

g uía Farmacoterapéutica para Personas Mayores





INDICE DE CAPITULOS:

	Página
Grupo A: Aparato Digestivo y Metabolismo:	1
Grupo B: Sangre y Organos Hematopoyéticos:	15
Grupo C: Aparato Cardiovascular:	21
Grupo D: Terapia Dermatológica:	37
Grupo G: Terapia Genitourinaria (incl. Hormonas Sexuales):	47
Grupo H: Terapia Hormonal:	50
Grupo J: Terapia Antiinfecciosa, uso sistémico:	58
Grupo M: Sistema musculoesquelético:	81
Grupo N: Sistema Nervioso:	88
Grupo R: Aparato Respiratorio:	139
Grupo S: Organos de los sentidos:	145
Grupo V: Varios:	150
Anexo I: Administración de medicamentos por sonda nasogástrica:	152
Anexo II: Nutrición enteral:	156
Anexo III: Medicación de stock de Centros Gerontológicos:	159
Anexo IV: Medicación de stock de Hospital Ricardo Birmingham:	164
Anexo V: Ulceras por presión:	168
Anexo VI: Programa de intercambio Terapéutico:	170
Anexo VII: Ajuste de posología de medicamentos en insuficiencia renal:	175
Anexo VIII: Fármacos ototóxicos	181
Anexo IX Medicamentos termolábiles: conservación ante incidencias:	183
Anexo X: Comunicación de reacciones adversas	186
Indice alfabético:	188

Última actualización: 25/11/2009



PRESENTACIÓN

La seguridad del paciente (SP), componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Diversos estudios de investigación internacionales sobre efectos adversos (EA) coinciden en mostrar que aproximadamente el 10 % (rango de 4 a 17 %) de los pacientes que acuden a un hospital sufren un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria. Las causas más frecuentes de estos EA son: el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones perioperatorias. Estos estudios coinciden además en señalar que aproximadamente el 50 % de estas complicaciones podrían haber sido prevenidas. En España, según el estudio ENEAS financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), la incidencia de efectos adversos en los hospitales relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3 % de los que casi el 43 % serían evitables.

Cuando el objeto de la atención es la persona mayor, sobre todo cuando esta se encuentra institucionalizada, los riesgos aumentan. Este aumento es debido a distintos factores como son el propio proceso de envejecimiento y su progreso diferente en distintos individuos y en cada individuo de un organismo a otro, lo que hace que el comportamiento de los fármacos sea difícil de predecir, el elevado número de medicamentos que se prescriben a las personas mayores en parte por cumplimiento estricto de las guías de práctica clínica en patologías crónicas frecuentes en el anciano, la presencia de deterioro cognitivo (hasta el 70% en ancianos institucionalizados) y otros factores como la desnutrición, la deshidratación, el incumplimiento. No nos olvidemos de que "La vejez es NO es una enfermedad y no se cura con medicamentos".

Para minimizar los riesgos y conseguir mejorar la eficiencia de los medicamentos en todo el proceso de atención es necesario potenciar el conocimiento, conocimiento en farmacología y conocimiento en las circunstancias que rodean a la persona mayor. De esa forma podremos elegir los fármacos y las dosis teóricamente más idóneas para este grupo de población, cuyo resultado se ve reflejado en esta Guía Farmacoterapéutica para Personas Mayores que se presenta en su séptima edición. Ese conocimiento servirá además para individualizar su utilización teniendo en cuenta las peculiaridades de las personas en concreto. Para realizar esta individualización, el equipo de trabajo que ha realizado esta guía ha desarrollado unos anexos específicos que se adjuntan. Así disponemos de ayudas para uso de medicamentos en personas con disfagia, con función renal disminuida, etc...

No es banal decir que ante un nuevo síntoma en personas mayores polimedicadas deberíamos reflexionar primero sobre si ese nuevo síntoma lo produce algún medicamento previamente prescrito antes de proceder a iniciar un nuevo proceso diagnóstico o a incorporar uno nuevo.

La realización de este trabajo ha constituido un verdadero trabajo interdisciplinar. Cada profesional ha aportado su visión en profundidad y en las reuniones se ha producido una verdadera comunicación y respeto que ha enriquecido el resultado final.

Es un verdadero placer poner al alcance del lector esta guía realizada con profesionalidad e ilusión. Felicito expresamente a NOVARTIS, en especial a Ingrid Polakova, Bran Manager de Sistema Nervioso Central, y a Javier Mezquita, Delegado de la Unidad especializada de Sistema Nervioso Central por contribuir de forma tan eficaz a su distribución y a su utilización. Sólo de esta manera podemos hacer que nuestro trabajo contribuya a la mejora de atención de personas mayores.

Felicito asimismo a todos los componentes de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de MATIA Fundazioa y en especial a Idoia Beobide por el incansable trabajo y su competencia profesional.

Donostia-San Sebastián, a 17 de julio de 2009 Directora Asistencial y de Innovación



Prólogo:

Matia Fundazioa es una entidad privada sin ánimo de lucro que presta servicios sociosanitarios desde 1888 a personas mayores y con discapacidad de forma personalizada e integral. Su objetivo es contribuir a aumentar la calidad de vida de este colectivo así como a las personas de su entorno. Para ello, genera los servicios que puedan dar una mejor respuesta a las mismas: un hospital geriátrico, 3 centros gerontológicos, 4 centros de día, un Centro de Discapacitados Físicos, un Centro de Recursos Sociales, una unidad de memoria y 7 centros de rehabilitación ambulatoria. Para más información consultar: www.matiáf.net.

El uso de esta Guía está orientado preferentemente para las personas mayores y/o discapacitadas ingresadas en nuestros centros. Desde 1981 fecha en que se editó la primera edición, esta guía ha ido sufriendo continuas modificaciones, modificaciones originadas por cambios en la tipología de los pacientes que atendemos y por la incorporación de nuevas moléculas, útiles para el tratamiento de patologías propias de las personas mayores.

Esta guía supone un esfuerzo importante de selección de medicamentos dentro del amplio arsenal terapéutico existente con objeto de contar con aquellos medicamentos más eficaces y mejor adaptados al organismo de la persona mayor y que a su vez mejore la cumplimentación del tratamiento por parte del paciente. Este esfuerzo facilita que su uso pueda hacerse extensible a personas mayores situadas en otros niveles asistenciales: hospitales generales y sus domicilios.

Este trabajo no siempre es fácil, ya que a veces pesa el hecho de atender en nuestros centros personas derivadas de otros centros cuya patología principal va a ser supervisada por el especialista de dicho centro. En estos casos nuestro criterio prevalece sobre el del departamento que envía al paciente. El conocimiento que nuestros profesionales tienen de la persona mayor, la experiencia acumulada a lo largo de estos últimos 25 años y el acceso a bibliografía de calidad nos permite acceder a revisiones sistemáticas que aportan evidencia clara en la conveniencia o no de seguir unos u otros procedimientos de actuación en las patologías y síndromes más frecuentes. Este conocimiento, contrastado con nuestra experiencia, hace que cada vez más prevalezca nuestro criterio.

Para facilitar esta tarea, en esta última edición se ha desarrollado una Guía de Intercambio Terapéutico en uno de los anexos que permite cambiar ciertos medicamentos por otros con principios activos diferentes pero que poseen unos perfiles de eficacia, seguridad y características farmacológicas mejor adaptadas a la persona mayor, que los convierte en clínicamente intercambiables, cuando se administran a dosis equivalentes. Por supuesto, respetando siempre las excepciones en patologías muy específicas.

Respecto a ediciones anteriores, se han incorporado otros anexos que se han considerado interesantes. Uno de ellos es el de “Ajuste de posología de medicamentos en insuficiencia renal”. Como el cambio farmacocinético más importante en las personas mayores es el debido a la disfunción renal es muy importante ajustar la posología de los medicamentos eliminados por el riñón en esta población, para evitar su acumulación o efectos tóxicos. Este anexo sirve de guía a la hora de realizar este ajuste.

Otro de los anexos nuevos es un listado de “Medicamentos termolábiles: conservación ante incidencias”: incluye los medicamentos termolábiles incluidos en nuestra guía, así como una la actuación ante cualquier incidencia en la cadena de frío.

Por último, se han incluido un anexo de “Medicamentos ototóxicos” por la importancia de esta reacción adversa en la persona mayor y otro “Comunicación de reacciones adversas” a los Centros de Farmacovigilancia, por la importancia de esta comunicación para la caracterización real de la seguridad de los medicamentos y de la incidencia real de las reacciones adversas.

En esta última revisión de 2009 se han comenzado a indicar además las citas bibliográficas de los textos nuevos que se han ido introduciendo.

Los criterios de selección de medicamentos que se han seguido en MATIA Fundazioa, han sido los siguientes:

- Medicamentos de eficacia demostrada, toxicidad conocida y con experiencia en su uso.
- Medicamentos que produzcan menos reacciones adversas y/o interacciones con los medicamentos utilizados para el tratamiento de las patologías más frecuentes en las personas mayores.
- Medicamentos que se presenten en las dosis más adecuadas a las características de las personas mayores. Asimismo se procurará que exista un equilibrio entre vida media y frecuencia de dosificación.
- En los nuevos medicamentos se considerará que se hayan realizado ensayos clínicos incluyendo ancianos o en su defecto, trabajos científicos realizados correctamente.



