o intolerancia FAME (incluido metotrexato) o bien si presentación progresiva severa en no tratados previamente con metotrexato. En artropatía psoriásica, si la respuesta a FAME es insuficiente. En psoriasis en placa moderada-grave si la terapia sistémica (ciclosporina, metotrexato o PUVA) es insuficiente, está contraindicada o no se tolera.

### ■INFLIXIMAB

Remicade®

• Vial 100 mg

\* , 3, H

**Ad**: Enfermedad de Crohn moderada-severa: 5 mg/kg IV, si respuesta hay 2 opciones: o bien repetir la misma dosis a la 2ª y 6ª sem y después c/8 sem, o bien repetir si vuelven a aparecer los síntomas. Enfermedad de Crohn fistulizante: 5 mg/kg IV, repitiendo a la 2ª y 6ª sem. Artritis reumatoide (en combinación con metotrexato): 3 mg/kg IV, repetir a la 2ª y 6ª sem y después c/8 sem. Espondilitis anquilosante: 5 mg/kg IV y repetir misma dosis a la 2ª y 6ª sem y luego c/6-8 sem, suspender si no hay respuesta a la 6ª sem.

Administración IV: InfIV en ≥ 2 h (diluir en 250 ml de SF) con filtro de entrada (≤ 1,2 micras) de baja afinidad a proteínas. Preparación de la mezcla en Farmacia.

- ☞ Tras un intervalo libre de fármaco >16 sem no se recomienda la readministración por riesgo de reacción de hipersensibilidad tardía. Antes de iniciar tto descartar tuberculosis activa o latente.

### ■MICOFENOLATO DE MOFETILO

Cellcept®

- Cáps 250 mg
- Comp 500 mg

Prevención de rechazo en trasplante de riñón (junto a ciclosporina y corticosteroides):

**Ad**: 1 g/12 h VO (1ª dosis dentro de las 72 h postrasplante). **Nñ >2a**: 600 mg/m<sup>2</sup>/12 h VO, máx= 2 g/d. Prevención de rechazo en trasplante de corazón (junto a ciclosporina y corticosteroides): **Ad**: 1,5 g/12 h VO dentro de los 5 d postrasplante. No triturar los comp. Si se produce contacto con el producto, lavar con agua y jabón inmediatamente.

### ■MUROMONAB-CD3 (OKT3)

**Orthoclone OKT3®** • Amp 5 mg/5 m \*<sup>1</sup>, H

**Rechazo agudo en trasplante cardíaco y renal corticorresistente: Ad y Nñ >30 kg:** 5 mg/d en IVdir (<1 min) x 10-14 d. **Nñ ≤30 kg:** 2,5 mg/d en IVdir (<1 min) x 10-14 d. Si se utilizan otros inmunosupresores concomitantes, reducir la dosis al mínimo eficaz, reanudar 3 d antes de finalizar el OKT3.

#### ■TACROLIMUS

**Prograf®** • Cáps 0,5 mg  
• Cáps 1 mg  
• Cáps 5 mg

**Ad:** Inmunosupresión en trasplante renal: 0,10 mg/kg/12 h VO ac, iniciar dentro de las 24 horas postrasplante.

☞ Monitorizar niveles en sangre total periódicamente (ver anexo 4, pág.208). Fármaco con gran cantidad de interacciones, considerarlo antes de asociar o retirar cualquier medicación. No beber zumo de pomelo.

#### **V02B - OTROS INMUNOREGULADORES**

##### ■GLATIRAMERO

**Copaxone®** • Vial 20 mg \*<sup>2</sup>, H

<sup>2</sup> a Neurología. Esclerosis múltiple remitente-recidivante: **Ad:** 20 mg/24h SC.

☞ Para la dispensación del medicamento, es imprescindible la aprobación previa del protocolo individual por la Subdirección General de Inspección Sanitaria del MSC.

##### ■INTERFERÓN BETA-1-A

**Avonex®** • Jer 30 mcg/0,5 ml \*<sup>2</sup>, H  
**Rebif®** • Vial 22 mcg \*<sup>2</sup>, H  
• Vial 44 mcg \*<sup>2</sup>, H

<sup>2</sup> a Neurología. Esclerosis múltiple remitente-recidivante: **Avonex:** **Ad y Nñ > 16 a:** 30 mcg/sem IM. **Rebif:** **Ad:** inicio 8,8 mcg SC x 3 v/sem x 2 sem, seguido de 22 mcg SC x 3 v/sem x 2 sem, mantenimiento= 44 mcg SC x 3 v/sem.

☞ Para la dispensación del medicamento, es imprescindible la aprobación previa del protocolo individual por la Subdirección General de Inspección Sanitaria del MSC.

##### ■INTERFERÓN BETA-1-B

**Betaferon®** • Vial 8 mill UI (= 0,25 mg) <sup>2</sup>, H

<sup>2</sup> a Neurología. Esclerosis múltiple remitente-recidivante y secundaria progresiva: **Ad:** Inicio 2 mill UI/48 h SC y aumentar c/2 sem 2 mill UI hasta mantenimiento= 8 mill UI (0,25 mg)/48 h SC.

☞ Para la dispensación del medicamento, es imprescindible la aprobación previa del protocolo individual por la Subdirección General de Inspección Sanitaria del MSC.

#### **V03 - TODOS LOS DEMÁS PREPARADOS TERAPÉUTICOS NO**

## CLASIFICADOS ANTERIORMENTE

### V03A - PREPARADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO

#### ■ NALTREXONA

*Antaxone®* • Cáps 50 mg

**Ad:** *Alcoholismo:* 50 mg/d VO x 3 meses o más según respuesta o grado de alcoholismo. *Deshabitación de opiáceos:* 25 mg, repetir dosis si no aparecen síntomas de abstinencia después de 1 h, a partir del 2º día 50 mg/24 h hasta completar 1 sem de tto, mantenimiento= 50 mg/24 h (o bien 100 mg lunes y miércoles y 150 mg el viernes).

☞ Los pacientes sospechosos de uso o dependencia a opiáceos deben efectuar un test de naloxona (0,8 mg SC) o bien comprobar que estén libres de opiáceos (verificación por análisis de orina) al menos 7-10 días antes de iniciar el tto.

### V03B - ANTÍDOTOS, QUELANTES Y RESINAS (Ver Anexo 2, pág.205)

#### ■ ACETILCISTEÍNA

*Flumil® Antídoto* • Vial 2 g/10 ml H

*Intoxicación por paracetamol* (la eficacia es máxima si se administra antes de 8 h postingestión). **Protocolo IV de 20 horas:** **Ad:** 150 mg/kg (0,75 ml/kg) InfIV en 15 min (en 200 ml G5%), luego 50 mg/kg (0,25 ml/kg) InfIV en 4 h (en 500 ml G5%), luego 100 mg/kg (0,50 ml/kg) InfIV en 16 h (en 1000 ml G5%). **Nñ:** dosis = Ad, ajustando volumen de G5% según tolerancia. **Protocolo IV de 48 horas** (preferible si han transcurrido más de 10 h desde la ingestión): **Ad y Nñ:** Inicio 140 mg/kg InfIV en 1 h, seguido por 70 mg/kg/4 h InfIV en 1 h x 12 dosis. **Protocolo VO:** **Ad y Nñ:** Inicio 140 mg/kg VO, seguido a las 4 h de 70 mg/kg/4 h VO x 17 dosis, administrar cada vial diluido en 30 ml de agua, repetir dosis si vómitos en la hora posterior a la administración, si persisten vómitos administrar por tubo duodenal.

#### ■ ALCOHOL ETÍLICO

*Alcohol Absoluto<sup>FM</sup>* • Amp 10 ml (7,86 g etanol/10 ml)

*Intoxicación por metanol o etilengicol:* dosis carga: 600-790 mg/kg (7,6-10 ml/kg de etanol 10% en Ad y 15,2-20 ml/kg de etanol 5% en Nñ) InfIV en 30 min (para lograr una concentración de etanol en sangre de 100-130 mg/dl), seguir con InfIV continua para mantener un nivel en sangre de 100 mg/dl, con las siguientes pautas: **Ad:** de 66 mg/kg/h en abstemios a 154 mg/kg/h en bebedores crónicos (de 0,84 a 1,95 ml/kg/h de etanol 10%), **Nñ:** 66 mg/kg/h (1,65 ml/kg/h de etanol 5%). Mantener la InfIV hasta resolución de signos-síntomas, usualmente 5 d.

Preparación de sol de *etanol al 10%:* diluir 1 amp de 10 ml en 90 ml de G5%.

Preparación de sol de *etanol al 5%:* diluir ½ amp en 95 ml de G5%.

☞ Si no se dispone de la presentación inyectable pueden administrarse las mismas dosis por VO o SNG utilizando una bebida alcohólica de alta graduación.

#### ■ AMIFOSTINA

Ethyol®

• Vial 375 mg

☞<sup>2</sup>, H

☞<sup>2</sup> a radioterapia. **Prevención de xerostomía asociada a radioterapia:** Ad: 200 mg/m<sup>2</sup> IVdir en 3 min (en 7,3 ml SF), iniciar en los 15-30 min antes de la radioterapia, medir presión arterial antes y después de la administración.

☞ Útil para prevenir la xerostomía en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia (campo de radiación ≥ 75% de la superficie de las parótidas y dosis total ≥ 40 Gy).

#### ■AZUL DE METILENO

Azul de Metileno 1%<sup>FM</sup>

• Amp 10 mg/ml 10 ml

**Metahemoglobinemia:** Ad y Nñ: 1-2 mg/kg IVdir lenta (en 5 min, puede diluirse en SF), se puede repetir dosis a los 30-60 min en casos necesarios hasta máx acumulado= 7 mg/kg. Efecto máx tras 30 min. No utilizar en metahemoglobinemia asociada a intoxicación por cianuros.

#### ■DEFEROXAMINA, MESILATO

Desferin®

• Vial 500 mg

**Ad y Nñ:** Intoxicación aguda por hierro: Inicio 1 g IM ó InfIV (diluir en 100-250 ml de SF o G5%, máx 15 mg/kg/h) seguido de 500 mg/4 h x 2 dosis, seguido en función de respuesta clínica de 500 mg/4-12 h hasta máx total de 6 g/d (aunque en intoxicación aguda severa pueden requerirse dosis mayores). Sobrecarga de hierro por transfusiones múltiples sanguíneas: 0,5-1 g/d IM, adicionalmente una dosis de 2 g en InfIV (máx 15 mg/kg/h) con cada unidad de sangre transfundida (máx 1 g/d en ausencia de transfusiones ó 6 g/d si reciben transfusiones). La dosis usual de la infusión SC es 1-2 g (20-40 mg/kg/d) en 8-24 h, utilizando una bomba portátil.

☞ El hierro quelado por deferoxamina da lugar a ferrioxamina que puede colorear de rosa-rojizo la orina.

#### ■DIMERCAPROL

B.A.L.®

• Amp 200 mg/2 ml

✱, ☞<sup>1</sup>, H

**Ad y Nñ:** Intoxicación severa por oro o arsénico: 3 mg/kg IM profundo c/4 h x 2 d, c/6 h el 3<sup>er</sup> día y c/12 h los 10 d siguientes o hasta recuperación. Intoxicación moderada por oro o arsénico: 2,5 mg/kg IM profunda c/6 h x 2 d, c/12 h el 3<sup>er</sup> día, c/24 h los 10 d siguientes o hasta recuperación. Intoxicación por mercurio: 5 mg/kg IM profunda, seguido por 2,5 mg/kg/12-24 h x 10 d. Encefalopatía aguda por plomo: 4 mg/kg/4 h IM profunda x 2-7 d, en función de respuesta clínica, tras 1<sup>a</sup> dosis es recomendable la terapia combinada con edetato disódico cálcico. Para intoxicación por plomo menos severa: inicio 4 mg/kg IM profunda, seguido por 3 mg/kg/4 h x 2-7 d.

#### ■DIMETILSULFÓXIDO 99%

Dimetilsulfóxido

• Sol 99% 10 ml

FM

Extravasación por antraciclinas, idarubicina, mitomicina: por cada 10 cm<sup>2</sup> de superficie de piel a tratar (tratar un área que duplique la superficie afectada): 4 gts/4-6 h vía tópica, dejando secar al aire, x 3-14 d.

#### ■EDETATO DICOBÁLTICO

**Kelocyanor®**

• Amp 300 mg/20 ml

Ⓢ<sup>1</sup>, Ⓡ<sup>1</sup>

**Ad:** Intoxicación severa confirmada por cianuro (solo o en combinación con tiosulfato sódico): 300-600 mg IVdir en 1-5 min, si tras 5 min no hay suficiente mejoría clínica puede administrarse otra dosis de 300 mg IVdir en 1-5 min. Se recomienda administrar 50 ml glucosado 50% al mismo tiempo que el antídoto para proteger de la toxicidad por cobalto.

⚠ Reservar a intoxicaciones severas confirmadas por cianuro. La utilización de edetato dicobáltico en ausencia de cianuro produce toxicidad grave por cobalto.

#### ■ EDETATO DISÓDIDO-CÁLCICO

**Complecal®**

• Amp 935 mg/5 ml

Intoxicación por plomo: Se recomienda la terapia combinada con dimercaprol en intoxicaciones sintomáticas y en asintomáticas con niveles de plomo > 70 mcg/dl. Administrar el edetato 4 h después de la 1ª dosis de dimercaprol (ver pág.?). Establecer el flujo urinario con fluidoterapia IV antes de administrar la 1ª dosis. Administración IV: diluir cada ampolla con 250-500 ml de SF o G5% e InfIV lenta en 8-12 h: **Ad y Nñ**: 1g/m<sup>2</sup>/d x 5 d, interrumpir 2-4 d y repetir ciclo si es necesario. Administración IM profunda: de elección en pacientes con encefalopatía por plomo y edema cerebral, mezclar cada ml con 0,5 ml de lidocaína al 2%: **Ad y Nñ**: 1,5 g/m<sup>2</sup>/d dividido c/8-12 h x 5 d, interrumpir 2-4 d y repetir ciclo si es necesario.

#### ■ FLUMAZENILO

**Flumazenilo<sup>6</sup>**

• Amp 0,5 mg/5 ml

H

**Ad:** Reversión de los efectos sedantes de benzodiazepinas tras sedación consciente o anestesia general: 0,2 mg en IVdir (en > 15 seg), repitiendo 0,1-0,2 mg/min si fuera necesario hasta máx= 1 mg; si reaparece sedación repetir el ciclo c/20 min según necesidad, máx= 3 mg/h. Sobredosificación por benzodiazepinas: Inicio 0,2 mg IVdir (en 30 seg), si tras 30 seg adicionales lo precisa: 0,3 mg IVdir (en 30 seg), si tras otros 30 seg lo precisa: 0,5 mg/min IVdir (en 30 seg) hasta dosis acumulada total de 3 mg; si reaparece sedación repetir dosis de 0,5 mg/min según necesidad c/20 min, sin sobrepasar 3 mg/h. **Nñ>1a**: Reversión de los efectos sedantes de benzodiazepinas: 0,01 mg/kg (máx= 0,2 mg) IVdir (en 15 seg), si precisa tras 45 seg adicionales: 0,01 mg/kg/min según necesidad hasta 4 veces; máx total acumulado= 1 mg ó 0,05 mg/kg.