- Medicamentos cuya frecuencia de administración diaria sea cómoda para el anciano y/o residente con objeto de mejorar el cumplimiento. No debemos olvidar q ue en estos casos la atención de enfermería es reducida y que algunos de los residentes se autoadministran la medicación.
- Medicamentos que se presenten en formas farmacéuticas que entren en los pastilleros semanales individuales, teniendo en cuenta que en Matia Fundazioa se envía unidosis semanal a los Centros Gerontológico y al Centro para Discapacitados y unidosis diaria al Hospital de Larga Estancia.

Finalmente expresar el deseo de contar con la opinión de todas aquellas personas que accedan al contenido de este documento para que en el futuro constituya un manual de uso generalizado entre los profesionales que atendemos a personas mayores sea cual sea el nivel de atención que requieran.

Idoia Beobide Telleria

Secretaria de la Comisión de Farmacia y Terapéutica y Enfermedades Infecciosas

www.rinconmedico.org



Introducción:

El envejecimiento es un proceso que afecta a todos los seres vivos y que consiste en un conjunto de cambios fisiológicos debidos al paso del tiempo. Este proceso, el del envejecimiento, no se desarrolla ni de la misma manera ni a la misma velocidad en las distintas personas lo que hace difícil predecir el momento en que se encuentra cada uno.

La farmacoterapia en personas mayores tiene unas connotaciones especiales que los sanitarios que atienden a este colectivo es importante que conozcan.

El proceso de envejecimiento se traduce en una progresiva disminución de la funcionalidad de los diferentes órganos y sistemas corporales y que se hará más marcada con el paso de los años, llegando a presentarse fenómenos de disfunción en los ancianos, que provocan el empeoramiento de su estado general. Entre ellos cabe destacar la disminución de la funcionalidad renal, hepática, cardíaca y respiratoria, cambios en la composición corporal y la inmunidad, trastornos del sistema nervioso, endurecimiento de los vasos sanguíneos por la acumulación de colesterol, debilitamiento de los huesos por pérdida de calcio y degeneración de las articulaciones.

Una de las consecuencias directas del envejecimiento de la población es el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que implica un mayor consumo de fármacos y derivado de ello, un incremento de problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Además las personas mayores presentan una serie de características diferenciales respecto a otros grupos de población (modificaciones en la composición corporal, disminución de la función renal, etc), que determinan que los PRM sean más frecuentes y potencialmente más graves, lo que conlleva una gran repercusión sanitaria. Por otro lado, entre los individuos ancianos existen diferencias inter e intraindividuales en la respuesta a los tratamientos por el distinto grado de envejecimiento de cada uno.

La terapia farmacológica en el anciano, por tanto, estará condicionada por las peculiaridades biológicas, funcionales y orgánicas que presentan, provocando que la pauta de administración y la respuesta terapéutica sean diferentes respecto a los individuos jóvenes.

Como hemos comentado, el aumento del consumo de fármacos convierte muchas veces al anciano en un individuo polimedcado, en el que las reacciones adversas, el incumplimiento de los tratamientos y las interacciones entre diferentes fármacos constituyen un grave problema sanitario. La administración de un fármaco para tratar a un paciente de edad avanzada, que tiene varias enfermedades y recibe varios medicamentos adicionales, puede:

- Empeorar otra patología presente.
- Interaccionar con otro medicamento utilizado para tratar otra dolencia.
- Provocar la aparición de toxicidad por acumulación de fármacos en el organismo debida a la menor eliminación de los medicamentos administrados por disminución de la funcionalidad de los riñones y el hígado.

Por ello, es importante aconsejar al paciente de edad avanzada o a sus cuidadores sobre el uso racional de medicamentos en este grupo etario.

La actuación del médico y del farmacéutico en la asistencia personalizada y en el seguimiento farmacoterapéutico al anciano puede contribuir, junto con ayuda de la enfermería, a una mayor protección de la salud de los mismos y una mayor prevención de enfermedades.

Por todo esto, en las personas mayores es importante una correcta selección y dosificación de los medicamentos así como un estrecho seguimiento de los tratamientos.



¿Cuales son las características biológicas más importantes del anciano que influyen en la terapéutica? **Cambios en la farmacocinética y farmacodinamia:**

***FARMACOCINÉTICA:**

Tabla 1: Cambios fisiológicos en el anciano que pueden afectar la farmacocinética de diferentes fármacos.

CAMBIO FISIOLÓGICO	PROCESO AFECTADO
Reducción de la producción de ácido gástrico Reducción de la tasa de vaciado gástrico Reducción de la movilidad gastrointestinal Reducción de flujo sanguíneo gastrointestinal Reducción de la absorción superficial	Absorción
Disminución de la masa total del organismo Incremento del porcentaje de grasa corporal Disminución del porcentaje de agua corporal Disminución de albúmina plasmática	Distribución
Reducción de la masa del hígado Reducción del flujo sanguíneo hepático Reducción de la capacidad metabólica hepática (fase I)	Metabolismo
Disminución de la filtración glomerular Disminución de la función tubular	Excreción

La farmacocinética puede verse alterada en el anciano por estos cambios. Como consecuencia de estos cambios la acción farmacológica en el anciano puede alcanzarse con valores plasmáticos menores del fármaco y, asimismo, a estos valores pueden alcanzarse efectos tóxicos. El margen de maniobra es muchas veces estrecho y es importante valorar siempre la dosis inicial, así como los efectos adversos no esperados.

***FARMACODINAMIA:**

La farmacodinamia se refiere a los procesos implicados en la interacción entre un fármaco y un órgano efector que conduce a una respuesta. La farmacodinamia mide la intensidad, el pico y la duración de la acción de un medicamento.

El envejecimiento puede afectar la respuesta a los fármacos de diversas formas. La involución funcional, unida a la presencia de múltiples patologías, altera la sensibilidad del anciano a los fármacos y la respuesta compensadora a su acción.

Por ejemplo, las alteraciones en las funciones neurológica, cardiovascular, pulmonar, hepática, renal, inmunológica y endocrina aumentan la sensibilidad al efecto de los fármacos en las personas mayores.



Las alteraciones en la farmacodinamia debidas a la edad son en muchas ocasiones impredecibles y pueden provocar: aparición de efectos adversos y toxicidad. A diferencia de los cambios farmacocinéticos, las alteraciones farmacodinámicas están menos estudiadas y son conocidas sólo para unos pocos medicamentos.

Otras circunstancias que acompañan al envejecimiento e influyen en la salud de las Personas Mayores:

El envejecimiento conlleva en muchas ocasiones una serie de cambios que producen tendencia a la dependencia, rigidez psíquica, dificultad de acomodación a un medio diferente, retracción del campo de intereses, reducción de las relaciones interpersonales, de la participación en actividades sociales y a la toma de actitudes pasivas.

Circunstancias que van a complicar la terapia lo que produce una particular demanda de atención sociosanitaria, es decir una demanda coordinada de atención social y sanitaria:

- una mayor incidencia de enfermedad.
- enfermedades que presentan mayor tendencia a la cronicidad, lo que hace que se le prescriban medicamentos de forma continuada.
- mayor número de medicamentos utilizados.
- administración concomitante de distintos medicamentos para el tratamiento de distintas patologías crónicas durante un largo período de tiempo.
- prescripción realizada por distintos especialistas que en la mayor parte de los casos no tienen en cuenta el resto de los fármacos que toma el paciente, lo que hace aumentar el riesgo de reacciones adversas y/o interacciones medicamentosas. Es importante tener siempre presente las secuelas e invalideces que originan los tratamientos establecidos, que en ocasiones son más importantes que las propias patologías de base.
- difícil situación social, en gran parte de las personas mayores, siendo cada vez más elevado el número de personas mayores que viven solas, con bajo poder adquisitivo.
- capacidad mental disminuida en algunos casos.
- frecuentes trastornos de hidratación y nutrición.

Criterios para un uso correcto de medicamentos en personas mayores: Normas generales de prescripción en personas mayores:

Las normas generales son similares a las recomendadas en otras edades, pero existen algunos aspectos diferenciales que deben tenerse en cuenta:

- Determinar si realmente se necesita tratamiento farmacológico. Se debe considerar en primer lugar si hay alternativas no farmacológicas y menos agresivas. No se trata de privar de los fármacos que mejoren su calidad de vida, sino de evitar los que no aporten un beneficio real.
- Administrar el menor número posible de medicamentos.
- Elegir el fármaco más apropiado para su edad y características, evitando los que son poco seguros.
- Comenzar el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas poco a poco hasta alcanzar niveles eficaces. Utilizar la forma farmacéutica más idónea para que la pauta de administración sea lo más sencilla posible.
- Revisar en cada visita médica la eficacia y la seguridad de cada uno de los fármacos que está tomando, es decir, evaluar los objetivos terapéuticos.
- Informar al paciente o a su cuidador sobre la indicación del fármaco, la forma de administración, los efectos adversos y la forma de proceder si éstos aparecen. En ocasiones es interesante incidir también sobre el tiempo que puede transcurrir hasta alcanzar la respuesta terapéutica esperada.
- Responsabilidad social: utilizar especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) para ayudar a disminuir el gasto farmacéutico en un colectivo que consume gran parte del mismo.



Control de medicamentos potencialmente inapropiados:

Todos los medicamentos conllevan un riesgo de causar efectos adversos. Sin embargo, hay algunos que tienen un potencial mayor de ocasionar problemas cuando los utilizan las personas mayores. Se ha evidenciado que la prescripción inapropiada en personas mayores es altamente prevalente pero prevenible.

En 1997 un grupo de expertos en geriatría y farmacología de Estados Unidos y Canadá, elaboró unos criterios de consenso para el uso seguro de medicamentos en esta población. De ellos, los más extendidos son los del grupo de Beers y colaboradores, que se actualizan periódicamente. Los **Criterios de Beers** son una relación consensuada de fármacos que se consideran inapropiados en el ámbito de la geriatría por presentar un perfil beneficio/riesgo desfavorable.

También disponemos de la Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool (**IPET**).

La aplicación de los criterios de Beers en la práctica clínica se considera de gran valor en cuanto a la seguridad de la terapia farmacológica. Sin embargo no suponen la prohibición de utilizar determinados medicamentos, porque la prescripción dependerá de la situación clínica, de las características del paciente y del juicio clínico del prescriptor.

Aunque son válidos como punto de partida, deberían ser actualizados por especialistas de nuestro entorno porque se deberían eliminar medicamentos actualmente obsoletos, e incorporar fármacos de reciente comercialización y los causantes de la mayor parte de reacciones adversas. Además no valoran de forma global todos los aspectos de prescripción inapropiada en personas mayores. Los criterios de Beers no tienen en cuenta varios aspectos de prescripción inapropiada en personas mayores: duplicidad de prescripción, interacciones farmacológicas dañinas, duración y frecuencia inapropiadas u omisión de prescripción. Una revisión en todos estos sentidos ayudaría además a que fueran más aceptados.

Los criterios IPET también tienen limitaciones.

Para intentar solventar estas limitaciones han surgido los criterios STOPP-START (Screening tool of older Person's potentially inappropriate prescriptions) (Screening tool to alert doctors to the right i.e. appropriate, indicated treatment).

Sus características son las siguientes:

*STOPP:

- 64 criterios con medicamentos inapropiados en las personas mayores.
- Dosis que son inapropiadas en las personas mayores
- Explicación clara de por qué esa medicación es considerada inapropiada

*START:

- 22 criterios de por qué ciertos medicamentos se consideran beneficiosos en las personas mayores para algunas condiciones médicas.

El disponer de criterios internos (de cada organización) de utilización apropiada/inapropiada de medicamentos en personas mayores resultaría muy útil para garantizar la adecuada utilización de medicamentos en este colectivo.

Es importante que todos los trabajadores sanitarios conozcan las características diferenciales de la persona mayor en lo que se refiere a la utilización de medicamentos para conseguir entre todos la mayor eficacia con la mayor seguridad de uso.



Autores:

Comisión de Farmacia, Terapéutica y Enfermedades Infecciosas:

Presidente : M^a Isabel Genua: Doctora en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria y en Tecnología de Alimentos.
Directora Asistencial y de Innovación. Fundacion Matia

Secretaria: Idoia Beobide: Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio Farmacia. Fundacion Matia

Componentes:

Javier Alaba: Médico de familia. Responsable atención médica Centro Gerontológico Txara I

Cristina Alderete: Enfermera supervisora. Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matia

Marta Alvarez de Arcaya: médico geriatra. Directora médica Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matia

Enrique Arriola: Médico geriatra. Responsable de la Unidad de Memoria. Fundación Matia

Blanca Miró: Farmacéutica Servicio Farmacia. Fundacion Matia

Arantxa Urbizu: Enfermera referencial en atención Residencial. Fundacion Matia

Colaboradores:

-Izaskun Iturrioz: Médico de familia. Responsable sanitario Centro Gerontologico Julian Rezola. Fundación Matia



Utilización de la guía

Los principios activos seleccionados en esta Guía se agrupan siguiendo la clasificación Anatómica-Terapéutica-Química (ATC) oficial, de acuerdo con el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Esta clasificación divide a los medicamentos en los siguientes grupos:

A: Aparato digestivo y metabolismo.

B: Sangre y órganos hematopoyéticos.

C: Aparato cardiovascular.

D: Dermatológicos.

G: Preparados genitourinarios y hormonas sexuales

H: Preparados hormonales sistémicos, excluidas hormonas sexuales.

J: Antiinfecciosos vía general.

L: Antineoplásicos.

M: Aparato locomotor.

N: Sistema nervioso central.

P: Antiparasitarios.

R: Aparato respiratorio.

S: Organos de los sentidos.

V: Varios.

PRINCIPIO ACTIVO

Los principios activos se han seleccionado utilizando la Denominación Común Internacional (DCI). En el caso de asociaciones se indica la composición en principios activos. En letra negrita se indica características especiales de prescripción-dispensación-financiación.

PRESENTACIÓN

Se detallan las formas farmacéuticas, así como las diferentes presentaciones de cada fármaco.

INDICACIONES

Se recogen las indicaciones terapéuticas consideradas para cada principio activo. Un mismo principio activo puede aparecer en más de un Subgrupo terapéutico, estando la totalidad de la información en el Subgrupo que le corresponde, y haciendo una reseña en los demás.

VÍA

Hace referencia a las vías de administración para cada principio activo.

POSOLOGÍA

Son las dosis recomendadas según la indicación clínica, teniendo en cuenta el tipo de población.



NORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Se recogen aspectos, consideraciones, normas o precauciones para realizar una buena administración del medicamento. También se recogen en el Anexo I una serie de normas para la administración de medicamentos por sonda nasogástrica, así como aquellos medicamentos cuya administración por esta vía no se recomienda, el motivo y las alternativas.

OBSERVACIONES

Se indican características relevantes de los fármacos: interacciones, reacciones adversas, situaciones de dosificación especial, ... Si se trata de observaciones generales para un Subgrupo terapéutico, se indica previamente a la descripción de estos Subgrupos.

INDICE ALFABÉTICO

Al final de a Guía se indican por orden alfabético los principios activos y los nombres comerciales, junto con las páginas en las que son descritos.



Abreviaturas y símbolos

Abreviaturas

Amp.= ampollas
Caps. = cápsulas
Comp. = comprimidos
Eferv. = efervescente
g = gramos
G5% = suero glucosado 5%
Gg = grageas
H = horas
IH = insuficiencia hepática
IM = intramuscular
IR = insuficiencia renal
IV = intravenoso
Jbe = jarabe
Kcal. = kilocalorias
Kg = kilogramos
mEq = miliequivalentes mg= miligramos
mcg = microgramos
min. = minutos
ml = mililitros
Perf. = perfusión
Sc = subcutánea
SF = suero fisiológico 0.9%
Sol = solución
Susp. = suspensión
Supos. = supositorios
UI : unidades internacionales

Símbolos

E = estupefacientes
P = psicótrpos
EXO = medicamentos no financiados
EFG= Especialidad Farmaceutica Genérica
DH = especialidades de diagnóstico hospitalario
H = especialidades de uso hospitalario