⚠ Si se precisa puede diluirse en G5% o SF. Tras la administración de flumazenilo sus efectos aparecen en pocos minutos y duran aprox 1-4 h.

#### ■ HIALURONIDASA

**Hialuronidasa<sup>FM</sup>**

• Vial 150 TRU (Unidades turbidométricas)

**Ad y Nñ:** Extravasación por etopósido, tenipósido y alcaloides de la vinca: reconstituir con 1 ml API o SF y administrar por vía SC 5 dosis de 0,2 ml alrededor de la zona afectada.

#### ■ HIDROXOCOBALAMINA

**Cyanokit®**

• Vial 2,5 g

Ⓢ<sup>1</sup>, Ⓡ<sup>1</sup>

Intoxicación por cianuro: **Ad**: 5 g ó 70 mg/kg InfIV en 25-30 min, se puede repetir 1 ó 2 dosis dependiendo de la situación clínica del paciente en InfIV en 30-120 min. **Nñ**:

70 mg/kg InfIV en 25-30 min.

#### ■MESNA

*Uromitexan*® • Amp 200 mg/2 ml

**Ad y Nñ:** Profilaxis de la cistitis causada por ciclofosfamida o ifosfamida: 3 dosis del 20% de la dosis del antineoplásico IVdir a las 0, 4 y 8 h, o bien 3 dosis del 40% de la dosis del antineoplásico VO (con agua azucarada o zumo de frutas) 2 h antes, y a las 2 y 6 h después.

#### ■NALOXONA

*Naloxone*® • Amp 0,4 mg/1 ml

**Ad:** Sobredosis de opiodes (diagnóstico y tto): 0,4-2 mg IVdir, repitiendo c/2-3 min según respuesta (cuestionar diagnóstico de toxicidad por opiodes si no hay respuesta tras la administración de un total de 10 mg); si sospecha de dependencia física a opiodes valorar reducir dosis a 0,1-0,2 mg. Depresión respiratoria o circulatoria postoperatoria inducida por opiodes: 0,1-0,2 mg IVdir c/2-3 min según respuesta, pudiendo requerirse dosis adicionales a intervalos de 1-2 h. **Nñ:** 0,01 mg/kg IVdir y, si no hay respuesta, dar una dosis adicional de 0,1 mg/kg. **Neonatos:** 0,01 mg/kg IVdir, repitiendo c/2-3 min según respuesta.

☞ Utilizar la vía IM o SC cuando no sea viable la IV.

#### ■PERCLORATO POTÁSICO

*Perclorato Potásico*<sup>FN</sup> • Cáps 200 mg

Profilaxis de la acumulación de Tc<sup>99m</sup> en el plexo coroideo, glándulas salivares y tiroides, en pacientes sometidos a pruebas de diagnóstico por imagen con Tc<sup>99m</sup>: **Ad:** 200-400 mg VO 30-60 min antes de la inyección de pertecnetato sódico. **Nñ 2-12a:** 200 mg. **Nñ <2a:** 100 mg.

#### ■POLIESTIRENSULFONATO CÁLCICO

*Resincalcio*® • Polvo 400 g

Hiperpotasemia: **Ad:** 15 g (3 cucharaditas) VO ó 30-50 g VR (en 100 ml G5%, como enema de retención, menos eficaz) x 3-4 v/d. **Nñ:** 1 g/kg/d VO en dosis divididas, mantenimiento= 0,5 g/kg/d en dosis divididas. Disolver en agua o agua azucarada (no zumos por su contenido en potasio)

☞ Cada gramo de producto intercambia aproximadamente 0,7 mEq de potasio. Si K > 6,5 mmol/L o situaciones urgentes utilizar otras medidas. Si riesgo de sobrecarga de calcio, utilizar Resinsodio®.

#### ■PRALIDOXIMA

*Contrathion*® • Vial 200 mg (amp disolvente:  
10 ml de SF)



Intoxicación severa por organofosforados anticolinesterásicos (mayor eficacia si se administra antes de 24 h postexposición): **Ad:** 1-2 g InfIV en 15-30 min (diluir en 100 ml SF ó G5%), repetir tras 1 h si persiste debilidad muscular; tras 2-3 dosis puede controlarse la recurrencia de los síntomas con InfIV 500 mg/h. **Nñ:** Inicio 20-40 mg/kg según gravedad y respuesta, luego 10-20 mg/kg/h.



Preparar la solución justo antes de la InfIV. Antes de administrar pralidoxima establecer vía aérea y administrar atropina (ver posología en pág.27).


- ☞ Si la intoxicación no presenta carácter de urgencia se puede administrar vía IM, SC o VO (VO: 1-3 g/5 h). Evitar tomar leche u otra bebida o alimento con grasas después de una intoxicación causada por insecticidas organofosforados.

#### ■PROBENECID

*Probenecid*<sup>G</sup> • Comp 250 mg 

Prevención de nefrotoxicidad asociada a cidofovir: **Ad:** 2 g VO pc 3 h antes de la InfIV de cidofovir y 2 dosis de 1 g a las 2 y 8 h después de terminar la InfIV (ver pág.119).

#### ■PROTAMINA, SULFATO

*Protamina*<sup>G</sup> • Vial 50 mg/5 ml 

Sobredosificación de heparina sódica (monitorizar TTPA): **Ad y Nñ:** dosis total en función del tiempo desde la administración de heparina, si < 15 min: 1-1,5 mg IV por cada 100 U ó 1 mg de heparina, si 30-60 min: reducir dosis a ½, si >2 h: reducir dosis a ¼. Sobredosis por heparinas de bajo peso molecular (neutraliza el 60% de la actividad antifactor Xa): 1 mg por cada 1 mg ó 100 UI de HBPM administrada. Administrar en dos dosis: 25-50 mg en InfIV lenta (máx= 5 mg/min) y la dosis restante en InfIV en 8-16 h, diluir en SF o G5%.

#### ■SEVELAMER

*Renagel*® • Comp 800 mg

Control de hiperfosfatemia en pacientes en hemodiálisis: **Ad:** 800-1600 mg/8 h pc, ajustando dosis gradualmente para nivel sérico de fósforo ≤ 6 mg/dl.

#### ■SILIBININA (SILIMARINA)

*Legalon SIL*® • Vial 350 mg H

Intoxicación por Amanita phalloides: **Ad y Nñ:** 5 mg/kg/6 h InfIV en 2 h (reconstituir el vial con 35 ml de SF o G5%, estabilidad: 6 h) hasta desaparición completa de los síntomas.

- ☞ Iniciar el tto lo antes posible, incluso sin haber confirmado el diagnóstico de la intoxicación. Realizar las medidas de desintoxicación extracorpóreas en los periodos libres de infusión.

#### ■TIOSULFATO SÓDICO (HIPOSULFITO SÓDICO)

*Tiosulfato sódico 10%*<sup>FM</sup> • Vial 2 g/20 ml  
*Tiosulfato sódico 25%*<sup>FM</sup> • Vial 12,5 g/50 ml

**Solución al 10%:** Extravasación de cisplatino, dacarbazina, mecloretamina: diluir 4 ml de tiosulfato 10% con 6 ml de API y administrar por vía SC alrededor de la zona afectada en varias punciones (suele ser suficiente con 6) de 0,2-0,5 ml, dosis total de 2 ml/100 mg de cisplatino ó 1 g de mecloretamina extravasados.

**Solución al 25%:** Intoxicación severa por cianuro, asociada a edetato dicobáltico: **Ad:** 12,5 g InfIV en 10 min. **Nñ:** 412 mg/kg InfIV en 10 min, máx= 12,5 g.

Intoxicación por cianuro asociada al tto con dosis altas de nitroprusiato (>10 mcg/kg/min): por cada 100 mg de nitroprusiato sódico administrar 1 g de tiosulfato

sódico en InfIV a la misma velocidad.

### **V03C - OTROS PREPARADOS TERAPÉUTICOS**

#### **■ALENDRÓNICO, ÁCIDO**

- Fosamax*® • Comp 10 mg  
*Fosamax semanal*® • Comp 70 mg

**Ad:** Osteoporosis en mujeres postmenopáusicas o en hombres con masa ósea disminuida: 10 mg/24 h ó 70 mg/sem VO ac.

- ☞ Tragar comp entero con un vaso de agua al levantarse por la mañana y permanecer al menos 30 min incorporado (para evitar reacciones esofágicas irritativas), sin consumir ningún alimento, bebida u otro medicamento. El paciente debe recibir además suplementos de vitamina D y calcio si la ingesta en la dieta es inadecuada.

#### **■CLODRONATO DISÓDICO**

- Bonefos*® • Amp 300 mg/5 ml H

**Ad:** Hipercalcemia 2<sup>aria</sup> a tumores óseos 1<sup>arios</sup> o metástasis: 5 mg/kg/24 h InfIV en > 2 h (en 500 ml de SF), duración ≤ 10 d, máx= 300 mg/24 h; ó 1,5 g dosis única en InfIV en 4 h (en 500 ml SF), seguido de 800-3.200 mg/d VO ac (en dosis altas dividir en 2 tomas/d).

- ☞ Tragar enteras las cáps con vaso de agua, permaner erguido, sin consumir alimentos u otros medicamentos en las 2 h previas y al menos durante 30 min después.

#### **■ZOLEDRÓNICO, ÁCIDO**

- Zometa*® • Vial 4 mg/5 ml H

**Ad:** Metástasis osteolíticas: 4 mg/3-4 sem InfIV en > 15 min (en 100 ml SF o G5%). Durante el tto suplementar con calcio (500 mg/d) y vitamina D (400 U/d) por VO.

### **V04 - AGENTES DE DIAGNÓSTICO**

#### **V04A - CONTRASTES RADIOLÓGICOS**

##### **V04A1 - ANGIOUROGRAFÍAS**

- ① Los contrastes yodados no iónicos de baja osmolalidad (iohexol) presentan una incidencia menor de efectos adversos leves o moderados que los iónicos de elevada osmolalidad (ácido amidotrizoico y ácido ioxáglico). Estas diferencias no han sido demostradas para los efectos adversos más graves (síncope, convulsiones, edema de pulmón, shock, arritmias cardíacas graves, parada cardiorrespiratoria). Así mismo las reacciones de origen alérgico son más comunes con los agentes iónicos de elevada osmolalidad. El mayor beneficio del uso de contrastes no iónicos se obtiene en los grupos de pacientes de mayor riesgo: antecedentes de asma o alergia, historial de alergia a medicamentos, supresión suprarrenal, IR, enfermedades cardíacas, reacciones previas a medios de contraste, tto con betabloqueantes (considerar la retirada del betabloqueante), tto con interleukina – 2.

#### **■AMIDOTRIZOATO (MEGLUMÍNICO + CÁLCICO + SÓDICO)**

*Plenigraf®* • Vial (9,1+1,36+19,2)% 250 ml 165 mg Iodo/ml

**■ IOHEXOL**

*Omnigraf® 240* • Vial 240 mg Iodo/ml (10 ml)  
 • Vial 240 mg Iodo/ml (50 ml)  
*Omnigraf® 300* • Vial 300 mg Iodo/ml (50 ml)  
 • Vial 300 mg Iodo/ml (100 ml)  
 • Vial 300 mg Iodo/ml (500 ml)  
*Omnigraf® 350* • Vial 350 mg Iodo/ml (50 ml)  
 • Vial 350 mg Iodo/ml (100 ml)

**■ IOXAGLATO MEGLUMÍNICO + IOXAGLATO SÓDICO**

*Hexabrix® 320* • Vial 320 mg Iodo/ml (50 ml)  
 • Vial 320 mg Iodo/ml (200 ml)

**V04A2 - COLEGRAFÍAS**

**■ ÁCIDO IOPANOICO**

*Colegraf®* • Comp 500 mg

*Colegrafia: Ad y Nñ:* 6 comp ingeridos sin masticar 1 a 1 con un intervalo de 2 min, 12-14 h antes del examen radiológico.

**V04A3 - GASTROENTEROGRAFÍAS**

**■ AMIDOTRIZOATO (MEGLUMÍNICO + SÓDICO)**

*Gastrografin®* • Sol 100 ml

*Gastroenterografías: Ad y Nñ >10a:* 60-100 ml VO (en pacientes caquéticos y ancianos diluir en agua en proporción 1:1) o VR diluidos en agua en proporción 1:3-1:4.  
*Nñ <10a:* 15-30 ml VO diluidos en agua (proporción 1:1-1:2) o VR diluidos en agua (proporción 1:4-1:5).

**■ BARIO, SULFATO**

*Barigraf®* • Polvo 340 g  
*Disperbarium®* • Enema 500 ml

*Gastroenterografías: Ad y Nñ:* VO o VR en función del examen radiológico a realizar.

**V04A4 - OTROS CONTRASTES RADIOLÓGICOS**

**■ ACEITE IODADO**

*Lipiodol Ultra Fluide®* • Amp 48 % de Iodo (10 ml)



Para el estudio de vasos linfáticos.

**■ HEXAFLUORURO DE AZUFRE (MICROBURBUJAS)**

*SonoVue®* • Vial 8 µl de microburbujas/ml (5 ml) DH

Eco-Doppler de macro y microvasculatura. Contraindicado en síndrome coronario agudo reciente o enfermedad cardíaca isquémica clínicamente inestable, hipertensión

pulmonar severa, HTA no controlada o distrés respiratorio.

## **V04C - OTROS PRODUCTOS PARA DIAGNÓSTICO**

### ■ **AZUL DE METILENO**

*Azul de Metileno 1%<sup>FM</sup>* • Amp 10 mg/ml 10 ml

Uso diagnóstico de fistulas: como colorante de uso local. Metahemoglobinemia: ver pág.191.

### ■ **AZUL PATENTE O AZUL DE ISOSULFANO**

*Lymphazurin®* • Vial 50 mg/5 ml



Linfografía mamaria (detección de nódulos linfáticos centinela en cáncer de mama):  
**Ad**: 5 ml intraparenquimal repartidos en 1 ó varios puntos de la zona de la biopsia con aguja de 27G, masajeando durante 5 min.

### ■ **FLUORESCEÍNA**

*AK-Fluor®* • Amp 10% 5 ml



Angiografía de retina: **Ad**: 500 mg (5 ml al 10%) IVdir. **Nñ**: 7,5 mg/kg IVdir.

☞ Tomar medidas para evitar la extravasación (pH muy básico). Si sospecha de alergia, hacer test intradérmico (0,05 ml) antes de la administración IV y evaluar a los 30-60 min después de la inyección. La piel y orina pueden tener coloración amarilla transitoria.

### ■ **METACOLINA, CLORHIDRATO**

*Provocholine®* • Vial 100 mg



**Ad y Nñ**: Diagnóstico de asma en pacientes que no lo manifiestan clínicamente: preparar diluciones con SF en concentraciones seriadas ascendentes de 0,025 a 25 mg/ml, y realizar 5 inh para cada concentración. Preparación de las diluciones en el Servicio de Farmacia el mismo día de la prueba.

### ■ **PROTIRELINA**

*TRH Ferring®* • Amp 200 mcg/1 ml



Valoración de la función tiroidea: **Ad**: 200-500 mcg IVdir en 15-30 seg. **Nñ**: 1-7 mcg/kg (máx 500 mcg) IVdir en 15-30 seg. Permanecer en posición supina hasta 15 min después de la administración, por posibles cambios transitorios en la tensión arterial. No repetir en 7 días, menor repuesta.