A

APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO					
A01 ESTOMATOLOGICOS					
A01AB ANTIINFECCIOSOS Y ANTISEPTICOS PARA TRATAMIENTO ORAL LOCAL					
Clorhexidina (Kin Forte encías®) EXO	Solución (0,12%)	Enjuague bucal 2 veces/día	Acción antiséptica. Coadyuvante en el tratamiento de las encías sensibles. Coadyuvante en gingivitis y periodontitis. Prevención de la inflamación de las encías.	Administrar tras las comidas y previa higiene bucal. Lavados bucales o gargarismos con 15 ml durante 1 min Aplicar con una torunda en la zona afectada.	
Nistatina (Mycostatin®)	Suspensión (100000 U/ml)	Tópica CO:250000ui/6 h CI:500000-1000000ui/6h	Candidiasis orofaríngea (CO) e intestinal (CI).	Administrar tras las comidas y previa higiene bucal. Mantener el gel en la boca todo el tiempo posible antes de ingerirlo. La suspensión puede administrarse sola o con agua u otro líquido o alimento blando no ácido.	
A01AD OTROS FARMACOS PARA EL TRATAMIENTO ORAL LOCAL					
Bucalson® EXO	Spray	Bucal Pulverizar la solución en el interior de la boca, realizando 2 ó 3 pulsaciones durante 1 ó 2 segundos, tantas veces como se necesite.	Sequedad de boca.		Hidrata y refresca la boca Contiene menta piperita.
Bencidamina (Tantum Verde®) EXO	Solución (0,15%)	Tópica 15 ml/2-3 horas	Dolor e inflamación de la cavidad oral y garganta.	Aplicar sin diluir cuando no haya intolerancias. Usar después de lavar los dientes y separar 1 hora de comidas y bebidas. La solución debe ser expelida de la boca después de su uso.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A02A ANTIACIDOS					
A02AD COMBINACIONES Y COMPLEJOS DE ALUMINIO, CALCIO Y MAGNESIO					
Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Magaldrato (Minoton®)	Gel en sobres (800 mg)	Oral. 800-2000 mg/8 h Dosis máxima: 8 g/día	Hiperacidez, molestias gástricas asociadas a úlcera duodenal o gástrica. Reflujo gastroesofágico.	Tomarlo 1-2 h después de las comidas y al acostarse. Espaciar al menos 1 h la toma de otros medicamentos. No tomar con leche.	Precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática. El empleo prolongado de antiácidos alumínicos en ancianos puede conducir a la absorción sistémica de aluminio, produciendo acumulación orgánica, lo que podría agravar la osteoporosis presente en casi todos los ancianos debido a la depleción de fósforo y calcio, y a la inhibición de la absorción digestiva de fluoruros. También se deberá tener en cuenta una posible acumulación de magnesio, que podría causar hipermagnesemia y diarrea. No se recomienda el uso crónico y/o excesivo en ancianos, muy especialmente en pacientes con enfermedad de Alzheimer, ya que se ha sugerido un potencial papel etiológico del aluminio en esta enfermedad.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A02B ANTIULCEROSOS					
A02BC ANTIULCEROSOS: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES					
Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Omeprazol (Losec^{®iv}, Omeprazol EFG[®] oral) H (Presentación IV)	Vial (40 mg) Comp. (20 y 40 mg)	IV: 20-40 mg/24 h Oral: 20mg/día. En pacientes refractarios 40mg/día.	Esofagitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico y Zollinger-Ellison, ulcus gastroduodenal, tratamiento coadyuvante en la erradicación del <i>H pylori</i> cuando no se puede utilizar la vía oral.	IV: P. interm: en 100 ml / 30 min Sueros compatibles: SF, G5% Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	Puede alterar las transaminasas hepáticas Potente acción antisecretora. Puede alterar las concentraciones plasmáticas de diazepam, fenitoina, digoxina, carbamazepina y acenocumarol. En pacientes con dichos tratamientos usar lansoprazol o monitorizar las concentraciones.
Lansoprazol (Opiren flas[®])	Comp. bucodispersables (15 y 30 mg)	Oral 15-30 mg/24 h Preferentemente por la mañana y en ayunas 30 min antes del desayuno.	Úlcera duodenal, úlcera gástrica. Esofagitis por reflujo. Erradicación de <i>H pylori</i> .	Introducir en la boca sobre la lengua y chupar despacio. Luego tragar con la saliva o acompañado de una pequeña cantidad de agua. No masticar ni romper. Administrar 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.	Puede disminuir las concentraciones plasmáticas de teofilina.
A03A ANTIESPASMÓDICOS Y ANTICOLINÉRGICOS					
A03BA ALCALOIDES DE LA BELLADONA, DERIVADOS CON AMINA TERCIARIA					
Atropina (Atropina[®])	Amp (1 mg)	SC 0,5-1 mg/6-8 h	Estertores o ruidos respiratorios por secreción en enfermos terminales.	Los ancianos pueden responder con agitación, somnolencia y confusión.	Contraindicado en hiperplasia prostática, ileo paralítico y glaucoma de ángulo estrecho. Los pacientes geriátricos son especialmente sensibles a los efectos secundarios anticolinérgicos (estreñimiento, retención urinaria).
A03BB - ALCALOIDES SEMISINTÉTICOS DE BELLADONA, DERIVADOS DE AMONIO					
Butil escopolamina (Buscapina[®])	Comp recub(10 mg) Amp(20 mg)	Oral Parenteral Rectal	Dolores cólicos por espasmo muscular liso. Hipermotilidad intestinal.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: utilizar la	Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, glaucoma, hipertiroidismo. Contraindicado en hiperplasia prostática,

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	Supo (10 mg)	10 mg/6h oral y rectal 20 mg/6 h por vía parenteral		presentación en ampollas..	ileo paralítico, taquicardia, estenosis pilórica, megacolon. Ejerce efecto aditivo con anticolinérgicos, fenotiacinas, antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos y anti H1.
A03DB COMBINACION DE BELLADONA Y DERIVADOS CON ANALGESICOS					
Butil escopolamina + Metamizol (Buscapina C®) EXO	Grageas (10/250 mg)	Oral 10 mg-250 mg/8h oral	Espasmo GI, dolor agudo postoperatorio o postraumático.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar con los alimentos para minimizar los efectos gastrointestinales. Administración por SNG: pulverizar finamente y diluir en 15 ml de agua.	Las mismas que el anterior y realizar controles hemáticos frecuentes.
A03F PROCINETICOS					
AO3FA PROCINETICOS					
Domperidona (Motilium®)	Comp (10 mg) Susp (5 mg/5 ml)	Oral 10 mg/8h	Náuseas, reflujo gastroesofágico, vómitos, retraso en el vaciamiento gástrico.	Administrar 15-20 min. después de las comidas. Reevaluar tras 4 semanas.	Es de elección en los ancianos porque raramente produce reacciones extrapiramidales. No asociar con anticolinérgicos.
Metoclopramida + Dimeticona (Aeroflat®)	Comp (5/77,5 mg)	Oral 1-2 comp/8h	Alteraciones funcionales digestivas que cursen con dificultad del vaciamiento gástrico y aerofagia.	No tragar entero. Masticar y tragar con un poco de agua.	Puede producir somnolencia, deberá realizarse un especial control clínico en ancianos. Contraindicado en pacientes que estén bajo tratamiento con medicamentos capaces de provocar reacciones extrapiramidales (fenotiacinas, butirofenonas).
Metoclopramida (Primperan®)	Amp (10 mg) Soluc (5 mg/5 ml)	Parenteral Oral 10 mg/5 h 10 ml 3-4 v/día	Náuseas y vómitos.	Oral: Administrar 30 min. antes de las comidas y al acostarse. IV:-Directo(1-2 min.) solo si la dosis es menor de 10mg. -P interm.: en 50-100 ml / 15-30 min. -P continua: en 500 ml / 8-12 h Sueros compatibles: SF (preferible), G5%	En insuficiencia renal disminuir la dosis. Provoca reacciones extrapiramidales. Puede empeorar el parkinson por la acción antidopaminérgica. Cuidado con las interacciones medicamentosas: alcohol, tranquilizantes, hipnóticos y narcóticos, ya que potencian

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					los efectos sedantes. Si administración concomitante con levodopa, vigilar al paciente ante la posible pérdida del efecto antiparkinsoniano.
A04A OTROS ANTIEMÉTICOS					
AO4AD OTROS ANTIEMÉTICOS					
Escopolamina (Escopolamina®) H	Amp (0,5mg/ml, 1ml)	Sc 0,4-0,6mg/4-8h	Estertores o ruidos respiratorios por secreción en enfermos terminales.	La escopolamina puede administrarse por vía sc, iv o im. Cuando se administra por vía iv, debe diluirse previamente en agua estéril para inyección. No mezclar con álcalis. Administrar inmediatamente después de la apertura de la ampolla, desechando la parte no utilizada.	Al producir sedación resulta útil para la indicación para la que se utiliza. Puede usarse en bomba de infusión SC junto con morfina y midazolán.
A06 LAXANTES (Cuidado con desequilibrios electrolíticos y con la posible dependencia)					
A06AA LAXANTES LUBRICANTES Y EMOLIENTES					
Aceite de parafina (Hodernal®) EXO	Solución (4 g/5 ml)	Oral Dosis: 15- 30 ml / 12-24 h.	Estreñimiento y profilaxis para evitar esfuerzos en la defecación	Diluir en un vaso de agua. No tomarlo en posición acostada. Tomar abundantes líquidos para facilitar su acción. Administrar antes de acostarse. Si se necesita segunda dosis administrar 2 horas antes o después del desayuno.	Efecto al cabo de 1-3 días. No usar en pacientes encamados debido a la aspiración de gotitas de aceite.
A06AB LAXANTES ESTIMULANTES					
Senósidos A y B (X prep®) EXO	Solución (150 mg/75ml)	Oral 5-10 ml /8-12h	Estreñimiento, vaciado intestinal		Se puede solicitar la preparación de combinación de lactulosa, parafina y senósidos (laxante n°1). La acción comienza 6-10 horas tras la administración.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A06AC LAXANTES FORMADORES DE VOLUMEN					
Plantago ovata (Plantaben®)	Sobres (3.5 g)	Oral 1-3 sobres al día	Estreñimiento, profilaxis del estreñimiento para evitar esfuerzos durante la defecación. Colon irritable.Diverticulos. Hemorroides.	Administrar con abundante agua, con el estómago vacío, preferentemente por la mañana. No administrar por sonda nasogástrica (podría obstruirla). Reduce la absorción de: nitrofurantoina, digitálicos, estrógenos y sales de Litio.	El efecto óptimo: a los 2-3 días. Precaución en enfermos inmovilizados o encamados, puede producir obstrucción intestinal e impactación fecal. Descartar a su administración la existencia de una obstrucción intestinal o impactación fecal. Interaacciona con antidiabéticos orales e insulina: puede requerir reajuste posológico.
A06AD LAXANTES OSMOTICOS					
Lactulosa (Duphalac®)	Sobres (10 g/15 ml) Solución (3.33 g/5 ml)	Oral, Rectal Dosis: según necesidad.	Encefalopatía por hiperamonemia. Estreñimiento.	Puede administrarse mediante un enema de retención.	La acción laxante comienza al cabo de 1-3 días. Precaución en pacientes diabéticos, sobre todo a dosis altas, usar lactitol (contiene galactosa, lactosa y fructosa). Si el tratamiento dura más de 6 meses puede haber hipokalemia.
Lactitol, monohidrato (Oponaf®)	Sobres 10 g	Oral Dosis: 10-30g/día	Encefalopatía por hiperamonemia. Estreñimiento.	Como laxante: 1 dosis por la noche. Tomarlo con alimento y dos vasos de agua.	La acción laxante comienza al cabo de 1-3 días. Si el tratamiento dura más de 6 meses puede haber hipokalemia.
Magnesio, sulfato Polietilenglicol 3350 Potasio cloruro Sodio bicarbonato Sodio cloruro (Movicol®) EXO	Polvo Sobres 20 g	Oral 5-20 g Oral Dosis: -1-3 sobres/día en estreñimiento. -8 sobres/día en impactación fecal	Estreñimiento, prreparación preoperatoria. Estreñimiento crónico Impactación fecal	Disolver cada sobre en 125 ml de agua. 8 sobres en 1 litro de agua. Si la funcionalidad cardiaca está disminuída, no administrar más de dos sobres al día.	Puede haber hipernatremia y por tanto empeorar enfermedad de base en hipertensión arterial, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca. Controlar periodicamente los niveles de electrolitos.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A06AG LAXANTES: ENEMAS					
Sodio, fosfato dibásico Sodio, fosfato monobásico (Enema Casen®) EXO	Enema	Rectal Según necesidad.	Evacuación intestinal rápida.	Lubrificar el aplicador con vaselina para evitar lesionar el recto o el ano. Administrar a temperatura ambiente.	Efecto laxante inmediato.
Laurilsulfato sódico, acetato Sodio, citrato, dihidrato (Micralax®) EXO	Enema	Rectal Según necesidad	Estreñimiento geriátrico, defecación dolorosa, preoperatorio, rectoscopia y simoidoscopia.	Administrar el contenido de la cánula por vía rectal, insertando la longitud total de la cánula.	Efecto laxante inmediato. Contraindicaciones: Crisis hemorroidal aguda. Colitis hemorrágica.

A06AX OTROS LAXANTES

Glicerol (Supositorios Rovi®) EXO	Supos	Rectal 1 supositorio/24 h	Estreñimiento, dependencia de laxantes.	Humedecer el supositorio en agua fría antes de aplicarlo.	Los efectos laxantes aparecen a los 15-30 min.
---	-------	------------------------------	---	---	--

Como alternativa a los tratamientos de rescate para el estreñimiento inducido por opioides en pacientes con enfermedad terminal en cuidados paliativos cuando la respuesta a los laxantes habituales no es suficiente se traerá en casos justificados (y sólo en el Hospital) metilnaltrexona (Relistor®).

A07 ANTIDIARREICOS, ANTIINFECCIOSOS Y ANTIINFLAMATORIOS INTESTINALES

A07CA FORMULAS PARA REHIDRATACION ORAL

Glucosa 20 g Potasio, cloruro 1,5g Sodio, citrato 2,9g Sodio, cloruro 1,2g (Sueroral Hiposódico®)	Sobres	Oral 1 sobre/6h	Deshidratación asociada a diarrea	Disolver 1 sobre en un litro de agua. Administrar a temperatura ambiente dentro de las 24 horas de su preparación. Administrar lentamente para evitar vómitos.	No recomendado si insuficiencia renal ni en diabéticos.
--	--------	--------------------	-----------------------------------	--	---

A07DA INHIBIDORES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL

Loperamida (Fortasec®)	Caps (2 mg)	Oral 2 caps de inicio y 1 después de cada deposición. Dosis máxima: 8 caps al día.	Tratamiento de la diarrea aguda no infecciosa o diarrea crónica asociada a enfermedad intestinal inflamatoria o colón irritable. Diarreas osmóticas.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: abrir la cápsula y dispersar su contenido en 15 ml de agua. Evitar la administración conjunta con	No debe usarse prolongadamente sin evaluar las causas del proceso. En pacientes con insuficiencia hepática grave está contraindicada y en insuficiencia moderada hay que reducir la dosis.
----------------------------------	-------------	--	---	--	---

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
				colestiramina, ya que reduce la absorción de la loperamida.	Puede potenciar la acción de los anticolinérgicos.
A07XA OTROS ANTIDIARREICOS					
Racecadotril (Tiorfan ®)	Caps (100 mg)	Oral 100 mg/8h durante no más de 7 días	Tratamiento sintomático de la diarrea aguda.		La experiencia en personas con insuficiencia renal y/o hepática es limitada, si se utiliza en estos casos tener precaución. Este medicamento no ha sido suficientemente estudiado en la diarrea crónica. Racecadotril tampoco se ha estudiado en la diarrea causada por antibióticos.

PRINCIPIO ACTIVO PRESENTACION VIA Y POSOLOGIA INDICACIONES NORMAS DE ADMINISTRACION OBSERVACIONES

A10 ANTIDIABETICOS

DIABETES

El seguimiento de una dieta equilibrada y baja en hidratos de carbono de absorción rápida, una buena distribución de la ingesta calórica, así como un acercamiento al peso ideal en casos de sobrepeso, es fundamental en el tratamiento de la diabetes.

A10A INSULINAS

TIPO	ASPECTO	COMIENZO EFECTO	EFECTO MAXIMO	DURACION EFECTO
Rápida (Actrapid)	Claro	½ hora	1 a 3 horas	8 horas
Rápida (Glulisina)	Claro	15 min	55 min	1,5-5 horas
Intermedia(NPH, Mixtard)	Turbia	1 a 2 horas	4 a 8 horas	12 a 16 horas
Lenta (Lantus, Levemir)	Turbia	2,5 horas	4-5 horas	18 a 24 horas

Insulina humana (Insulina Apidra®) (Insulina Insulatard NPH®) (Insulina Mixtard®) Análogos de insulina (Insulina Lantus®)	Vial (100 u/ml) Jeringas precargadas / Solostar (100 u/ml)	SC La posología varía según las necesidades, tipos de insulina, pautas, etc... de cada paciente.	Pacientes diabéticos que requieran insulina para su correcto control metabólico.	No utilizar si se ha sometido a congelación. Jeringas precargadas o viales en uso, pueden mantenerse a temperatura ambiente durante un mes. Sólo la insulina rápida es válida para utilizar por vía intravenosa.	La jeringa precargada es la forma más cómoda de insulina. Solo presenta dificultad la administración de dosis muy pequeñas. Pueden reducir el efecto hipoglucemiante de la insulina: glucocorticoides, heparina, diuréticos tiazídicos, fenitoína. Pueden potenciar el efecto hipoglucemiante: IECA, clofibrato, salicilatos, tetraciclinas, IMAO. Los β bloqueantes pueden modificar la reacción hipoglucémica de la insulina.
--	--	---	--	--	--

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
------------------	--------------	-----------------	--------------	--------------------------	---------------

A10BB ANTIDIABETICOS ORALES: SULFONILUREAS NO HETEROCICLICAS

Mecanismo de acción: De forma aguda incrementa la secreción de insulina del páncreas. De forma crónica, disminuye la excesiva producción hepática de glucosa y aumenta su capacidad periférica.

En ancianos es preferible evitar los hipoglucemiantes de acción prolongada. Son de elección los antidiabéticos de vida media corta o intermedia. Glipizida se considera de elección en geriatría.

En pacientes con insuficiencia renal grave está contraindicado el uso de antidiabéticos orales.

El uso de β bloqueantes puede enmascarar las reacciones de alerta del organismo ante una hipoglucemia.

No ingerir bebidas alcohólicas por posible aparición de efecto antabús.

Los pacientes ancianos malnutridos y aquellos con disfunción renal o hepática necesitan dosis iniciales inferiores.

Los IECA (enalapril) y los ISRS pueden potenciar su acción.

Precaución en la administración concomitante de diuréticos tiazídicos por una posible pérdida del control glucémico.

PRINCIPIO ACTIVO	DURACION DE ACCION	EXCRECION URINARIA	DOSIS (mg/día)
GLIPIZIDA	6-10 horas	68%	2,5-30 mg/día (1-2 tomas)
GLICLAZIDA	10-20 horas	60-70%	40-240 mg/día (1-2 tomas)
GLIMEPIRIDA	24 horas	58%	1-4 mg/día (dosis única)

Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI

Gliclazida (Diamicron®)	Comp (80 mg)	Oral 40 a 240 mg/día repartidos de 1- 2 tomas (dosis ≥ 160 mg dividir las en dos tomas).	Tratamiento de la diabetes tipo II estable y que no puede controlarse con la dieta.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Se debe administrar antes o durante el desayuno. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 10 ml de agua.	Metabolismo hepático
----------------------------	--------------	--	---	--	----------------------