### ■ **TIROTROPINA ALFA**

*Thyrogen®* • Vial 0,9 mg



**Ad** (Nñ excepcionalmente): Marcador radioactivo en exploración de tiroides: 0,9 mg IM, repetir a las 24 h. Reconstituir el vial con 1,2 ml de API y extraer 1 ml (0,9 mg). Administrar el contraste yodado transcurridas 24 h de la última dosis de tirotropina y realizar el escáner 48 h después del contraste (72 h tras tirotropina).

☞ Alternativa a la retirada de la terapia de supresión hormonal (THST), mejorando la calidad de vida de los pacientes al evitar la aparición de efectos hipotiroideos.

Incidencia del 20% de falsos negativos y elevado coste.

■ **TUBERCULINA PPD-RT23**

*Tuberculina PPD®*

• Vial 2 UT/0,1 ml (10 D)



**Ad y Nñ:** DetECCIÓN DE INFECCIONES POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: 0,1 ml ID en cara anterior o posterior del antebrazo, medir el diámetro de induración a las 48-72 h.

■ **UREA-C13**

*UBTest®*

• Sb (gránulos) 100 mg

**Ad:** DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN GÁSTRICA O DUODENAL POR HELICOBACTER PYLORI: disolver los gránulos en 100 ml de agua y administrar en ayuno de 8 h mínimo (tanto líquido como sólido). Tomar 2 muestras de aire: una basal antes de la administración y otra 20 min después. Tras la ingestión de los gránulos enjuagar la boca 2 ó 3 veces con agua con el fin de eliminar cualquier cantidad residual de <sup>13</sup>C-urea en la boca y evitar falsos positivos.

☞ Esperar para realizar la prueba 4 sem tras tto antibacteriano sistémico o 2 sem si tto antisecretor. No repetir la prueba antes de 24 h.

## ANEXO 1: GUÍA PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE ANTIINFECCIOSOS

PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InflV)	OBSERVACIÓN
<b>ANTIBIÓTICOS</b>			
<b>AMIKACINA</b>	<b>IM:</b> SI <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 100-250 ml SF o G5%, 30-60 min	<b>Dil:</b> 24 h TA 60 d 4°C	
<b>AMOXICILINA + CLAVULÁNICO</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> 20 ml API o SF, 3 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF, 30 min	<b>Rec:</b> 15min TA <b>Dil:</b> 1 h TA	No disolver en G5%.
<b>AMPICILINA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3,5 ml API <b>IVdir:</b> 1 g/7,5 ml API, 10-15 min <b>InflV:</b> 1 g/50 ml SF, 30 min	<b>Rec:</b> 1 h TA 4 h 4°C <b>Dil:</b> 8 h TA 3 d 4°C	Más inestable en G5%. Por IV, no superar 100 mg/min.
<b>AZTREONAM</b>	<b>IM:</b> 1 g/4 ml API o SF <b>IVdir:</b> 6-10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 1 g/50 ml SF, 20-60 min	<b>Rec y Dil:</b> 48 h TA 7 d 4°C	Puede aparecer color rosado, que no afecta a la estabilidad.
<b>BENCILPENICILINA SÓDICA</b>	<b>IM:</b> 1-2 mill UI/5 ml API <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 100 ml SF, 1-2 h <b>InflV continua:</b> 1-2 L SF	<b>Rec:</b> 7 d 4°C <b>Dil:</b> 24 h TA	Si dosis altas, administrar en InflV continua.
<b>BENCILPENICILINA BENZATINA</b>	<b>IM:</b> 3-5 ml API <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> NO	<b>Rec:</b> 48 h 4°C	
<b>BENCILPENICILINA PROCAÍNA</b>	<b>IM:</b> 4 ml API <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> NO	<b>Rec:</b> 48 h 4°C	Contraindicada en alérgicos a los anestésicos locales tipo éster.
<b>CEFAZOLINA</b>	<b>IM:</b> 2,5 ml API <b>IVdir:</b> 4-10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 30-60 min	<b>Rec:</b> 24 h TA 4 d 4°C <b>Dil:</b> 24 h TA-4°C, PL	Cristaliza si 4°C. Se redissuelve calentando el vial con las manos.
<b>CEFEPIMA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3 ml API o lidocaína 0,5-1% <b>IVdir:</b> 10 ml API, SF o G5%, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 30 min	<b>Rec y Dil:</b> 24 h TA 7 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>CEFONICID (4°C)</b>	<b>IM:</b> 1 g/2,5 ml NaHCO <sub>3</sub> 4% o lidocaína 1% <b>IVdir:</b> 1 g/2,5 ml NaHCO <sub>3</sub> 4%, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 20-30 min	<b>Rec:</b> 24 h TA 3 d 4°C <b>Dil:</b> 12 h TA 3 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.

PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InflV)	OBSERVACIÓN
<b>CEFOTAXIMA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3 ml API o lidocaína 1% <b>IVdir:</b> 4-10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 20-30 min <b>InflV continua:</b> 50-1.000 ml SF o G5%	Rec y Dil: 24 h TA 10 d 4°C Proteger LUZ	El oscurecimiento puede indicar pérdida de potencia. PL.
<b>CEFOXITINA</b>	<b>IM:</b> 1 g/2 ml API o lidocaína 1% <b>IVdir:</b> 1 g/10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 20-30 min	Rec y Dil: 24 h TA 7 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>CEFTAZIDIMA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3 ml API o lidocaína 0,5% <b>IVdir:</b> 10 ml API, SF o G5%, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 15-30 min	Rec y Dil: 24 h TA 7 d 4°C Lidoc.: 6 h TA	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>CEFTRIAXONA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3,5 ml API o lidocaína 1% <b>IVdir:</b> 1 g/10 ml API, SF o G5%, 2-4 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 15-30 min	Rec (IVdir) y Dil: 3 d TA 10 d 4°C Rec (IM): 24 h TA 3 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>CEFUROXIMA</b>	<b>IM:</b> 750 mg/3 ml API <b>IVdir:</b> 750 mg/6 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 100 ml SF o G5%, 15-60 min	Rec: 5 h TA 48 h 4°C Dil: 24 h TA 7 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>CIPROFLOXACINO</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 60 min		
<b>CLINDAMICINA</b>	<b>IM:</b> Dosis máxima 600 mg <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 300 mg/50 ml SF o G5%, 10 min 600-1200mg/100ml SF-G5%, 20-45 min	Dil: 16 d TA 32 d 4°C	No superar 30 mg/min ni conc > 12 mg/ml. InflV continua si D altas.
<b>CLORANFENICOL</b>	<b>IM:</b> 1 g/4 ml lidocaína 0,5% <b>IVdir:</b> 1 g/10 ml API o G5%, 3-5 min	Rec (en API): 7 d 4°C	
<b>CLOXACILINA</b>	<b>IM:</b> 4 ml API <b>IVdir:</b> 500 mg/10 ml API, 3-4 min	Rec: 24 h TA 4 d 4°C	El color amarillo no indica pérdida de potencia.
<b>COLISTIMETATO DE SODIO (COLIMICINA)</b>	<b>IM:</b> 2-4 ml API o SF <b>InflV:</b> SF o G5%, 1 h	Rec: 8 h TA 24 h 4°C Dil: 24 h TA	
<b>DALFOPRISTINA + QUINUPRISTINA (4°C)</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> Rec: 5 ml API o G5% Dil: 100 ml G5%, 60 min (vía central). Lavar vía antes y después con G5%.	Rec: 30 min TA Dil: 5 h TA 24 h 4°C	No mezclar con SF. Vía periférica sólo una dosis, en 250 ml G5%.

PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InflV)	OBSERVACIÓN
<b>DOXICICLINA</b> (4°C)	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> 100 mg/2 min (no recomendada) <b>InflV:</b> 100 mg/250 ml SF o G5% (conc:0,1-1 mg/ml), 1-4 h	Dil: 24 h TA 3 d 4°C Proteger LUZ	El cambio de color indica pérdida de potencia. PL durante la InflV.
<b>ERITROMICINA</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> Rec:1 g/20 ml API Dil: 100-500 ml SF, 20-60 min <b>InflV continua:</b> 1 g/L SF	Rec: 24 h TA 14 d 4°C Dil: 8 h TA	No reconstituir con SF, precipita. Muy irritante, administrar D altas en InflV continúa.
<b>ERTAPENEM</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 50 ml SF, 30 min	Dil: 24 h 4°C + 4 h TA	
<b>ESTREPTOMICINA</b>	<b>IM:</b> 1 g/3 ml API <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> NO	Rec: 24 h 4°C	
<b>FOSFOMICINA</b>	<b>IM:</b> 1 g/4 ml lidocaína 0,75% <b>IVdir:</b> 10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml G5%, 60 min	Rec: 2 d TA Dil: 24 h TA	
<b>GENTAMICINA</b>	<b>IM:</b> SI <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 50-250 ml SF o G5%, 30-120min	Dil: 24 h TA	
<b>IMIPENEM + CILASTATINA</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 100 ml SF (menor estabilidad en G5%), 500 mg/30 min	Dil: 4 h TA 24 h 4°C	Reducir velocidad InflV, si náuseas. El oscurecimiento no indica pérdida de potencia.
<b>ISONIAZIDA</b>	<b>IM:</b> SI <b>IVdir:</b> 3-5 min		
<b>LEVOFLOXACINO</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 60 min		
<b>LINEZOLID</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 30-120 min		
<b>MEROPENEM</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> 500 mg/10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-250 ml SF, 15-30 min	Rec y Dil: 8 h TA 48 h 4°C	Más inestable en G5%.
<b>METRONIDAZOL</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 30-60 min, < 25 mg/min		



PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InflV)	OBSERVACIÓN
<b>OFLOXACINO</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 30 min		
<b>PIPERACILINA+ TAZOBACTAM</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> 2 g/10 ml API, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 SF o G5%, 30 min	Rec y Dil: 48 h 4°C	
<b>RIFAMPICINA</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> Rec: 10 ml disolvente especial Dil: 600 mg/500 ml G5%, 3 h	Rec: 6 h TA 12 h 4°C Dil: uso inmediato	Menos estable en SF.
<b>SULBACTAM</b>	<b>IM:</b> 4 ml API o SF <b>IVdir:</b> 10 ml API o SF, 3-5 min <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 15-30 min	Rec y Dil: 24 h TA	
<b>SULFAMETO- XAZOL + TRIMETOPRIM</b>	<b>IM:</b> 5 ml disolvente (Trimetoprim) <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> Rec: 5 ml disolvente (Trimetoprim) Dil: (800+160) mg/250 ml SF o G5%, 60-90 min	Rec: 24 h TA Dil: 6 h TA	No recomendada vía IM.
<b>TEICOPLANINA</b>	<b>IM:</b> 3 ml API <b>IVdir:</b> 3 ml API, 1-3 min <b>InflV:</b> 50 ml SF o G5%, 20-30 min	Rec: 48 h TA 7 d 4°C Dil: 24 h 4°C	Evitar espuma y dejar reposar 15 min.
<b>TOBRAMICINA</b>	<b>IM:</b> SI <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> 50-100 ml SF o G5%, 20-60 min	Dil: 24 h TA 4 d 4°C	El oscurecimiento no significa pérdida de potencia.
<b>VANCOMICINA</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InflV:</b> Rec: 10 ml API Dil: 500 mg/100-250 ml SF o G5%, 1-2 h	Rec: 4 d 4°C Dil: 24 h TA 4 d 4°C	No superar 10 mg/min ni conc > 2,5-5 mg/ml.

PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InfIV)	OBSERVACIÓN
<b>ANTIFÚNGICOS</b>			
<b>ANFOTERICINA B "CONVEN-CIONAL"</b> (4°C)	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Rec: 10 ml API Dil: 50 mg/500 ml G5%, 2-6 h	Rec: 24 h TA 7 d 4°C Dil: uso inmediato Proteger LUZ	No usar SF ni agua con conservantes, precipita.
<b>ANFOTERICINA B "COMPLEJO LIPÍDICO"</b> (4°C)	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Dil en G5% hasta 1 mg/ml, 2 h	Dil: 48 h 4°C + 6 h a TA	No usar SF ni agua con conservantes, precipita.
<b>ANFOTERICINA B "LIPOSOMAL"</b> (4°C)	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Rec: 12 ml API Dil: G5% para conc 0,5-2 mg/ml, 30-60 min	Rec: 24 h TA 7 d 4°C Dil: 72 h TA 7 d 4°C Proteger LUZ	No usar SF ni agua con conservantes, precipita.
<b>CASPOFUN-GINA</b> (4°C)	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Rec: 10,5 ml API Dil: 100-250 ml SF, 1 h	Rec: 24 h TA Dil: 24 h TA PL 48 h 4°C PL	No usar glucosado.
<b>FLUCONAZOL</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> velocidad ≤ 10 ml/min		
<b>VORICONAZOL</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Rec: 19 ml SF Dil: SF o G5% hasta 2-5 mg/ml, máx= 3 mg/kg/h	Rec: 24 h 4°C Dil: uso inmediato	

PRINCIPIO ACTIVO	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN VOLUMEN Y TIPO DE DISOLVENTE DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	ESTABILIDAD Rec (IM, IVdir) Dil (InfIV)	OBSERVACIÓN
<b>ANTIVÍRICOS</b>			
<b>ACICLOVIR</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> Rec: 10 ml API o SF Dil: 50-250 ml SF o G5%, > 1 h, conc ≤ 7 mg/ml	Rec: 12 h TA Dil: 24 h TA	Cristaliza si ≤ 4°C. Se redissuelve a TA.
<b>GANCICLOVIR</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> SF o G5%, conc ≤ 10 mg/ml, 1 h	Dil: 12 h TA 14 d 4°C	Preparación en Farmacia (citostático).
<b>CIDOFOVIR</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> 100 ml SF, 1 h	Dil: 24 h TA-4°C	Preparación en Farmacia (citostático).
<b>FOSCARNET</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> vía central sin diluir, vía periférica diluir a 12 mg/ml con SF o G5%, > 1 h	Dil: 24 h TA-4°C	Para tratamiento de mantenimiento, administrar en 2 h.
<b>ZIDOVUDINA</b>	<b>IM:</b> NO <b>IVdir:</b> NO <b>InfIV:</b> 50 ml G5%, 1h (conc: 2-4 mg/ml)	Dil: 48 h TA-4°C	

**Abreviaturas:**

4°C:	Refrigeración	InfIV:	Infusión intravenosa
API:	Agua para inyección	IVdir:	Vía intravenosa directa
Conc:	Concentración	Lidoc.:	Disolvente especial con lidocaína
D:	Dosis	PL:	Proteger de la luz
Dil:	Dilución	Rec:	Reconstitución
G5%:	Glucosado al 5%	SF:	Cloruro Sódico al 0,9%
IM:	Vía intramuscular	TA:	Temperatura ambiente

## **ANEXO 2: PRINCIPALES ANTÍDOTOS DE INTERÉS CLÍNICO DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE FARMACIA**

Teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA: 91 - 562 04 20

<b>ANTÍDOTO</b>	<b>INTOXICACIÓN POR</b>
<b>ACETILCISTEÍNA</b> ( <i>Flumil</i> ®)	Paracetamol
<b>ALCOHOL ETÍLICO</b> ( <i>Alcohol Absoluto</i> <sup>FM</sup> )	Etilenglicol, Metanol
<b>ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA FAB</b> <i>Digitalis Antidot</i> ®	Intoxicación por digoxina (ver pág.67)
<b>ATROPINA SULFATO</b> ( <i>Atropina</i> <sup>G</sup> )	Insecticidas organo-fosforados, Anticolinesterásicos
<b>AZUL DE METILENO</b> ( <i>Azul de Metileno</i> <sup>FM</sup> )	Metahemoglobinemia
<b>CALCIO, GLUCOBIONATO 10%</b> ( <i>Calcium Sandoz</i> ®)	Antagonistas del calcio, Flúor, Magnesio
<b>DEFEROXAMINA</b> ( <i>Desferin</i> ®)	Hierro
<b>DIMERCAPROL</b> ( <i>B.A.L.</i> ®)	Arsénico, Mercurio, Oro, Plomo
<b>EDETATO DICOBÁLTICO</b> ( <i>Kelocyanor</i> ®)	Cianuro
<b>EDETATO DISÓDICO CÁLCICO</b> ( <i>Complecal</i> ®)	Cromo, Plomo
<b>FITOMENADIONA</b> ( <i>Konakion</i> ®)	Anticoagulantes cumarínicos
<b>FLUMAZENILO</b> ( <i>Flumazenilo</i> <sup>G</sup> )	Benzodiazepinas
<b>FOLINATO CÁLCICO</b> ( <i>Folidan</i> ®)	Metotrexato, Pirimetamina
<b>GLUCAGÓN</b> ( <i>Glucagon-Gen</i> ®)	Bloqueantes β-adrenérgicos
<b>GLUCOSA 33%</b> ( <i>Glucosmon</i> ®)	Antidiabéticos orales, Insulina
<b>HIDROXOCOBALAMINA</b> ( <i>Cyanokit</i> ®)	Cianuro
<b>NALOXONA</b> ( <i>Naloxone</i> ®)	Opiáceos
<b>NEOSTIGMINA</b> ( <i>Neostigmina</i> <sup>G</sup> )	Curarizantes no despolarizantes
<b>PIRIDOXINA</b> ( <i>Benadon</i> ®)	Isoniazida
<b>PRALIDOXIMA</b> ( <i>Contrathion</i> ®)	Insecticidas organofosforados
<b>PROTAMINA</b> ( <i>Protamina</i> <sup>G</sup> )	Heparina
<b>SILIBININA (SILIMARINA)</b> ( <i>Legalon SIL</i> ®)	Amanita phalloides
<b>SUERO ANTIBOTULÍNICO A+B+E</b> ( <i>Botulism Antitoxin</i> ®)	Botulismo
<b>SUERO ANTIOFÍDICO</b> ( <i>Viperfav</i> ®)	Mordedura de víboras europeas ( <i>Vipera. aspis</i> , <i>V. berus</i> o <i>V. ammodytes</i> )
<b>TIOSULFATO SÓDICO</b> ( <i>Tiosulfato Sódico</i> <sup>FM</sup> )	Cianuro

### ANEXO 3: EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

El daño producido por la extravasación de citostáticos oscila desde un eritema o induración con dolor hasta una necrosis de la dermis y estructuras subyacentes, con secuelas funcionales si se ven afectados tendones o articulaciones. Además puede prolongar la estancia hospitalaria, retrasar la administración de ciclos posteriores, aumentar la ansiedad del paciente en las siguientes administraciones e incluso provocar su negativa a continuar el tratamiento. De ahí la importancia de la prevención, la detección temprana y la rapidez de actuación con las medidas adecuadas en caso de su aparición.

IRRITANTES		VESICANTES	
Bleomicina	Fluorouracilo	Cisplatino	Vinblastina
Carboplatino	Etopósido	Dactinomicina	Vincristina
Carmustina	Ifosfamida	Daunorrubicina	Vinorelbina
Ciclofosfamida	Mitoxantrona	Doxorrubicina	
Dacarbazina	Oxaliplatino	Epirrubicina	
Docetaxel	Paclitaxel	Idarrubicina	
Doxorrubicina	Tenipósido	Mecloretamina	
liposomal	Tiotepa	Mitomicina	

#### Prevención:

1. Recurrir a personal específicamente entrenado y con experiencia en oncología para la administración de citostáticos vesicantes.
2. Elegir correctamente el lugar de punción para la administración del citostático. Elegir venas de gran calibre y dentro de éstas, por orden de preferencia: venas del antebrazo, dorso de la mano, muñeca y fosa antecubital, iniciando la punción por la parte distal de la vena. Evitar venas con problemas vasculares (flebitis, retorno venoso disminuido, ...), zonas de flexión y punciones múltiples en la misma vena.
3. Elegir el material de venopunción adecuado: se recomienda el uso de catéteres cortos de plástico de diámetro pequeño (calibre 21G ó 23G), evitando el uso de agujas metálicas con aletas (palomillas).
4. Sujetar el catéter firmemente, pero dejando visible la zona de punción e informar al paciente para que no realice movimientos bruscos con la extremidad donde se ha realizado la punción.
5. Comprobar la integridad de la vía con al menos 10 ml de SF y el retorno de la sangre antes y periódicamente durante la administración.
6. Lavar la vía antes y después de la administración de cada citostático con 5 ml de SF y al menos con 10 ml antes de extraer la aguja. El orden de administración debe ser: vesicantes, irritantes y, por último, no irritantes ni vesicantes.
7. Se recomienda administrar los citostáticos vesicantes a través de una vía central. La administración por vía periférica con bomba de perfusión debe

evitarse por su alto riesgo.

8. Vigilar durante la administración la aparición de signos de extravasación (disminución de la velocidad de infusión, ausencia de retorno venoso, eritema, induración o hinchazón en la zona de acceso venoso, palidez de la piel, piel fría o caliente) e informar al paciente para que refiera cualquier síntoma (dolor, escozor, sensación de quemazón, etc).

**Tratamiento:**

1. Detener la infusión sin retirar la vía de administración.
2. Aspirar 3-5 ml de sangre a través de la vía, con objeto de extraer la máxima cantidad de fármaco extravasado.
3. Retirar la vía de administración.
4. Sólo si aparece una ampolla subcutánea con líquido extravasado extraer su contenido con una aguja de calibre 25G.
5. Aplicar el antídoto específico si lo hubiera (ver tabla).
6. Elevar la extremidad afectada a un nivel superior al del corazón.
7. Aplicar las medidas físicas recomendadas (ver tabla).
8. No aplicar compresión en la zona afectada, evitar los vendajes.
9. Aplicar con suavidad las medidas higiénicas habituales.
10. Pautar tratamiento analgésico y antibiótico si fuera necesario.
11. Hacer seguimiento de la lesión y valorar la necesidad de cirugía.

CITOSTÁTICO	ANTÍDOTO	DOSIS	MEDIDAS FÍSICAS
Cisplatino (si conc > 0,4 mg/ml y vol extravasado >20 ml) Dacarbazina* Mecloretamina	Tiosulfato Na 10% (diluir 4ml con 6 ml de API).	Administrar SC en zona afectada de unas 6 punciones de 0,2-0,5 ml. Dosis total: 2 ml por cada 100 mg de cisplatino extravasado.	Para cisplatino: aplicar calor seco 15 min c/6 h durante 72 h.
Daunorrubicina Doxorrubicina Epirubicina Idarrubicina Mitomicina*	Dimetilsulfóxido 99% sol 10 ml.	Aplicación tópica alrededor del punto de extravasación, en el doble del área afectada, 4 gts/10 cm <sup>2</sup> de piel. Secar al aire. Repetir c/4-6 h, durante 3-14 días.	Aplicar frío 15 min c/6 h durante 72 h.
Vincristina Vinblastina Vinorelbina Etopósido Tenipósido	Hialuronidasa 150 TRU (reconstituir con 1 ml de API o SF).	Administrar en la zona afectada 5 inyecciones SC de 0,2 ml.	Aplicar calor seco 15 min c/6 h durante 72 h.

\*Evitar fotoexposición

## **ANEXO 4: MONITORIZACIÓN DE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE MEDICAMENTOS**

### **INDICACIONES**

La MONITORIZACIÓN tiene la finalidad de optimizar el uso terapéutico de ciertos medicamentos (ver tabla) y sólo está INDICADA cuando el ajuste de dosis y la supervisión del tratamiento no puede efectuarse por los métodos clínicos habituales.

Se REQUIERE que el tratamiento se haya mantenido estable durante un cierto tiempo antes de efectuar la monitorización. Este periodo varía según los casos (ver tabla).

### **PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN**

HOJA DE PETICIÓN: impreso modelo H.C.U.V. 353 cumplimentado en todos sus apartados, ya que la falta de datos ocasiona que no pueda informarse el resultado.

MUESTRAS A REMITIR EN GENERAL (ver Precauciones en la Tabla):

- Tomar una muestra basal (5 minutos antes de una de las dosis del día).  
En tubo para suero (tapón rojo con gel sin anticoagulantes).  
Con 4 ml de sangre (no tomar de la vía de infusión del fármaco).
- En infusión IV continua, tomar la muestra en cualquier momento después de estabilizada la infusión.
- En recién nacidos, bastan 2 ml de sangre en microtubos.
- En CASO DE DUDA: remitir sólo la hoja de petición y solicitar instrucciones para la toma de muestras.

ENVÍO DE LAS MUESTRAS:

Laboratorio de Farmacología Clínica.  
Planta baja -Laboratorio central- Técnicas especiales  
Teléfono: 20146

FUERA DE HORARIO: cuando no se pueda remitir la muestra de inmediato al Laboratorio, se separará el suero/plasma de las células y se conservará congelado hasta su envío (excepto en muestras de ciclosporina).

### **INFORME DE RESULTADOS**

El informe se emite en 24 h para pacientes ingresados y en 4 días de media en el caso de consultas externas.

Puede obtenerse en el día, en casos urgentes, solicitándolo de antemano.

MEDICAMENTOS MONITORIZADOS DE RUTINA (1)	INTERVALOS TERAPÉUTICOS (2)	TIEMPO DE TRATAMIENTO REQUERIDO Y PRECAUCIONES (3)
<b>AMIKACINA</b>	B: < 10 mg/l PD: 20-25 mg/l	12-24 h 2ª MUESTRA "post-dosis": a los 30 min de finalizar la infusión de la dosis.
<b>CARBAMAZEPINA</b>	5-12 mg/l	7 días
<b>CICLOSPORINA (en sangre)</b>	100-250 mcg/l	3 días Sangre completa. Tubo con anticoagulante EDTA (tapón morado). No separar el plasma. Puede conservarse a temperatura ambiente.
<b>DIGOXINA</b>	0,8-2 mcg/l	7 días o 24 h si se da dosis de carga.
<b>FENITOINA</b>	10-20 mg/l	7 días
<b>FENOBARBITAL</b>	15-40 mg/l	15 días
<b>GENTAMICINA</b>	B: < 2 mg/l PD: 5-10 mg/l	12-24 h 2ª MUESTRA "post-dosis": a los 30 min de finalizar la infusión de la dosis.
<b>METOTREXATO</b>	según protocolo	48 h después del inicio de la infusión. Proteger la muestra de la luz con papel opaco.
<b>TACROLIMUS (en sangre)</b>	5-15 mcg/l	3 días Sangre completa. Tubo con anticoagulante EDTA (tapón morado). No separar el plasma. Puede conservarse a temperatura ambiente.
<b>TEOFILINA</b>	10-20 mg/l	48 h Si es Teofilina retardada puede tomarse la muestra 4 h post-dosis.
<b>TOBRAMICINA</b>	B: < 2 mg/l PD: 5-10 mg/l	12-24 h 2ª MUESTRA "post-dosis": a los 30 min de finalizar la infusión de la dosis.
<b>VALPROICO</b>	50-100 mg/l	4 días
<b>VANCOMICINA</b>	B: 5-10 mg/l PD: 30-40 mg/l	24-48 h 2ª MUESTRA "post-dosis": a los 60 min de finalizar la infusión de la dosis.

B: basal, PD: post-dosis.

- (1) Para otros fármacos, contactar con el Laboratorio de Farmacología (teléfono: 20 146).
- (2) **IMPORTANTE:** Los Intervalos Terapéuticos NO SON valores "normales" sino concentraciones con las que se obtiene la máxima probabilidad de eficacia y el riesgo mínimo de efectos adversos, siempre y cuando se alcancen en el momento oportuno (corresponde en cada caso con el momento de toma de la muestra).
- (3) El tiempo de tratamiento estable que se indica es el **MÍNIMO NECESARIO** para alcanzar el equilibrio farmacocinético, en sujetos con aclaramiento de fármaco dentro de límites normales. En otros casos, consultar con el Laboratorio de Farmacología Clínica.



## ANEXO 5: GESTIÓN DE BOTIQUINES

### SÍMBOLOS en el CARTONAJE:

- Dispensación con Receta Médica.
- Psicotropo.
- Estupefaciente.
- ⌘ Caducidad inferior a 5 años.
- ✱ Medicamento termolábil, conservar entre 4-8°C.
- ☢ Material radioactivo.
- DH Medicamento de Diagnóstico Hospitalario.
- H Medicamento de Uso Hospitalario.
- ECM Medicamento de Especial Control Médico.
- TLD Tratamiento de Larga Duración.
- E.F.P. Especialidad Farmacéutica Publicitaria.

### SÍMBOLOS en el CUPON PRECINTO:

- Especialidad de aportación reducida.
- ▲ Especialidad de Diagnóstico Hospitalario.

### RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE BOTIQUINES:

- ▶ Almacenar los medicamentos no termolábiles en un lugar protegido de la luz y del calor. Los medicamentos termolábiles (símbolo ✱ o F) se colocarán en el frigorífico, a ser posible en una zona separada de los alimentos y los estupefacientes (símbolo ● o E) en caja de seguridad.
- ▶ Los medicamentos se ordenarán por vía de administración (oral, parenteral, tópica, ...) y dentro de cada vía, por orden alfabético. Si se dispone de contenedores, no debe haber más de una especialidad por cajetín y éste debe estar adecuadamente rotulado. Colocar la medicación de acuerdo a su caducidad, la de caducidad más próxima delante.
- ▶ Todos los medicamentos deben de estar totalmente identificados con: nombre comercial, genérico, dosis, forma farmacéutica, lote, caducidad y condiciones especiales de conservación. Siempre que sea posible, dejarlos dentro de sus envases originales (etiquetado perfecto, fácil localización y protección de la luz). Empezar los blíster por el extremo opuesto al que tiene impreso el lote/caducidad y no cortarlos si cada unidad no queda correctamente etiquetada. Ante cualquier duda en la identificación de un medicamento, devolverlo al Servicio de Farmacia.
- ▶ Mantener el stock según listado consensuado con el Servicio de Farmacia, un volumen excesivo complica su gestión, es fuente de errores y deteriora medicación. Al menos una vez al mes, hacer una revisión y devolver a

Farmacia todos los medicamentos que no se estén utilizando acompañados de un listado donde conste especialidad y cantidad. Los medicamentos caducados se devolverán a Farmacia aparte y con la rotulación de "medicamentos caducados".