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Glipizida (Minodiab®)	Comp (5 mg)	Oral 2,5 a 30 mg/día repartidos de 1-2 tomas.	Tratamiento de la diabetes tipo II estable y que no puede controlarse con la dieta.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Se debe administrar 30 minutos antes de las comidas. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Es de elección en geriatría por su vida media intermedia y por no presentar metabolitos activos. Metabolismo hepático
Glimepirida (Glimepirida EFG®)	Comp (2, 4 mg)	Oral 1-4 mg/día en dosis única.	Tratamiento de la diabetes tipo II estable y que no puede controlarse con la dieta.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua, preferentemente por la mañana, antes o durante el desayuno. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Eliminación totalmente hepática
A10BA ANTIDIABETICOS ORALES: BIGUANIDAS					
<u>Mecanismo de acción:</u> no es bien conocido, aunque parece que no estimula la producción de insulina, sin embargo precisan de insulina para ser efectivas y para que actúen incrementando la captación periférica de glucosa.					
Metformina (Metformina EFG®)	Comp (850 mg)	Oral 850-2500 mg/día en 1-3 tomas.	Tratamiento de diabetes tipo II que no responde a dieta más sulfonilureas En pacientes obesos, asociada a insulina o sulfonilureas.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar junto a las comidas. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	No administrar en caso de insuficiencia hepática grave, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca grave. Puede originar acidosis láctica.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A10BF ANTIDIABETICOS ORALES: INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA					
<u>Mecanismo de acción:</u> actúan retrasando la absorción de los hidratos de carbono.					
Acarbosa (Glucobay®)	Comp (50 y 100 mg)	Oral Dosis inicio:50 mg/8h durante 7 días. Mantenimiento: 100 mg cada 8 h. En dosis superiores a 150mg/24h puede haber hepatitis, hiperbilirrubinemia e ictericias asintomáticas que cesan al suspender el tratamiento.	Tratamiento de diabetes como paso intermedio de tratamiento dietético a tratamiento con antidiabéticos orales y de tratamiento de antidiabéticos orales a insulina.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. La acarbosa debe administrarse justo antes de comer para alcanzar su máxima eficacia y acompañados de suficiente agua. El efecto farmacológico puede reducirse por resinas de intercambio iónico y antiácidos. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	El tratamiento oral de la hipoglucemia en los pacientes que reciben acarbosa debe hacerse con glucosa (Glucosmon 50). Puede reducir los niveles sanguíneos de hierro. Son frecuentes los efectos adversos gastrointestinales leves (derivan de la mala absorción de carbohidratos y posterior fermentación de éstos en el colon). No recomendado en pacientes con insuficiencia renal grave. Distanciar la administración de digoxina.
A11 VITAMINAS					
A11DA VITAMINA B₁					
Tiamina (Benerva®)	Comp (300 mg)	Oral 300-1200 mg/día de 1 a 3 tomas. Casos graves: 600-1200 mg/día 1-2 semanas, luego 300 mg/día durante varias semanas.	Estados carenciales de Vit B ₁ , neuritis (ciática, lumbalgia, neuropatía diabética, neuritis óptica), alcoholismo con encefalopatía o neuropatía.	Tragar entera, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comprimido y diluir en 15 ml de agua.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
A11DB COMBINACIONES DE VITAMINA B1 CON VITAMINAS B6 Y/O B12					
Hidroxibalaminina Piridoxina, clorhidrato Tiamina, clorhidrato (Hidroxil B₁, B₆ Y B₁₂)[®]	Comp EXO	Oral 1 comp / 6-8h	Estados carenciales de Vit B ₁ , B ₆ y B ₁₂ . Neuritis, polineuritis, ciática, distrofias musculares.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	
A12AX COMBINACIONES DE CALCIO CON OTROS FARMACOS					
Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Calcio, fosfato Colecalciferol (Osteomerck[®])	Sobres Colecalciferol 800 UI/Calcio fosfato 3,3 g	Oral 1 sobre/24 h. En 150mL de agua. Forma una suspensión homogénea.	Estados carenciales de calcio y vit D. Coadyuvante en la profilaxis y tratamiento de la osteoporosis.	Se aconseja tomar después de las comidas preferiblemente en la cena y disuelto en un poco de agua. Distanciar la toma de fenitoina y tiazidas. La hipercalcemia puede potenciar los efectos y toxicidad de la digoxina.	Otros suplementos de calcio y calcio con vitamina D se sustituirán por Osteomerck. En insuficiencia renal o hepática se reduce su actividad. Puede agravar cálculos renales de calcio.
A12BA SUPLEMENTOS MINERALES: POTASIO					
Potasio, cloruro (CL K[®])	Vial (40 mEq/20 ml) H	IV: Tratamiento:40-96 mEq K ⁺ /día. Profilaxis: 8 mEq K ⁺ /día	Tratamiento y profilaxis de la hipopotasemia.	Conc _{max} de dilución: 40 mEq/ml Veloc. Infusion max: 0.5-1 mEq/kg/h Sueros compatibles: SF, G5%	
Ascorbato Potásico (Boi K[®])	Comp 30 mg de ión K ⁺ (10 mEq) y 250 mg de Ac ascórbico	Oral 2-4 comp/día Administrar en 2 o 3 tomas.	Hipopotasemia. Tratamientos prolongados con diuréticos eliminadores de potasio.	En una pequeña cantidad de agua se pueden disolver los comp efervescentes que sean necesarios. Administrar con alimentos para minimizar los efectos gastrointestinales.	Precaución al tomar conjuntamente con IECA o diuréticos ahorradores de potasio. Ajustar la dosis si insuficiencia renal.

B

SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
B SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS					
B01 ANTICOAGULANTES					
B01AA ANTITROMBOTICOS: ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K					
Acenocumarol (Sintrom®)	Comp (1 y 4 mg)	Oral 4 mg/día durante los 3 primeros días. Después la dosis debe instaurarse según el tiempo de protombina o INR.	Tratamiento y profilaxis de afecciones tromboembólicas (embolia pulmonar, fibrilación auricular, fallo cardiaco...).	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. La dosis diaria se tomará siempre a la misma hora del día.	Potencian su acción: salicilatos, antibióticos, antiarrítmicos, antidiabéticos orales, hormonas tiroideas... Inhiben su acción: barbitúricos, carbamazepina, rifampicina, colestiramina, alimentos ricos en vitamina K, ... Importante control de concentraciones plasmáticas.
B01AB ANTITROMBOTICOS: HEPARINA Y DERIVADOS					
Heparina sódica (Heparina sódica® 1% 5 ml)	Vial (1000 ui/ml) =10 mg/ml	IV Tratamiento según peso y factores de riesgo.	Arterioesclerosis, arteritis crónica de los miembros inferiores, ateromatosis de los grandes vasos, arteritis cerebral, senil y presenil. Profilaxis obstrucción cateter venoso.	No utilizar la vía IM. IV: directa Perf interm.: en 50-100 ml Perf cont: en 250-1000 ml (10-20 UI/kg/h) Sueros compatibles: SF, G5%	Los ancianos pueden ser más propensos a las hemorragias durante el tratamiento. La insuficiencia renal puede aumentar el riesgo de hemorragia.
Nadroparina calcica (Fraxiparina®) (Fraxiparina Forte®) Para Intrecambio terapéutico mirar anexo VI	Jeringa precargada 0.3 ml (2850 UI) 0.4 ml (3800 UI) 0.6 ml (5700 UI) 0.8 ml (7600 UI) Forte. 0.6 ml (11400 UI) 0.8 ml (15200 UI)	SC Tratamiento según peso y factores de riesgo.	Profilaxis de la enfermedad trombótica venosa y tratamiento de trombosis venosa en extremidades inferiores.	Alternar los puntos de inyección. Recomendado recuento de plaquetas al inicio del tratamiento.	Es una heparina de bajo peso molecular con una vida media mayor que la heparina convencional, mayor biodisponibilidad y menor riesgo de hemorragias. Posee una elevada actividad antifactor Xa (AXa) y una débil acción frente a la trombina (Factor IIa). Posible aumento del riesgo de hemorragia con AINEs.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
B01AC ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS (EXCL. HEPARINA)					
Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Acido acetilsalicílico (Adiro®)	Comp (100 y 300 mg)	Oral 100-300 mg/día	Prevenición de infarto agudo de miocardio en angor estable o inestable. Prevenición del reinfarcto cardíaco y cerebral. Tratamiento precoz de infarto agudo de miocardio. Accidentes isquémicos transitorios.	Debe ingerirse con ayuda de líquidos, durante las comidas. Para administrar por sonda nasogástrica, machacar el comprimido y dispersarlo en una bebida de carácter ácido (zumo de naranja). También en casos de urgencia (IAM).	Contraindicado en úlcera péptica activa, hemofilia o problemas de coagulación sanguínea, insuficiencia renal grave y en terapia conjunta con anticoagulantes orales. No administrar con fármacos ulcerogénicos, puede potenciar la acción de los anticoagulantes y antidiabéticos orales. Vigilar función renal si adm concomitante de IECA y ARA II. En caso de intervención quirúrgica no urgente, suspender el tratamiento una semana antes. Precaución en asmáticos. <i>Ticlopidina presenta un riesgo elevado de efectos secundarios, especialmente agranulocitosis (2,8 %, siendo severas hasta el 0,8%) y anemia aplásica (1/25000). Sin embargo, puede ser de utilidad en pacientes con intolerancia al ácido acetil salicílico o cuando este no sea adecuado. El tratamiento durante el ingreso se mantendrá o no según el criterio del médico responsable.</i>
Clopidogrel (Plavix®)	Comp (75 mg)	Oral 75 mg /24 h	Reducción y profilaxis de eventos ateroscleróticos. Infarto de miocardio. Arteriopatía periférica establecida. Como alternativa a la AAS en caso de alergia o intolerancia.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. En caso de intervención quirúrgica no urgente, suspender el tratamiento una semana antes.	Está contraindicado el tratamiento en diátesis hemorrágica, lesiones orgánicas susceptibles de sangrado, hemopatías que producen alargamiento del tiempo de sangrado. Puede dar lugar a efectos indeseables hemorrágicos, gastrointestinales y hepatitis colestásica. En pacientes no hospitalarios, es necesario informe médico.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					Precaución adm conjunta AINEs y COX-2 (peligro aumento de pérdida oculta de sangre GI)(conocido con naproxeno). Interacciona con IBP.
Cilostazol (Ekistol®)	Comp (100 mg)	Oral 100 mg/12h	[CLAUDICACION INTERMITENTE]. Tratamiento de la claudicación intermitente en pacientes sin dolor en reposo ni con síntomas de necrosis tisular periférica, con el objetivo de aumentar la distancia recorrida sin dolor y la distancia máxima recorrida.	Administrar media hora antes o dos horas después del desayuno y de la cena.	Es un medicamento antiagregante plaquetario, vasodilatador. Precaución si uso concomitante de antiagregantes plaquetarios. Contraindicado en IC, en IR grave, IH moderada-grave Interacciona con inhibidores de la bomba de protones.
B02AA ANTIFIBRINOLITICOS: AMINOACIDOS					
Aminocaproico, ácido (Caproamin®)	Ampollas (4 g)	IV: Diluir en suero fisiológico o glucosado) IM Oral IV: 1 amp. 2-3 veces/día IM: ataque 1 amp. /4-6 h mantenimiento: 4 g/8-12h Oral: 1 amp./8-12h	Tratamiento de hemorragia asociada a hiperfibrinólisis. Tratamiento y profilaxis de hemorragia post quirurgica. Hemorragias inducidas por un trombolítico. Edema angioneurótico hereditario.	Ampollas bebibles.	El uso simultáneo de este medicamento y complejo coagulante inhibidor o complejo de factor IX, puede aumentar el riesgo de complicaciones trombóticas. Usar con precaución en ancianos con insuficiencia renal, hepática o enfermedad cardíaca.
B02BA VITAMINA K					
Fitomenadiona (Konakion®)	Ampollas (10 mg/ 1 ml)	IV IM Oral 2.5-25 mg. Si hemorragia, depende del grado; de 1-3 mg. si es leve y de 10-20 mg en graves.	Hemorragia o peligro de hemorragia debida a hipoprotrombinemia.	Oral: Para la administración por via oral se utilizarán las ampollas. IV: P. IV directa.	Solo se utilizara la vía IV en caso de hemorragias graves. La solución de la ampolla no debe mezclarse con otros medicamentos.
B02BB HEMOSTATICOS TOPICOS					

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Láminas de gelatina purificadas y esterilizadas (Espongostan®)	Láminas.	Tópico.	Hemostasia.	Aplicar sobre la superficie sangrante y presionar.	
B03AA HIERRO BIVALENTE, PREPARADOS ORALES: El hierro puede absorberse pero en personas mayores por aclorhidria. La vit C mejora la absorción de hierro.					
Ferroglicina, Sulfato (Ferbisol®)	Caps gastroresistentes (100 mg Fe ⁺²)	Oral 1 caps/día	Estados carenciales de hierro. Profilaxias de anemia ferropénica.	Las cápsulas deben tragarse sin masticar con al menos la mitad de un vaso de agua. Las cápsulas contienen gránulos gastroresistentes que pueden vaciarse de la cápsula y tragarse junto con la suficiente cantidad de agua.	Separar en tiempo de la administración de quinolonas y L-DOPA. Menos efectos secundarios gastrointestinales que el hierro sulfato. Puede ser administrado con las comidas.
Hierro (II) sulfato (Fero gradumet®)	Comp liberación controlada. (325 mg=105 mg Fe ⁺²)	Oral 325 mg/día	Profilaxis y tratamiento de anemia ferropénicas.	Tragar entero, sin masticar. Efectos secundarios gastrointestinales que se reducen al administrarlo en las comidas aunque se reduzca su absorción. No administrar por sonda nasogástrica.	Oscurece las heces. Separar en tiempo de la administración de quinolonas y L-DOPA.
B03BA VITAMINA B12					
Cianocobalamina (Optovite B12®)	Vial (1 mg)	IM Inicio:1 mg/2 días Mantenimiento: 1 mg/mes	Tratamiento de anemia perniciosa. Deficit de Vit B ₁₂ de otras causas.	La cianocobalamina puede administrarse por vía oral en pacientes que no toleran la vía intramuscular (hemofílicos), siempre que no carezcan de factor intrínseco gástrico, ni padezcan síndrome de malabsorción, anormalidades gastrointestinales que afecten seriamente su absorción o que hayan sido gastrectomizados. También SC profunda aunque la IM es la vía de administración preferente.	Precaución en la gota: la recrudece.
B03BB ACIDO FOLICO Y DERIVADOS					
Ac Fólico (Acfol®)	Comp (5 mg)	Oral Anemia megaloblástica: 5mg/24h durante 4	Tratamiento de estados carenciales de ac. fólico.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Se recomienda tomarlo con el estómago	No debe administrarse como agente único en anemias perniciosas.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
		meses. Mantenimiento: 5 mg cada 1-7 días.		vacio. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	
B05 SUSTITUTOS DE LA SANGRE Y SOLUCIONES PARA PERFUSION					
B05A1A SUSTITUTOS DE PLASMA Y FRACCIONES PROTEICAS PLASMATICAS					
Albúmina humana 20%	Vial 20%, 50 ml H	IV Depende de la afección a tratar.	Prevención y tratamiento de síndromes hipovolémicos. Hipoproteinemia debido a enfermedades renales crónicas o cirrosis hepática o desnutrición severa.	Infusión intravenosa, habitualmente a una velocidad de 5 mg/ml. Se perfunde directamente del envase o diluido en suero fisiológico o glucosado. No en agua para inyectables.	Riesgo de sobredosificación protéica. Cuidado con la hipervolemia. No debe mezclarse con otros medicamentos, sangre total o concentrados de hematíes.
B05BA SOLUCION DE GLUCOSA					
Glucosa 5% 500 ml (Fresenius kabi)	Soluc.	IV Depende del peso corporal y estado del paciente.	Tratamiento de la deshidratación hipertónica. Nutrición parenteral. Vehículo para administración de fármacos y electrolitos. Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.		Extremar precauciones en diabetes no tratadas. Control del balance hídrico no tratadas e iónico, de la glucemia y de la posible hipokalemia e hiponatremia.
B05XA SOLUCIONES DE ELECTROLITOS					
Bicarbonato sódico 1Molar (en carro paradas) Bicarbonato sódico 1/6 Molar Sodio, cloruro 0,9%, 20% (Suero Fisiológico)	Soluc Amp 10 ml (0,9% y 20%) Bolsa 100 ml Soluc 500 ml	IV Según prescripción IV La del 20% es solución hiperosmolar, administrar siempre diluida.	Acidosis metabólica: diarreas profusas, coma diabético, intoxicación salicífica y por barbitúricos. Deshidratación, hipovolemia. Vehículo de fármacos.	Evitar la extravasación. Evitar administración rápida.	Evitar la administración rápida y las enfermedades que cursen con retención de sodio e hipocalcemia. Una vez abierto el envase, existe riesgo de contaminación.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	Irrigación	Tópica	Solución estéril para lavados de heridas.		

C

APARATO CARDIOVASCULAR

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
C APARATO CARDIOVASCULAR					
C01AA GLUCOSIDOS DE DIGITAL					
Digoxina (Digoxina®)	Comp. (0.25 mg) Amp. (0.25 mg)	Oral IV (iv directa o iv intermitente). La dosificación de la digoxina debe individualizarse según la edad, la función renal, la gravedad del cuadro y otros factores. En general, las dosis en el anciano suelen ser menores que en adultos. La dosis de mantenimiento suele ser de 0,125-0.25 mg/día.	Control de la frecuencia en taquiarritmias supraventriculares. Insuficiencia cardíaca izquierda refractaria a tratamiento con diuréticos + IECA. Insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular.	Si está en tratamiento con amiodarona, el uso concomitante de ambos fármacos supone un aumento de los niveles séricos de los digitálicos. Espaciar 1-2 horas la administración de antiácidos y resinas fijadoras de ácidos biliares. En el paso de vía oral a IV debe reducirse la dosis en un 33%.	Contraindicaciones: en pacientes con taquicardia ventricular o fibrilación ventricular, bloqueo cardíaco (grados II y III), insuficiencia coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho), cardiomiopatía hipertrófica obstructiva y pericarditis obstructiva. Precauciones: en pacientes con insuficiencia renal, hipotiroidismo o hipertiroidismo, debe modificarse la dosificación. Se deberán controlar los niveles sanguíneos de electrolitos como calcio y potasio, ya que en hipokalemia e hipercalcemia incrementan la actividad digitálica, en tanto que la hiperpotasemia y la hipocalcemia la reducen. Los efectos secundarios: generalmente se deben a una sobredosificación o intoxicación digitálica: náuseas, vómitos, vértigo y confusión son los primeros signos de alarma. Los efectos más característicos son: arritmias cardíacas, bradicardia, anorexia, náuseas, vómitos, miastenia. Interacciones: la toxicidad de la digoxina puede estar potenciada por: amiodarona, propafenona, nifedipina, verapamilo, espironolactona, diltiazem, itraconazol, metildopa, antibióticos de amplio espectro por vía oral (eritromicina, tetraciclina, ampicilina), trimetropim,

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					ibuprofeno, indometacina y diacepan La eficacia puede estar reducida por: amilorida, antineoplásicos, fenitoína, colestiramina, hormonas tiroideas, antiácidos y metoclopramida. Hacer controles de digoxina 1 vez al año o si se aprecian síntomas de intoxicación. Mantener los niveles por debajo de 2 ng/ml. Puede causar anorexia.
Metil Digoxina (Lanirapid®)	Comp (0,1 mg)	Oral La dosis de mantenimiento suele ser de 0,1 mg/día habitualmente, descansando 2 días a la semana, preferentemente jueves y domingo.	Control de la frecuencia en taquiarritmias supraventriculares. Insuficiencia cardíaca izquierda refractaria a tratamiento con diuréticos + IECA	Si está en tratamiento con amiodarona, el uso concomitante de ambos fármacos supone un aumento de los niveles séricos de los digitálicos. Espaciar 1-2 horas la administración de antiácidos y resinas fijadoras de ácidos biliares.	Contraindicaciones y precauciones: similar a digoxina. Metildigoxina presenta un mayor metabolismo hepático. Puede causar anorexia. Interacciones similares a la digoxina.