- ▶ Los viales multidosis (insulina, heparina), una vez abiertos, rotular con la fecha de apertura, proteger con parafilm, conservar en frigorífico y desechar a los 7 días de la fecha de inicio. No empezar un vial nuevo hasta terminar el anterior.
- ▶ No almacenar muestras gratuitas (la legislación prohíbe su existencia en los botiquines), ni ninguna especialidad en envase normal sin cupón precinto o con el cupón precinto sin anular.
- ▶ Carro de parada: incluir un listado con los medicamentos y cantidades. Realizar una revisión del contenido cada vez que se utilice, reponiendo existencias. Renovar como mínimo 2 veces al año.

## **ANEXO 6: FARMACOVIGILANCIA**

Cuando se comercializa un medicamento, existen puntos en cuanto a su seguridad que no han podido aclararse con los ensayos clínicos previos: reacciones adversas de baja incidencia o en pacientes con patologías concurrentes, reacciones adversas en personas expuestas durante periodos prolongados, interacciones, etc. Sólo con el uso a mayor escala del nuevo producto y con la colaboración de los profesionales sanitarios, podremos saber hasta dónde llega realmente la seguridad de dicho fármaco.

El hospital es una fuente importante de datos por las reacciones graves que pueden recogerse y por el seguimiento exhaustivo realizado a los pacientes. Cualquier médico o enfermera que sospeche una reacción adversa por extraña que parezca, debe notificarlo. Son de especial interés las reacciones graves y las producidas por medicamentos de reciente comercialización, pero deben notificarse todas las reacciones, aunque nos parezcan sobradamente conocidas. Esta notificación junto con muchas otras coincidentes, alertará a las autoridades sanitarias, que tomarán las medidas oportunas.

La notificación se lleva a cabo mediante la "Tarjeta Amarilla", impreso que recoge la mínima información necesaria para evaluar la sospecha de una reacción adversa a un fármaco. Ésta debe enviarse al Centro Regional de Farmacovigilancia de Castilla y León que se encuentra en la Facultad de Medicina, encargado de recoger todas las notificaciones, evaluarlas e informar posteriormente sobre estas reacciones adversas.

El Servicio de Farmacia está disponible para colaborar ante cualquier duda que pueda surgir a la hora de notificar una reacción adversa.

## **TARJETA AMARILLA**

## ANEXO 7: EMETOGENICIDAD DE LOS CITOSTÁTICOS

En la prevención de la emesis por quimioterapia considerar inicialmente el potencial emetógeno de la quimioterapia a administrar. Si la emetogenicidad < 10% no es necesario administrar profilaxis, si es 10-30% administrar dexametasona y si es > 30 % administrar dexametasona + ondansetrón.

Identificar el agente más emetógeno de la combinación y considerar la contribución de los otros agentes usando las siguientes directrices:

- (1) Los agentes del nivel 1 no contribuyen a la emetogenicidad de un régimen dado.
- (2) Añadir uno o más agentes del nivel 2 incrementa la emetogenicidad un nivel por encima del que corresponde al agente más emetógeno de la combinación.
- (3) Añadir agentes del nivel 3 y 4 incrementa la emetogenicidad de la combinación un nivel por cada agente añadido.

### Nivel 1 (Frecuencia < 10 %)

Bleomicina  
Clorambucilo  
Cladribina  
Fludarabina  
Hidroxiurea  
Interferón  
Melfalan (oral)  
Mercaptopurina  
Metotrexato (= 50 mg/m<sup>2</sup>)<sup>a</sup>  
Tretinoína  
Vinblastina  
Vincristina  
Vinorelbina

### Nivel 2 (Frecuencia 10 - 30%)

Asparaginasa  
Citarabina (< 1g/m<sup>2</sup>)<sup>a</sup>  
Docetaxel  
Doxorubicina (< 20 mg/m<sup>2</sup>)  
Etopósido  
Fluorouracilo (< 1g/m<sup>2</sup>)  
Gemcitabina  
Metotrexato (50 - 250 mg/m<sup>2</sup>)  
Mitomicina  
Paclitaxel  
Tenipósido  
Topotecán

### Nivel 3 (Frecuencia 30 - 60%)

Actinomicina D < 1,5 g/m<sup>2</sup>)  
Ciclofosfamida (= 750 mg/m<sup>2</sup> IV)  
Doxorubicina (20-60 mg/m<sup>2</sup>)  
Epirubicina (= 90 mg/m<sup>2</sup>)  
Idarubicina  
Ifosfamida  
Interleukina II<sup>b</sup>  
Metotrexato (250-1000mg/m<sup>2</sup>)  
Mitoxantrona (= 15 mg/m<sup>2</sup>)

### Nivel 4 (Frecuencia 60-90%)

Carboplatino  
Carmustina (< 250 mg/m<sup>2</sup>)  
Cisplatino (< 50 mg/m<sup>2</sup>)  
Ciclofosfamida (750-1500mg/m<sup>2</sup>)  
Citarabina (= 1g/m<sup>2</sup>)  
Actinomicina D (= 1,5 g/m<sup>2</sup>)  
Doxorubicina (> 60 mg/m<sup>2</sup>)  
Irinotecán  
Melfalán (IV)  
Metotrexato (=1 000mg/m<sup>2</sup>)  
Mitoxantrona (>15g/m<sup>2</sup>)  
Procarbazina (oral)

### Nivel 5 (Frecuencia > 90%)

Carmustina (> 250 mg/m<sup>2</sup>)  
Ciclofosfamida (> 1500 mg/m<sup>2</sup>)  
Cisplatino (= 50 mg/m<sup>2</sup>)  
Dacarbazina (= 500 mg/m<sup>2</sup>)  
Lomustina (> 60 mg/m<sup>2</sup>)  
Actinomicina D (< 1,5 mg /m<sup>2</sup>)

<sup>a</sup> Cuando el metotrexato y la citarabina son coadministrados intratecalmente a pacientes pediátricos, el nivel de emetogenicidad se incrementa al nivel 3.

<sup>b</sup> No debe utilizarse como antiemético los corticoides.

## ANEXO 8: MEDICAMENTOS Y EMBARAZO

Medicamentos incluidos en la Guía de las categorías D o X de la FDA:

Acenocumarol . . . . .	D (1 <sup>er</sup> y 3 <sup>er</sup> T)	Flutamida . . . . .	D
Ácido Acetohidroxámico . . . . .	X	Gemcitabina . . . . .	D
Ácido Valproico . . . . .	D	Gentamicina . . . . .	D
Acitretina . . . . .	X	Ifosfamida . . . . .	D
Alprazolam . . . . .	D	Ioduro potásico . . . . .	D
Amikacina . . . . .	D	Irbesartán . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)
Anastrozol . . . . .	D	Irinotecán . . . . .	D
Aspirina . . . . .	D (3 <sup>er</sup> T)*	Leuprorelina . . . . .	X
Azatioprina . . . . .	D	Lisinopriilo . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)
Bleomicina . . . . .	D	Litio . . . . .	D
Bromazepam . . . . .	D	Lomustina . . . . .	D
Captoprillo . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)	Lorazepam . . . . .	D
Carbamazepina . . . . .	D	Lormetazepam . . . . .	D
Carboplatino . . . . .	D	Losartán . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)
Carmustina . . . . .	D	Medroxiprogesterona . . . . .	X
Carbimazol . . . . .	D	Megestrol . . . . .	X
Ciclofosfamida . . . . .	D	Melfalán . . . . .	D
Cisplatino . . . . .	D	Mercaptopurina . . . . .	D
Citarabina . . . . .	D	Metimazol . . . . .	D
Cladribina . . . . .	D	Metotrexato . . . . .	X
Clobazam . . . . .	D	Midazolam . . . . .	D
Clorambucilo . . . . .	D	Misoprostol . . . . .	X
Clorazepato dipotásico . . . . .	D	Mitomicina . . . . .	D
Cloroquina . . . . .	D <sup>#</sup>	Mitoxantrona . . . . .	D
Cotrimoxazol . . . . .	D (3 <sup>er</sup> T)	Paclitaxel . . . . .	D
Daunorubicina . . . . .	D	Povidona iodada . . . . .	D
Diazepam . . . . .	D	Procarbazina . . . . .	D
Docetaxel . . . . .	D	Propiltiouracilo . . . . .	D
Doxiciclina . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)	Retinol (D>3.300 UI/d) . . . . .	X
Doxorubicina . . . . .	D	Ribavirina . . . . .	X
Doxorubicina Liposomal . . . . .	D	Sulfadiazina . . . . .	D (3 <sup>er</sup> T)
Enalapriilo . . . . .	D (2 <sup>o</sup> y 3 <sup>er</sup> T)	Talidomida . . . . .	X
Epirubicina . . . . .	D	Tamoxifeno . . . . .	D
Ergotamina . . . . .	X	Tenipósido . . . . .	D
Estreptomocina . . . . .	D	Tobramicina . . . . .	D
Etopósido . . . . .	D	Tretinoína (sistémico) . . . . .	D
Fenitoína . . . . .	D	Triamcinolona . . . . .	D (1 <sup>er</sup> T)
Fenobarbital . . . . .	D	Vinblastina . . . . .	D
Finasterida . . . . .	X	Vincristina . . . . .	D
Fludarabina . . . . .	D	Vinorelbina . . . . .	D
Flunitrazepam . . . . .	D	Voriconazol . . . . .	D
Fluorouracilo . . . . .	D		

\* A dosis plenas.

# Tto de malaria, categoría C en profilaxis de malaria.

Clasificación de los fármacos en función del riesgo fetal durante el embarazo (FDA):

**Categoría A:**

Estudios controlados en mujeres no han demostrado riesgo para el feto en el 1<sup>er</sup> trimestre (y no hay evidencia de riesgo en los últimos trimestres). La posibilidad de alteraciones fetales parece remota.

**Categoría B:**

Estudios de reproducción en animales no ha demostrado riesgo fetal, pero no hay estudios controlados en mujeres gestantes, o bien, estudios de reproducción en animales han mostrado un efecto adverso (diferente a un descenso de fertilidad) que no ha sido confirmado en estudios controlados en mujeres gestantes durante el 1<sup>er</sup> trimestre (y no hay evidencia de riesgo en los últimos trimestres).

**Categoría C:**

Estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto (teratogénicos, embriocidas u otros) y no hay estudios controlados en mujeres; o bien, no hay estudios disponibles ni en mujeres ni en animales. Los fármacos en este grupo sólo deberán tomarse si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.

**Categoría D:**

Existe evidencia positiva de riesgo fetal humano, pero los beneficios de su uso en mujeres gestantes pueden ser aceptables a pesar del riesgo (ej: si el fármaco es necesario en una situación de peligro vital o para una enfermedad grave para la que fármacos más seguros no se pueden emplear o son inefectivos).

**Categoría X:**

Estudios en animales o en humanos han demostrado anomalías fetales, o existe evidencia de riesgo fetal basado en la experiencia en humanos o ambas. El riesgo de uso de fármacos en mujer gestante sobrepasa claramente cualquier posible beneficio. El fármaco está contraindicado en mujeres que están o pueden estar embarazadas.

## **ANEXO 9: IMPRESOS**

### 1.- SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS

## 2.- IMPRESO DE ÓRDENES MÉDICAS (DOSIS UNITARIA)



### 3.- IMPRESO DE ÓRDENES MÉDICAS (1ª prescripción en OMI)

#### 4.- IMPRESO DE ÓRDENES MÉDICAS (PETICIÓN POR PACIENTE/DÍA)

## 5.- PETICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA BOTIQUÍN DE PLANTA

6.- PETICIÓN DE MEZCLAS DE GRAN VOLUMEN Y FÓRMULAS NORMALIZADAS

## 7.- RECETA DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS

## 8.- IMPRESO DE PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

## 9.- IMPRESO DE ÓRDENES MÉDICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS

## 10.- SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRINGIDO



## 11.- SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PROTOCOLO DE FARMACOTERAPIA

12.- INFORME CLÍNICO “MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO”

13.- ORDEN DE DISPENSACIÓN DE ESPECIALIDADES DE USO HOSPITALARIO

## ÍNDICE ALFABÉTICO (PRINCIPIOS ACTIVOS y especialidades)

3TC	121	ADENOSINA	67
5-FLUOROCITOSINA	116	ADH	97
AAS	49, 141, 153	Adiro	49
ABACAVIR	120	ADRENALINA	70
Abboplegisol	81	ADRIAMICINA	134
ABCIXIMAB	49	Aero Red	24
Abelcet	115	Aflun	186
Acalka	96	Agrastat	50
ACARBOSA	35	AGUA BIDEUTILADA	61
ACEITE DE ALMENDRAS	83	AGUA OXIGENADA	89, 90
ACEITE DE PARAFINA	30	AK-Fluor	197
ACEITE IODADO	196	Akineton	157
Aceite Salicilado 10%	86	ALBENDAZOL	171
Aceite Salicilado 5%	86	ALBÚMINA HUMANA	58
ACENOCUMAROL	45	Alcoholcel 70	90
Acetato Potásico	40	Alcohol Absoluto	190, 205
ACETAZOLAMIDA	78	ALCOHOL DE ROMERO	143
ACETILCISTEINA	177, 190, 205	ALCOHOL ETÍLICO	89, 90, 190
ACETILCOLINA	183	ALCOHOL POLIVINÍLICO	185
Acfol	54	Aldactone 100	77
ACICLOVIR	87, 119, 183	Aldactone-A	77
ÁCIDO ACÉTICO	90	ALDESLEUKINA	137
Ácido acético sol	89	Aldoleo	78
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	49, 141, 153	Aldomet	73
ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO	96	Aldomet Forte	73
ÁCIDO ASCÓRBICO	38	ALENDRÓNICO, ÁCIDO	195
ÁCIDO FLUFENAMICO + OTROS	143	Aleudrina	70, 176
ÁCIDO FÓLICO	54	ALFA-1-ANTITRIPSINA	179
ÁCIDO FUSÍDICO	86	ALFENTANILO	150
ÁCIDO IOPANOICO	196	ALGEDRATO	24
ÁCIDO MEFENÁMICO	141, 153	ALMAGATO	24
ÁCIDO SALICÍLICO + ACEITE OLIVA	86	Almax	24
ÁCIDO SALICÍLICO + VASELINA	86	Almax Forte	24
ÁCIDO TRANEXÁMICO	51	ALMIDÓN + BREA DE HULLA + ÓXIDO DE ZINC + VASELINA	85
ÁCIDO VALPROICO	155	ALMIDÓN + ÓXIDO DE ZINC	83
ACITRETINA	85	ALOPURINOL	145
ACTH	98	Alphagan	183
Actilyse	64	ALPRAZOLAM	161
ACTINOMICINA D	133	ALPROSTADILO	80
Actithiol Adultos	177	ALPROSTADILO, CICLODEXTRINA	80
Actithiol Infantil	177	ALTEPLASA	64
Actocortina	100	ALUMINIO Y MAGNESIO, HIDROXICARBONATO	24
Actrapid	34	Amaryl	35
Adalat	72	Ambisome	115
ADALIMUMAB	187	Amchafibrin	51
Adenocor	67		
Adenoscan	67		

Ameride	78	Astonin	99
AMIDOTRIZOATO (MEGLUMÍNICO+Ca+Na)	196	Atarax	162, 178
AMIDOTRIZOATO (MEGLUMÍNICO+Na)	196	ATAZANAVIR	122
AMIFOSTINA	191	ATENOLOL	81
AMIKACINA	111	ATOSIBAN	94
AMILASA + LIPASA + PROTEASA	34	ATRACURIO	143
AMILORIDA + HIDROCLOROTIAZIDA	78	ATROPINA	27, 184, 205
AMINOÁCIDOS	58	ATROPINA + ESCOPOLAMINA +	
Aminopaed	58	FENILEFRINA	184
Aminosteril	58	Atrovent	174
Aminosteril® N-HEPA	58	Augmentine	106
AMIODARONA	68	Auxina A + E	39
AMITRIPTILINA	164	Auxina A Masiva	37
AMLODIPINA	72	Auxina E	39
AMONIO, CLORURO	63	Avonex	189
AMOXICILINA	107	Azactam	112
AMOXICILINA + ÁC. CLAVULÁNICO	106	AZATIOPRINA	187
AMPICILINA	107	AZELASTINA	186
Anafranil	164	AZITROMICINA	110
ANASTROZOL	139	AZT	121
Anatoxal Tedi	127	AZTREONAM	112
Anatoxal-Te	128	AZUL DE ISOSULFANO	197
Anbinex	45	AZUL DE METILENO	191, 197, 205
Ancotil	116	Azul de Metileno 1%	197
Androcur	95	AZUL PATENTE	197
ANFOTERICINA B	115	B.A.L.	191
ANFOTERICINA B "COMPLEJO LIPÍDICO"	115	B.S.S. Irrigación	186
ANFOTERICINA B "LIPOSÓMICA"	115	BACITRACINA + NEOMICINA +	
Antaxone	190	POLIMIXINA B	90
Anticongestiva Cusi	83	BACITRACINA + OTROS	173
Anticude	167	BACLOFENO	144
Antigrietun	88	Bactroban	86
ANTIMONIATO DE MEGLUMINA	172	Barigraf	196
ANTITROMBINA III	45	BARIO, SULFATO	196
Apo Go Pen	157	BASILIXIMAB	187
Apocard	68	Baycip Ótico	186
APOMORFINA	157	BCNU	129
APRACLONIDINA	183	Becló Asma	174
APROTININA	51	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO	88, 174
Aqua Ecolav	62	Becozyme C Forte	38
Aqucilina	106	Beloken	82
Aranesp	55	Benadon	38
Argenpal	91	BENCIDAMIDA	95
Aricept	167	BENCILPENICILINA (BENZATINA +	
Arimidex	139	PROCAÍNA + POTÁSICA)	106
Artane	158	BENCILPENICILINA SÓDICA	105
ARTICAÍNA	148	BENCILPENICILINA-BENZATINA	106
ASPARAGINASA	135	BENCILPENICILINA-PROCAÍNA	106
Aspirina	141, 153	Beneflur	131
Aspirina Masticable	49	Benerva	37
Astenolit	42	BENZALCONIO + SULFATO AI-K	89, 93

BENZETONIO + ÓXIDO ZINC + RETINOL . . .	83	CALAMINA + TALCO . . . . .	85
BENZOATO DE BENCILO + BENZALCONIO +		CALCIFEDIOL . . . . .	36
AMINOÁCIDOS . . . . .	91	Calcijex . . . . .	37
BENZOCAÍNA + CLORHEXIDINA +		CALCIO, CARBONATO . . . . .	39
TIOTRICINA . . . . .	173	CALCIO, CLORURO . . . . .	39
Bephantene . . . . .	38	CALCIO, GLUCOBIONATO . . . . .	39, 205
Besitran . . . . .	166	CALCIO, LACTATO-GLUCONATO +	
Betadine . . . . .	90	CALCIO, CARBONATO . . . . .	40
Betadine Bucal . . . . .	23	Calcitonina . . . . .	103
Betadine Vaginal . . . . .	93	CALCITONINA DE SALMÓN . . . . .	103
Betaferon . . . . .	189	CALCITRIOL . . . . .	37
Betamaz . . . . .	114	Calcium Sandoz . . . . .	39
BETAMETASONA (ACETATO + FOSFATO) . .	99	Calcium Sandoz Forte . . . . .	40
BETAMETASONA + GENTAMICINA . . . . .	88	Campto . . . . .	132
Biberón Glucosa . . . . .	43	Canadiol . . . . .	116
Bicarbonato Sódico . . . . .	24	Canesten . . . . .	83
Bicarbonato Sódico 1 M . . . . .	63	CANRENOATO POTÁSICO . . . . .	77
Bicarbonato Sódico 1/6 M . . . . .	63	CAPD-2 . . . . .	62
Bicnu . . . . .	129	CAPD-3 . . . . .	62
Biocoryl . . . . .	69	CAPD-4 . . . . .	62
BIPERIDENO . . . . .	157	Capoten . . . . .	75
BISACODILO . . . . .	30	CAPTOPRILO . . . . .	75
BISOPROLOL . . . . .	81	CARBAMAZEPINA . . . . .	155
BLEOMICINA . . . . .	134	CARBIMAZOL . . . . .	102
Boi-K . . . . .	40	CARBOCISTEÍNA . . . . .	177
Boi-K Aspártico . . . . .	40	CARBÓN ACTIVADO . . . . .	42
Bonefos . . . . .	195	CARBOPLATINO . . . . .	135
BOSENTAN . . . . .	76	Carduran Neo . . . . .	75
Botox . . . . .	168	Cariax Gingival . . . . .	23
Botulism Antitoxin . . . . .	126	CARMELOSA . . . . .	185
Brainal . . . . .	72	CARMUSTINA . . . . .	129
Brea de Hulla Pomada . . . . .	85	Carnicor . . . . .	80
Brentan . . . . .	88	CARNITINA . . . . .	80
BRETILIO, TOSILATO . . . . .	68	CARVEDILOL . . . . .	74
Bretylate . . . . .	68	CASPOFUNGINA . . . . .	115
Brevibloc . . . . .	81	Catapresan . . . . .	73
BRIMONIDINA . . . . .	183	Cathejell . . . . .	149
Brizolina . . . . .	108	CCNU . . . . .	130
BROMAZEPAM . . . . .	162	Cebion . . . . .	38
Bucometasana . . . . .	173	Ceenu . . . . .	130
BUDESONIDA . . . . .	173, 174	CEFALEXINA . . . . .	107
BUPIVACAÍNA . . . . .	148	CEFAZOLINA . . . . .	108
Bupivacaína Hiperbárica . . . . .	148	CEFEPIMA . . . . .	109
BUPRENORFINA . . . . .	151	CEFIXIMA . . . . .	108
Buprex . . . . .	151	CEFONICID . . . . .	108
Buscapina . . . . .	27	CEFOTAXIMA . . . . .	108
BUTILESCOPOLAMINA, BROMURO . . . . .	27	CEFOXITINA . . . . .	109
CABERGOLINA . . . . .	95	CEFTAZIDIMA . . . . .	109
Caelyx . . . . .	134	CEFTRIAXONA . . . . .	108
CAFEÍNA, CITRATO . . . . .	175	CEFUROXIMA . . . . .	109
Cafergot . . . . .	155	CEFUROXIMA-AXETILO . . . . .	109

Celestoderm Gentamicina .....	88	CLORTALIDONA + ESPIRONOLACTONA ...	78
Celestone Cronodose .....	99	CLORTETRACICLINA .....	181
Cellcept .....	188	Clorurado Hipertónico .....	61
Cemidon .....	118	Cloruro Amónico 1/6 M .....	63
Cemidon 150 B6 .....	118	Cloruro Cálculo .....	39
Cepacilina .....	106	Cloruro Mórlico .....	152
Cernevit .....	36	Cloruro Potásico .....	40
CIANOCOBALAMINA .....	38, 54	Cloruro Sódico .....	62
CIANOCOBALAMINA + PIRIDOXINA +		Cloruro Sódico 0,45% .....	61
TIAMINA .....	37	Cloruro Sódico 20% .....	63
Ciclofalina .....	167	CLOSTRIDIOPEPTIDASA A + PROTEASA ...	84
CICLOFOSFAMIDA .....	129	CLOTTRIMAZOL .....	83, 93
CICLOPENTOLATO .....	184	CLOXACILINA .....	106
CICLOSPORINA .....	187	CLOZAPINA .....	159
CIDOFOVIR .....	119	Cod-efferalgan .....	153
CIPROFLOXACINO .....	117, 181, 186	CODEÍNA .....	151, 178
CIPROTERONA, ACETATO .....	95	CODEÍNA + PARACETAMOL .....	153
Cisordinol .....	161	Codeisan .....	151, 178
CISPLATINO .....	136	COLCHICINA .....	145
CITALOPRAM .....	164	COLECALCIFEROL .....	37
CITARABINA .....	131	Colegraf .....	196
CITICOLINA .....	166	COLESTIRAMINA .....	56
Citrato de Cafeína .....	175	COLIMICINA .....	112
CITRATO POTÁSICO .....	96	Colircusi Anestésico .....	185
CITRATO SÓDICO + LAURIL SULFATO Na ..	31	Colircusi Anestésico Doble .....	185
CLADRIBINA .....	131	Colircusi Atropina .....	184
Claforan .....	108	Colircusi Aureomicina .....	181
CLARITROMICINA .....	110	Colircusi Ciclopléjico .....	184
Clarityne .....	179	Colircusi Fenilefrina .....	184
Claversal .....	33	Colircusi Fluotest .....	186
Clavumox .....	106	Colircusi Gentadexa .....	182
CLEMASTINA .....	178	Colircusi Gentamicina 1 .....	182
Clexane .....	46	Colircusi Gentamicina 1/2 .....	182
CLINDAMICINA .....	111	Colircusi Medrivas .....	182
CLOBAZAM .....	162	Colircusi Pilocarpina .....	184
CLODRONATO DISÓDICO .....	195	Colircusi Tropicamida .....	185
CLOMETIAZOL .....	163	Colirio Llorens Midriático .....	184
CLOMIPRAMINA .....	164	COLISTIMETATO DE SODIO .....	112
CLONAZEPAM .....	156	COLISTINA .....	112
CLONIDINA .....	73	Complecal .....	192
CLONIXINATO DE LISINA .....	153	COMPLEJO B + VITAMINA C .....	38
CLOPIDOGREL .....	49	COMPLEJO GLICEROBÓRICO + OTROS ...	84
CLORAMBUCILO .....	129	COMPLEJO MULTIVITAMÍNICO .....	36
CLORANFENICOL .....	105	COMPLEJO MULTIVITAMÍNICO CON	
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO .....	162	MINERALES .....	36
CLORHEXIDINA .....	89, 90	Conrathion .....	193
CLORHEXIDINA + SODIO, FLUORURO .....	23	Copaxone .....	189
Cloroetilo Chemirosa .....	148	Coropres .....	74
CLOROQUINA .....	169	Corotrope .....	67
CLORPROMAZINA .....	159	Cortenema .....	79
CLORTALIDONA .....	77	Cortidene Depot .....	101

Coslan	141, 153	Dianeal PD1	62
Cosmegen	133	DIAZEPAM	144, 156, 162
COTRIMOXAZOL	117, 170	Diazepan	156
Cozaar	76	DIAZOXIDO	42
Crixivan	122	Dibenyline	74
Cromatonbic Ferro	53	DICLOFENAC	141, 143, 153
Cusimolol	184	DICLOFENACO	186
Cyanokit	192	Diclofenaco Oftal	186
Cymevene	120	DIDANOSINA	120
Cytotec	26	DIGOXINA	67
D4T	120	DIHIDROERGOTOXINA	78
DACARBAZINA	130	DIHIDROQUINIDINA	68
Dacortin	101	DILTIAZEM	72
DACTINOMICINA	133	DIMERCAPROL	191, 205
Dalacin	111	DIMETICONA	24
DALFOPRISTINA + QUINUPRISTINA	112	DIMETICONA + ÓXIDO DE ZINC	84
Dantralen	144	DIMETILSULFÓXIDO	191
Dantrium	144	DINOPROSTONA	94
DANTROLENO	144	DIPIRIDAMOL	49
Daonil	35	DIPIRONA MAGNÉSICA	154
DAPSONA	128	Disgren	51
Daraprim	169	Disperbarium	196
DARBEPOTEIN	55	Distraneurine	163
Daunoblastina	134	Ditropan	96
DAUNORUBICINA	134	DOBUTAMINA	70
DDC	121	DOCETAXEL	136
DDI	120	Dogmatil	161
DEFEROXAMINA	191, 205	Dolalgial	153
DEFLAZACORT	101	Dolantina	152
Denvar	108	DONEZEPILO	167
Depakine	155	DOPAMINA	70
Depakine Crono	155	Dopergin	158
Dermosa Hidrocortisona	87	DORNASA ALFA	179
Desferin	191	Dostinex	95
DESMOPRESINA	97	DOXAZOSINA	75
DEXAMETASONA	99, 182	DOXICICLINA	105
DEXAMETASONA + GENTAMICINA + TETRIZOLINA	182	DOXORUBICINA	134
DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA B	183	DOXORUBICINA LIPOSOMAL	134
DEXAMETASONA + TOBRAMICINA + BENZALCONIO	183	Droal	154
DEXCLORFENIRAMINA	178	DROTRECOGINA	46
DEXPANTENOL	38	Dulco-Laxo	30
DEXTRANO-40	57	Duphalac	32
DEXTROMETORFANO	178	Durogesic	151
DEXTROSA	60	Duspatalin	28
Dezacor	101	E. ANGUSTIFOLIA + PRUNUS AFRICANA + SERENOA REPENS	96
Diafusor	71	Edemox	78
Diamicron	35	EDETATO DICOBÁLTICO	192, 205
Dianben	36	EDETATO DISÓDICO-CÁLCICO	192, 205
		EDROFONIO, BROMURO	167
		EFAVIRENZ	121



EFEDRINA .....	70	Extraneal .....	62
Elixifilin .....	176	FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS	
Eloxatin .....	137	DE GRANULOCITOS .....	65
EMLA .....	149	FACTOR IX .....	52
Emolytar .....	85	FACTOR VII ACTIVADO .....	52
EMULSIÓN HIDRATANTE .....	84	FACTOR VIII .....	52
ENALAPRILO .....	76	FACTORES II, VII, IX, X .....	52
Enbrel .....	188	FAMOTIDINA .....	25
Enema Casen .....	31	Fanhdi .....	52
Engerix-B .....	127	Farlutal .....	139
ENOXAPARINA .....	46	Farmorubicina .....	134
EOSINA YELLOW .....	91	Feldene .....	142
Epanutin .....	156	FENILEFRINA .....	184
Ephynal .....	39	FENITOÍNA .....	68, 156
EPIRUBICINA .....	134	FENOBARBITAL .....	156
Epivir .....	121	FENOXIBENZAMINA .....	74
EPOPROSTENOL .....	50	Fentanest .....	150
Eprex .....	55	FENTANILO .....	150, 151
EPTACOG ALFA .....	52	FENTOLAMINA .....	74
ERGOTAMINA + CAFEÍNA .....	155	Feparil .....	79
Eritrogobens .....	110	Fero Gradumet .....	53
ERITROMICINA .....	110, 181	FILGRASTIM .....	65
ERITROPOYETINA .....	55	Filvit P .....	172
ERTAPENEM .....	112	FINASTERIDA .....	96
ESCOPOLAMINA, BROMHIDRATO .....	27	Fisiológico .....	62
Esidrex .....	77	FITOMENADIONA .....	51, 205
Eskazole .....	171	Flagyl .....	93, 118, 169
Esmeron .....	144	Flammazine .....	87
ESMOLOL .....	81	Flebogamma .....	126
ESPIRAMICINA + METRONIDAZOL .....	114	FLECAINIDA .....	68
ESPIRONOLACTONA .....	77	FLM .....	182
ESTAVUDINA .....	120	Flolan .....	50
ESTIBOGLUCONATO .....	172	FLUCONAZOL .....	116
Estilsona .....	101	FLUDARABINA .....	131
ESTREPTODORNASA + ESTREPTO-		FLUDROCORTISONA .....	99
QUINASA .....	65	FLUFENAZINA, DECANOATO .....	159
ESTREPTOMICINA .....	111	FLUMAZENILO .....	192, 205
ESTREPTOQUINASA .....	64	Flumil .....	177
ETAMBUTOL .....	119	Flumil Antídoto .....	190
ETANERCEPT .....	188	FLUNITRAZEPAM .....	163
ETANOLAMINA OLEATO .....	79	FLUOCINOLONA + LIDOCAÍNA + OTROS ...	79
Ethyol .....	191	FLUOCINOLONA + NEOMICINA +	
ETILO, CLORURO .....	148	POLIMIXINA B .....	186
ETOMIDATO .....	147	FLUOCINOLONA, ACETÓNIDO .....	88
ETOPÓSIDO .....	133	FLUOCORTINA, BUTIL-ESTER .....	88
Etoxisclerol .....	80	Fluodermo Fuerte .....	88
Eufilina Venosa .....	176	FLUORESCÉINA .....	197
Eutirox .....	102	FLUORESCÉINA + OXIBUPROCAÍNA .....	186
Evacuol .....	30	Fluoro-uracil .....	131
EXTRACTOS DE SEN, CASSIA, CORIANDRO		FLUOROMETOLONA .....	182
Y TAMARINDO .....	30	FLUOROURACILO .....	131

FLUOXETINA	165	GLIBENCLAMIDA	35
FLUTAMIDA	139	GLICERINA	31
FML	182	GLICEROL	31
Folidan	54	GLICINA	62
FOLINATO CÁLCICO	54	Glicina 1,5%	62
Forane	147	GLICLAZIDA	35
Fortam	109	GLIMEPIRIDA	35
Fortasec	33	GLUCAGÓN	103, 205
Fortecortin	99	Glucantime	172
Fortovase	123	Glucobay	35
Fosamax	195	Glucosado 10%	60
FOSAMPRENAVIR	122	Glucosado 20%	60
FOSCARNET	119	Glucosado 30%	60
Foscavir	119	Glucosado 5%	60, 61
FOSFATO (MONOPOTÁSICO + MONOSÓDICO)	41	Glucosado 50%	60
FOSFATO SÓDICO + BICARBONATO SÓDICO +BICARBONATO POTÁSICO	41	Glucosado 70%	60
FOSFATO SÓDICO MONO Y DIBÁSICO	31	Glucosado 10%	60
FOSFATO, MONOPOTÁSICO	40	Glucosado 20%	60
FOSFATO, MONOSÓDICO	41	Glucosado 30%	60
Fosfocina	113	Glucosado 5%	60, 61
FOSFOMICINA	113	Glucosado 50%	60
Fosfosoda	31	Glucosado 70%	60
Fraxiparina	46	Glucosalino Isotónico	61
Fraxiparina Forte	46	Glucosmon	60, 205
Frinova	29, 179	Gobemicina	107
Fucidine	86	GONADORELINA	103
Fungarest	116	Halibut	83
Fungarest Tópico	83	HALOPERIDOL	159
Fungizona	115	Hbvaxpro	127
Furacin	90	Hemovas	78
FUROSEMIDA	77	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	46
GABAPENTINA	157	HEPARINA SODICA	47
Gamma Anti-D	125	HEPARINOIDE	79
Gamma anti-tétanos	125	Hepro Casen	79
Gammagard	126	Herceptin	138
Gammaglobulina antihepatitis B	124	Hexabrix 320	196
GANCICLOVIR	120	HEXAFLUORURO DE AZUFRE	197
Gastrografin	196	HALURONIDASA	192
Gelafundina	57	Hibimax	90
GELATINA	57	HIDRALAZINA	75
GEMCITABINA	132	Hidroaltesona	100
GEMFIBROZILO	56	HIDROCLOROTIAZIDA	77
Gemzar	132	HIDROCORTISONA	23, 100
Genoxal	129	HIDROCORTISONA + HOMATROPINA + OTROS	79
Genta-gobens	111	HIDROCORTISONA + LIDOCAÍNA + OTROS	79
Gentamicin PMMA	111	HIDROCORTISONA + MICONAZOL	88
GENTAMICINA	111, 182	HIDROCORTISONA, ACETATO	87
Gine-Canesten	93	Hidroferol	36
GLATIRAMERO	189	Hidropolivit Mineral	36
		Hidrosaluretil	77
		HIDROXICARBAMIDA	136
		HIDROXIETILALMIDÓN	57
		Hidroxil B12 B6 B1	37

HIDROXIUREA .....	136	INTERFERÓN BETA-1-A .....	189
HIDROXIZINA .....	162, 178	INTERFERÓN BETA-1-B .....	189
HIDROXOCOBALAMINA .....	192	INTERLEUKINA II .....	137
HIDROXOCOBALAMINA + PIRIDOXINA + TIAMINA .....	37	Intralipid .....	59
HIERRO (II), LACTATO .....	53	IntronA .....	123, 137
HIERRO (II), SULFATO .....	53	Invanz .....	112
HIERRO (III), SACAROSA .....	53	Invirase .....	123
HIERRO (III), SORBITEX .....	53	iodo + IODURO POTÁSICO .....	102
Higrotona .....	77	IOHEXOL .....	196
HIPOSULFITO SÓDICO .....	194	Iopimax .....	183
Hirudoid .....	79	IOXAGLATO MEGLUMÍNICO Y SÓDICO ...	196
Hivid .....	121	IPECACUANA .....	42
Hodernal .....	30	IPRATROPIO, BROMURO .....	174
HOMATROPINA .....	185	IRBESARTAN .....	76
Humira .....	187	IRINOTECAN .....	132
Hycamtin .....	138	Irxol Mono .....	84
Hydergina .....	78	Iscover .....	49
Hydrapres .....	75	Iso-Lacer .....	71
Hydrea .....	136	Iso-Lacer Retard .....	71
Hypnomidate .....	147	ISOFLURANO .....	147
IBUPROFENO .....	141, 153	ISONIAZIDA .....	118
Ibuprox .....	141, 153	ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + RIFAMPICINA .....	118
Idalprem .....	163	ISONIAZIDA + RIFAMPICINA .....	119
IDARRUBICINA .....	135	ISOPRENALINA .....	70, 176
IFOSFAMIDA .....	130	ISOSORBIDA, DINITRATO .....	71
Imigran .....	155	ISOSORBIDA, MONONITRATO .....	71
IMIPENEM + CILASTATINA .....	113	ITRACONAZOL .....	116
ImmuCyst .....	138	Jarabe de Ipecacuana .....	42
Immunine Stim Plus .....	52	Junifen .....	142, 153
Imogam Rabia .....	125	Kaletra .....	122
Imurel .....	187	Karvea .....	76
Inacid .....	142	Kefloridina .....	107
Inacid Dap .....	80	Kelocyanor .....	192
INDINAVIR .....	122	KETAMINA .....	147
INDOMETACINA .....	80, 142	KETOCONAZOL .....	83, 116
INFLIXIMAB .....	188	Ketolar .....	147
INMUNOGLOBULINA ANTI-RH .....	125	KETOROLACO, TROMETAMOL .....	154
INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B ...	124	Kidrolase .....	135
INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA .....	125	Konakion .....	51
INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA .....	125	Konakion Pediátrico .....	51
INMUNOGLOBULINA ANTIVARICELA .....	125	Kreon .....	34
INMUNOGLOBULINA INESPECÍFICA .....	126	L-TIROXINA .....	102
Insulatard .....	34	LABETALOL .....	74
INSULINA REGULAR .....	34	Lacrilube .....	185
INSULINA REGULAR 30 % + INSULINA-PROTAMINA 70 % .....	35	Lactisona .....	87
INSULINA-PROTAMINA .....	34	LACTULOSA .....	32
INSULINA-ZINC HUMANA .....	34	LÁGRIMAS ARTIFICIALES .....	185
INTERFERÓN ALFA-2A .....	136	LAMIVUDINA .....	121, 123
INTERFERÓN ALFA-2B .....	123, 137	Lanacordin .....	67
		Lanirapid .....	67

Lantanon	165	Mabthera	138
Largactil	159	MAGNESIO + PAPAVERINA	27
LATANOPROST	184	MAGNESIO + PAPAVERINA + OTROS	27
Lederfolin	54	MAGNESIO, LACTATO	41
Legalon SIL	194	MAGNESIO, SULFATO	31, 41, 167
Lentoquine	68	Magnesioboi	41
LEPIRUDINA	47	Manerix	166
Leponex	159	Manidon	73
Leukeran	129	Manidon HTA	73
LEUPRORELINA	139	MANITOL	63
Leustatin	131	MAPROTILINA	165
LEVODOPA + CARBIDOPA	158	Masdil	72
LEVOFLOXACINO	118	Mastical	39
LEVOMEPRIMAZINA	160	Maxidex	182
LEVONORGESTREL	94	Maxipime	109
LEVOSIMENDAN	70	Maxitrol	183
Levothroid	102	Maygace	139
LEVOTIROXINA	102	MEBENDAZOL	171
Lexatin	162	MEBEVERINA	28
LIDOCAÍNA	23, 69, 149	MEDROXIPROGESTERONA	139
LIDOCAÍNA+PRILOCAÍNA	149	MEDROXIPROGESTERONA+TETRIZOLINA	182
Limifen	150	MEGESTROL	139
Limovan	164	MELFALAN	130
LINDANO + BENZOATO DE BENCILO	171	Menaderm Simple	88
Lindemil	93	Menalcohol reforzado	90
LINEZOLID	113	MEPERIDINA	152
Lioresal	144	MEPIVACAÍNA	149
LIPIDOS	59	MERCAPTOPURINA	132
Lipiodol Ultra Fluide	196	Meronem	113
Lipofundina MCT/LCT	59	MEROPENEM	113
Liquifilm Lágrimas	185	MESALAZINA	33
LISINOPRIL	76	MESNA	178, 193
LISURIDA	158	Mestimon	168
LITIO	160	METACOLINA	197
Lomper	171	METADONA	152
LOMUSTINA	130	Metalyse	65
Lonseren	160	METAMIZOL	154
LOPERAMIDA	33	Metasedin	152
Lopid	56	METFORMINA	36
LOPINAVIR + RITONAVIR	122	Methergin	94
LORATADINA	179	METIL-PREDNISOLONA	100
LORAZEPAM	163	METILDIGOXINA	67
LORMETAZEPAM	163	METILDOPA	73
LOSARTAN	76	METILERGOMETRINA	94
Losec	26	METILFENIDATO	167
Lubricante Urológico	150	METIMAZOL	102
Ludiomil	165	METIRAPONA	103
Lugol 5 %	102	METOCARBAMOL	145
Luminal	156	METOCLOPRAMIDA	28
Luminaletas	156	Metopirona	103
Lymphazurin	197	METOPROLOL	82

METOTREXATO .....	132	Neosidantoina .....	156
METRONIDAZOL .....	93, 118, 169	NEOSTIGMINA .....	167, 205
MEXILETINA .....	69	Neotigason .....	85
Mexitil .....	69	Nephramine .....	58
MIANSERINA .....	165	Nerdipina .....	72
MICOFENOLATO DE MOFETILO .....	188	Nervobion .....	37
Micralax .....	31	Neulasta .....	66
MIDAZOLAM .....	163	Neupogen .....	65
MIDECAMICINA .....	111	Neurobloc .....	168
MILRINONA .....	67	Neurontin .....	157
Minurin .....	97	NEVIRAPINA .....	121
Mioflex .....	143	NICARDIPINA .....	72
Mirena .....	94	NICLOSAMIDA .....	171
MIRTAZEPINA .....	165	NIFEDIPINA .....	72
MISOPROSTOL .....	26	NIMODIPINO .....	72
MITOMICINA .....	135	NISTATINA .....	23, 83
MITOXANTRONA .....	135	NITROFURAL .....	90
Mivacron .....	143	NITROFUZAZONA .....	90
MIVACURIO .....	143	NITROGLICERINA .....	71
Mixtard 30 .....	35	NITROPRUSIATO .....	75
MOCLOBEMIDA .....	166	Nitroprussiat .....	75
Modecate .....	159	Noiafren .....	162
Monotard .....	34	Nolotil .....	154
MORFINA .....	152	NORADRENALINA .....	80
Movilisín .....	143	Norebox .....	166
MST Continus .....	152	NORFLOXACINO .....	96
MUCÍLAGO DE PLANTAGO OVATA .....	31	Normaion Restaurador .....	64
Mucofluid .....	178	Normofenicol .....	105
Multidermol Urea .....	84	Noroxin .....	96
MUPIROCINA .....	86	Norvas .....	72
MUROMONAB-CD3 .....	189	Norvir .....	122
Mustela .....	84	Novantrone .....	135
Myambutol .....	119	Novoseven .....	52
Mycostatin .....	23	Nutrineal .....	62
Mycostatin Tópico .....	83	Nuvacthen Depot .....	98
Myoxam .....	111	OCTREÓTIDO .....	104
NADROPARINA .....	46	Oftacilox .....	181
NALOXONA .....	193, 205	Oftalmolosa Cusi Atropina .....	184
NALTREXONA .....	190	Oftalmolosa Cusi Aureomicina .....	181
NAPROXENO .....	142, 154	Oftalmolosa Cusi Dexametasona .....	182
Naropin .....	149	Oftalmolosa Cusi Eritromicina .....	181
Natulan .....	130	Oftalmolosa Cusi Gentamicina .....	182
Natusan .....	84	Oftalmolosa Cusi Prednisona Neomicina .....	183
Navelbine .....	133	OKT3 .....	189
Nebulicina .....	173	OLANZAPINA .....	160
NELFINAVIR .....	122	Oligo-Zinc .....	63
Neo Tomizol .....	102	OLIGOELEMENTO ZINC .....	63
Neo Urogenin .....	96	OLIGOELEMENTOS .....	62
NEOMICINA .....	32, 33	OligoStandard .....	62
Neoplatin .....	136	OMEPRAZOL .....	26
NeoRecormon .....	55	Omnigraf 240 .....	196

Omnigraf 300	196	PIRACETAM	167
Omnigraf 350	196	PIRAZINAMIDA	119
ONDANSETRÓN	28	PIRIDOSTIGMINA, BROMURO	168
Optovite B12	38, 54	PIRIDOXINA	38, 205
Oralsone	23	PIRIMETAMINA	169
Orbenin	106	PIROXICAM	142
Orsan	90	Plantaben	31
Orthoclone OKT3	189	PLATA, NITRATO	91
Osmofundina	63	Plenigraf	196
OTILONIO, BROMURO	28	Plenur	160
OXALIPLATINO	137	Plurimen	158
OXIBUTININA	96	Pneumo 23	127
OXIMETAZOLINA	173	Polaramine	178
OXITOCINA	94	POLIDOCANOL	80
PACLITAXEL	137	POLIESTIRENSULFONATO CÁLCICO	193
PALIVIZUMAB	123	POTASIO + VIT C + ÁCIDO ASPÁRTICO	40
PANCREATINA	34	POTASIO, ACETATO	40
Pantomicina	110	POTASIO, ASCORBATO	40
PAPEL ABSORBENTE	186	POTASIO, CLORURO	40
PARACETAMOL	154	POTASIO, GLUCOHEPTONATO	40
PARAMETASONA	101	Potasion	40
Paraplatin	135	POVIDONA YODADA	23, 89, 90, 93
PAROXETINA	166	PRALIDOXIMA	193, 205
PASTA LASSAR	83	PRAVASTATINA	56
Peditrace	62	Pre Par	95
Pegasys	123	PREDNISOLONA	101
PEGFILGRASTIM	66	PREDNISOLONA + OTROS	88
PEGINTERFERON ALFA-2A	123	PREDNISONA	101
Penibiot	105	PREDNISONA + NEOMICINA	183
PENICILINA BENZATINA	106	Prepidil gel	94
PENICILINA G SÓDICA	105	Primperan	28
PENICILINA PROCAÍNA	106	Prisdal	164
Pentacarinat	170	PROBENECID	194
PENTAMIDINA	170	PROCAINAMIDA	69
PENTOSANO POLISULFATO + TIMOL	79	PROCARBAZINA	130
Pentostan	172	Procrin	139
PENTOXIFILINA	78	Proglicem	42
Pepsamar	24	Prograf	189
PERCLORATO POTÁSICO	193	Proleukin	137
Perfalgan	154	PROMETAZINA	29, 179
PERGOLIDA	158	Prontoprime	63
PERMETRINA	172	PROPAFENONA	69
Persantin	49	Propess	94
PETIDINA	152	PROPILTIOURACILO	102
PG-E2	94	PROPOFOL	148
Pharken	158	PROPRANOLOL	82
Phosphate Sandoz	41	Propycil	102
PICOSULFATO SÓDICO	30	Proscar	96
PILOCARPINA	184	Prostacur	139
PIPERACILINA + TAZOBACTAM	107	PROSTAGLANDINA E2	94
PIPOTIAZINA	160	PROTAMINA	194, 205

Prothromplex Immuno TIM 4	52	Rocaltrol	37
PROTIRELINA	197	ROCURONIO	144
Protovit	36	Roferon A	136
PROTROMBINA, COMPLEJO DE	52	Rohipnol	163
Provocholine	197	Romilar	178
Pruina	30	ROPIVACAÍNA	149
Pulmeno	176	Rosalgin	95
Pulmicort	174	rt-PA	64
Pulmicort Turbuhaler	174	Rubifen	167
Pulmozyme	179	Rytmonorm	69
RANITIDINA	25	Sabrillex	157
Rebetol	124	SACCHAROMYCES BOULARDII	33
Rebif	189	Salazopyrina	33
REBOXETINA	166	SALBUTAMOL	175, 176
Refludin	47	SALICILATO DE DIETILAMINA + OTROS	79
Regitina	74	Salina Fisiológica para irrigación	62
Remicade	188	Salino 0,9%	61
REMIFENTANILO	150	SALMETEROL	175
Renagel	194	SALMETEROL + FLUTICASONA	175
Renitec	76	Sandimmun	187
Renofundina	62	Sandimmun Neoral	187
ReoPro	49	Sandostatin	104
Resincalcio	193	SAQUINAVIR	123
Resincolestiramina	56	Scandinibsa	149
Resochin	169	Seguril	77
RETINOL	37, 173	SELEGILINA	158
RETINOL + TOCOFEROL	39	SENÓSIDOS A Y B	30
Retrovir	121	Septin	117, 170
Rexer Flas	165	Seretide	175
Reyataz	122	Seretide Accuhaler	175
Rheomacrodex Salino	57	Serevent	175
Rhodogil	114	Serevent Accuhaler	175
Rhonal	49, 141	Seroxat	166
RIBAVIRINA	124	SERTRALINA	166
Rifaldin	110	SEVELAMER	194
RIFAMPICINA	110	SEVOFLURANO	147
Rifater	118	Sevorane	147
Rifinah	119	Sevredol	152
Rilutek	168	SILIBININA	194
RILUZOL	168	Silidermil	84
Ringer Lactado	64	SILIMARINA	194
Rinobanedif	173	Silvederma	87
Rinocusi Vitamínico	173	Simdax	70
Risperdal	160	Simulect	187
Risperdal Consta	160	SIMVASTATINA	56
RISPERIDONA	160	Sinemet	158
RITODRINA	95	Sinemet plus	158
RITONAVIR	122	Sinemet plus retard	158
RITUXIMAB	138	Sinemet retard	158
Rivotril	156	Sinogan	160
Robaxin	145	Sintrom	45

SISTEMA ADHESIVO DE FIBRINA . . . . .	52	SULFASALAZINA . . . . .	33
SODIO, BICARBONATO . . . . .	24, 63	Sulfate de Magnesium . . . . .	167
SODIO, CLORURO (HIPERTÓNICO) . . . . .	63	SULFATO DE COBRE . . . . .	91
SODIO, CLORURO + HEPARINA SÓDICA		Sulfato de Magneso . . . . .	31
+ OTROS . . . . .	63	Sulfona . . . . .	128
SODIO, CLORURO 0,45% . . . . .	61	Sulmetin Papaverina IV . . . . .	27
SODIO, CLORURO 0,9% . . . . .	61, 62	Sulmetin Papaverina Oral . . . . .	27
SODIO, CLORURO 2% . . . . .	61	Sulmetin Papaverina Rectal . . . . .	27
Sol acuosa de clorhexidina al 0,05% . . . . .	90	Sulmetin Simple . . . . .	41
Sol de fosfato oral Ad . . . . .	41	SULPIRIDA . . . . .	161
Sol de fosfato oral Inf . . . . .	41	SUMATRIPTÁN . . . . .	155
Sol. Evacuante Bohm . . . . .	32	Sumial . . . . .	82
Solinitrina . . . . .	71	Sup. Glicerina . . . . .	31
Solinitrina Fuerte . . . . .	71	Supo-gliz . . . . .	31
Soltrim . . . . .	117, 170	SURFACTANTE PULMONAR BOVINO . . . . .	179
Solu-Moderin . . . . .	100	Survanta . . . . .	179
SOLUCIÓN CARDIOPLÉGICA . . . . .	81	Sustiva . . . . .	121
SOLUCIÓN CELSIOR . . . . .	64	SUXAMETONIO . . . . .	143
SOLUCIÓN DE COLLINS . . . . .	64	Svedocain . . . . .	148
SOLUCIÓN DE GOLYTELY . . . . .	32	Synacthen . . . . .	98
SOLUCIÓN DE REEMPLAZAMIENTO		Synagis . . . . .	123
EXTRACELULAR . . . . .	64	Synalar Gamma . . . . .	88
SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL . . . . .	34	Synalar Otico . . . . .	186
SOLUCIÓN DE RINGER LACTADA . . . . .	64	Synalar Rectal . . . . .	79
SOLUCIÓN SALINA EQUILIBRADA PARA		Synercid . . . . .	112
IRRIGACIÓN OFTÁLMICA . . . . .	186	Syntocinon . . . . .	94
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL	62	T4 . . . . .	102
SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS . . . . .	62	TACROLIMUS . . . . .	189
Soludactone . . . . .	77	Talquistina . . . . .	85
Soluvit . . . . .	36	Tamin . . . . .	25
Somazina . . . . .	166	TAMOXIFENO . . . . .	139
SonoVue . . . . .	197	Tanagel Infantil . . . . .	33
Sotalax . . . . .	69	TANATO DE GELATINA . . . . .	33
SOTALOL . . . . .	69	Tardyferon . . . . .	53
Sotapor . . . . .	69	Targocid . . . . .	114
Spasmocetyl . . . . .	28	Tavanic . . . . .	118
Stesolid . . . . .	156, 162	Tavegil . . . . .	178
Stimu LH . . . . .	103	Taxol . . . . .	137
Streptase . . . . .	64	Taxotere . . . . .	136
SUCCINICOLINA . . . . .	143	Tazocel . . . . .	107
SUCRALFATO . . . . .	25	Tegretol . . . . .	155
SUERO ANTIBOTULÍNICO A+B+E . . . . .	126	TEICOPLANINA . . . . .	114
SUERO ANTIOFÍDICO . . . . .	126	Telzir . . . . .	122
Sueroral . . . . .	34	Temodal . . . . .	131
Sueroral Hiposódico . . . . .	34	TEMOZOLOMIDA . . . . .	131
Sufil . . . . .	171	TENECTEPLASA . . . . .	65
Sugiran . . . . .	80	TENIPÓSIDO . . . . .	133
SULBACTAM . . . . .	114	TENOFOVIR . . . . .	123
SULFADIAZINA . . . . .	117, 170	Tenormin . . . . .	81
SULFADIAZINA ARGÉNTICA . . . . .	87	TEOFILINA . . . . .	176
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM . . . . .	117, 170	Terbasmin Turbuhaler . . . . .	175



TERBUTALINA .....	175	Trigon Depot .....	101
Termalgin .....	154	TRIHEXIFENIDILO .....	158
Teromol .....	176	Trinispray® .....	71
Test de la Lágrima .....	186	Tronoxal .....	130
TETRACAÍNA .....	150	TROPICAMIDA .....	185
TETRACAÍNA + NAFAZOLINA .....	185	Trypsone .....	179
TETRACAÍNA + OXIBUPROCAÍNA .....	185	Tryptizol .....	164
TETRACOSÁCTIDO, HEXAACETATO .....	98	TUBERCULINA PPD-RT23 .....	198
Thrombocid .....	79	Tulgrasum Antibiótico .....	90
Thyrogen .....	197	Tulgrasum Cicatrizante .....	91
TIAMAZOL .....	102	UBTest .....	198
TIAMINA .....	37	Ultiva .....	150
TIAPRIDA .....	161	Ultra Levura .....	33
Tiaprizal .....	161	Ultracain .....	148
TICLOPIDINA .....	50	Uniket .....	71
Tienam .....	113	Uniket Retard .....	71
TIETILPERAZINA, MALATO .....	29	Urbal .....	25
TIMOLOL .....	184	Urbason .....	100
Tiobarbital .....	148	UREA .....	84
TIOPENTAL, SÓDICO .....	148	UREA-C13 .....	198
TIOSULFATO SÓDICO .....	194, 205	Urokinasa jer. precargadas .....	65
Tiosulfato sódico 10% .....	194	Urokinase .....	65
Tiosulfato sódico 25% .....	194	Uromitexan .....	193
Tirodril .....	102	Uronefex .....	96
TIROFIBÁN .....	50	UROQUINASA .....	65
TIROTROPINA ALFA .....	197	Ursochol .....	29
Tissucol .....	52	URSOSESOXICÓLICO, ÁCIDO .....	29
TNK-tPA .....	65	VACUNA ANTIDIFTERIA-TÉTANOS .....	127
Tobi .....	112	VACUNA ANTIHEPATITIS B .....	127
Tobra-gobens .....	112	VACUNA ANTINEUMOCÓCICA .....	127
Tobradex .....	183	VACUNA ANTIRRÁBICA .....	127
TOBRAMICINA .....	112, 182	VACUNA ANTITETÁNICA .....	128
Tobrex .....	182	VACUNA BCG .....	138
TOCOFEROL .....	39	Valcyte .....	120
TOPOTECÁN .....	138	VALGANCICLOVIR .....	120
Torecan .....	29	Valium .....	144, 156, 162
TOXINA BOTULÍNICA TIPO A .....	168	Vamin .....	58
TOXINA BOTULÍNICA TIPO B .....	168	VANCOMICINA .....	114
Tracleer .....	76	Vandral .....	166
Tractocile .....	94	Varidasa .....	65
TRAMADOL .....	152	Varitect .....	125
Trandate .....	74	VASELINA .....	84, 185
Trangorex .....	68	Vaselina Esterilizada .....	84
Trankimazin .....	161	Vaselina Salicilada 10% .....	86
Tranxilium .....	162	Vaselina Salicilada 5% .....	86
TRASTUZUMAB .....	138	Vasonase .....	72
Trasylol .....	51	Vaspit .....	88
TRETINOÍNA .....	138	VENLAFAXINA .....	166
TRH Ferring .....	197	Venofer .....	53
TRIAMCINOLONA .....	101	Venofusin 1 M .....	63
TRIFLUSAL .....	51	Ventolin .....	175, 176

Vepesid . . . . .	133	Ziagen . . . . .	120
VERAPAMILLO . . . . .	73	ZIDOVUDINA . . . . .	121
Vernies . . . . .	71	Zinnat . . . . .	109
Vesanoid . . . . .	138	Zitromax . . . . .	110
Vfend . . . . .	116	Zocor . . . . .	56
Vibracina . . . . .	105	Zocor Forte . . . . .	56
Vibravenosa . . . . .	105	Zofran . . . . .	28
Videx . . . . .	120	ZOLEDRÓNICO, ÁCIDO . . . . .	195
VIGABATRINA . . . . .	157	Zometa . . . . .	195
VINBLASTINA . . . . .	133	ZOPICLONA . . . . .	164
VINCRISTINA . . . . .	133	Zovirax . . . . .	119
VINORELBINA . . . . .	133	Zovirax Oftálmico . . . . .	183
Viperfav . . . . .	126	ZUCLOPENTIXOL . . . . .	161
Viracept . . . . .	122	Zyprexa . . . . .	160
Viramune . . . . .	121	Zyvoxid . . . . .	113
Viread . . . . .	123		
Viscofresh . . . . .	185		
Vistide . . . . .	119		
Vit A . . . . .	37		
Vit A + E . . . . .	39		
Vit B1 . . . . .	37		
Vit B12 . . . . .	38, 54		
Vit B12 + Vit B6 + Vit B1 . . . . .	37		
Vit B6 . . . . .	38		
Vit D . . . . .	37		
Vit E . . . . .	39		
Vitalipid . . . . .	36		
Vitamina C . . . . .	38		
Vitamina D3 . . . . .	37		
VITAMINAS COMPLEJO B + AMINOÁCIDOS + MAGNESIO . . . . .	42		
VM-26 . . . . .	133		
Voltaren . . . . .	141, 153		
Voltaren Emulgel . . . . .	143		
Voluven . . . . .	57		
VORICONAZOL . . . . .	116		
VP-16 . . . . .	133		
Vumon . . . . .	133		
X Prep . . . . .	30		
Xalatan . . . . .	184		
Xigris . . . . .	46		
Xilonibsa . . . . .	149		
Yacutin . . . . .	171		
Yectofer . . . . .	53		
Yomesan . . . . .	171		
ZALCITABINA . . . . .	121		
Zantac . . . . .	25		
Zavedos . . . . .	135		
Zeffix . . . . .	123		
Zerit . . . . .	120		
Zestril . . . . .	76		