C01BB ANTIARRITMICOS, CLASE IB

Fenitoína (Fenitoína amp) H (presentación IV)	Amp (250 mg)	50-100mg/10-15 min a una velocidad no superior a los 25-50mg/min hasta reversión de la arritmia o dosis máxima de 1 g. En ancianos debilitados no superar 25 mg/min.	Arritmias cardíacas auriculares y ventriculares, especialmente las inducidas por intoxicación por digitálicos.	En caso de insuficiencia hepática ajustar la dosis. Iv directa lenta o iv intermitente (diluida exclusivamente con SF). Mejor en una vena central con aguja de calibre grande o cateter iv. Luego inyectar suero fisiológico por el mismo cateter o aguja para evitar la irritación de la vena. Evitar si es posible la infusión continua.	La hipopotasemia reduce la eficacia de la fenitoína.
---	--------------	---	--	--	--

C01BC ANTIARRITMICOS, CLASE IC

Flecainida (Apocard®)	Comp. (100mg)	Inicio: 50 mg/12h, incrementando a razón de 50 mg cada 4-7 días. Máx: 300 mg.	Arritmias supraventriculares. Taquiarritmias asociadas al síndrome de Wolff-Parkinson-White.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de	Puede aumentar los niveles plasmáticos de digoxina. En pacientes con la función hepática alterada, se recomienda reducir la dosis.
--------------------------	---------------	--	---	--	---

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
		Mantenimiento: 100 mg/12h	Prevención y tratamiento de la fibrilación auricular paroxística.	agua.	IR: si Clcr<35ml/min: 50mg/12h. RAM frecuentes(10-25%): mareos, temblores o agitación. Realizar seguimiento de ECG y TA durante el tratamiento.
C01BD ANTIARRITMICOS, CLASE III					
Amiodarona (Trangorex®) H(ampollas)	Comp (200 mg) Amp (150 mg)	Oral IV (diluir con S. glucosado5%). Se inicia con 200 mg/8 horas durante 7 días. Continuar la 2ª semana con 200 mg/12 horas. Mantenimiento 200 mg 5 días a la semana (descansar Jueves y Domingo).	Arritmias supraventriculares.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. Si está en tratamiento con digital, alternar un día con amiodarona y otro con digital. IV: -P. interm: en 125-250 ml/20-120 min -P. continua: (Máx. 1200 mg) en 500 ml -Directo: 3-5min. (Solo emergencias) Administrar con control de ECG. Los ancianos son más más sensibles a los efectos de la amiodarona sobre la función tiroidea.	Contraindicado en pacientes con bradicardia sinusal, bloqueo sinoauricular y bloqueo aurículo ventricular. En pacientes con hipersensibilidad al yodo, en pacientes con alteraciones de la función tiroidea o bocio. Debe evitarse una exposición prolongada a la luz solar. Efectos secundarios más frecuentes son: oculares, dermatológicos, respiratorios, neurológicos, hepáticos, cardiovasculares, digestivos y tiroideos. La mayoría de los efectos secundarios son reversibles al cabo de cierto tiempo de suspender el tratamiento (por la larga vida del fármaco). Es un fármaco incluido entre los criterios de Beers por su riesgo de alteraciones del intervalo QT. En tratamientos prolongados se aconsejan controles periódicos de función: tiroidea, oftalmológica, respiratoria y neurológica. Es un inhibidor enzimático.
C01CA - ESTIMULANTES CARDÍACOS: ADRENÉRGICOS Y DOPAMINÉRGICOS					
Adrenalina (Adrenalina®)	Amp 1 mg/1ml	*Vía IM, SC: 200-500mcg (0,2-0,5 ml de la	Situaciones de emergencia con necesidad de respuesta		Agonista adrenérgico de acción β (predominante) y α; acción

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Dopamina (Dopamina®)	Amp 200 mg	<p>ampolla); repetir a los 15 min si se necesita; max: 1,5 mg.</p> <p>*Vía IV directa diluida: 1 amp + 9 ml de SF (cada ml de esta solución contiene 0,1 mg de adrenalina): 0,1-0,25 mg (1-2,5 ml) en bolo lento; puede repetirse en 5-15 min. En parada cardiorrespiratoria: 0,5-1 mg (5-10 ml) cada 5 min, según necesidades.</p> <p>*Infusión iv: diluir en Glucosa 5%. Usar una vena gruesa o cateter central.. No mezclar con bicarbonato ni con nitratos.</p> <p>Infusión IV continua: diluida (400mg en 500 ml de glucosa 5%). El efecto varía según la dosis::</p> <p>-Efecto dopaminérgico: 1-4 mcg/kg/min.</p> <p>-Efecto β1 cardiaco: >5 mcg/kg/min.</p> <p>-Efecto α1:>8-10 mcg/kg/min</p>	<p>simpática. Parada cardiorrespiratoria.</p> <p>Tratamiento del bloqueo AV completo. Broncospasmo.</p> <p>Shock anafiláctico.</p> <p>Hipotensión periférica aguda.</p> <p>Shock refractario a expansión de volumen, hipotensión asociada a infarto, trauma, shock séptico.</p>		<p>vasopresora; es de elección en shock anafiláctico, también se emplea en resucitación cardiopulmonar avanzada; usar sólo en casos de riesgo vital.</p> <p>Precaución en cardiopatía isquémica, diabetes mellitas, hipertensión, hipertiroidismo.</p> <p>Efectos secundarios: ansiedad, temblor, taquicardia, cefalea, hiperglucemia. A dosis elevadas: arritmias, hemorragia cerebral, edema pulmonar...</p> <p>Agonista adrenérgico, con acción farmacológica vasoconstrictora o vasodilatadora según el rango de dosis. Corregir la hipovolemia. Administrar dosis bajas en el shock por infarto de miocardio.</p> <p>Efectos secundarios: náuseas y vómitos, vasoconstricción periférica, hipotensión a dosis bajas, hipertensión a dosis altas.</p> <p>IR: administrar sólo a pacientes con volumen intravascular adecuado. Suspender su administración si no hay respuesta y persiste oliguria.</p> <p>Agonista adrenérgico de acción cardiotónica y broncodilatadora β no selectiva; usado en shock con</p>
Isoprenalina=Isoproterenol (Aleudrina®)	Amp 0,2 mg	<p>IV.</p> <p>IM o SC sólo si no es posible la vía IV.</p>	<p>Bloqueo cardiaco, bradicardia severa y en algunos casos de RCP. También se ha empleado</p>		

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
			en S de Stokes-Adams, hipersensibilidad del seno carotideo, broncoespasmo durante la anestesia y como coadyuvante en tratamiento de shock.		vasoconstricción (no en ICC) y bloqueo AV cardiaco que no responde a atropina.

C01DA VASODILADORES: NITRATOS ORGANICOS

Nitroglicerina (Nitroderm TTS® y Trinispray®)	Parche (5 y 10 mg) Aerosol (400 mcg/puls)	Tópico Vía sublingual: 0'3-1 mg cada 10 minutos, hasta 3-4 veces si se precisa para controlar el dolor. Cada pulsión del frasco contiene 0,4 mg de nitroglicerina. Se dirigirá la corriente gaseosa, en la región sublingual retardando unos segundos su deglución. Vía transdérmica (parche): Comenzar con 5 mg/día y ajustar la dosis a la clínica: En el caso de utilizarlos como coadyuvante en la insuficiencia cardíaca congestiva: aplicar el parche a la noche y retirarlo a la mañana.	Tratamiento de la fase aguda de la angina de pecho (sublingual). Prevención de las situaciones que pueden desencadenar angor (sublingual 10 min antes del esfuerzo). Tratamiento de cardiopatía isquémica (parche). Tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva (parche). Tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva asociada a infarto de miocardio(parche).	Sublingual: El paciente debe permanecer sentado. Parche: Adherir a una zona cutanea poco vellosa (torax o cara interior de los brazos). Ir rotando de zona de aplicación. El parche se retira a las 14-16 horas para evitar el fenómeno de tolerancia.	Contraindicado en pacientes con hipotensión severa, infarto de miocardio, shock, traumatismo cráneo-encefálico. Precaución en pacientes con glaucoma, hipotensión, hipovolemia, hipotiroidismo, insuficiencia renal e insuficiencia hepática. Efectos adversos: cefaleas, síncope e hipotensión, especialmente con las primeras dosis. Para evitar dermatitis exfoliativas con las formulaciones tópicas, se recomienda cambiar la zona de aplicación importante en las formas transdérmicas. Puede haber efecto rebote.
Mononitrato de isosorbide (Uniket®) Para Intrecambio	Comp (20 mg y retard 50mg)	Oral Individualizar el tratamiento según respuesta. Comenzar con 10 mg/12 horas e ir	Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardiaca congestiva.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Admionistrarlo sentado y no levantarse de repente para evitar mareos. Administrar 1 hora antes ó 2 horas después de las comidas.	Las mismas que las de la Nitroglicerina. Precaución si TAS < 90 mmHg. Cuidado con la hipotensión ortostática. Al comienzo del tratamiento puede

Eliminado: Comp s

Eliminado: u

Eliminado: comp

Eliminado: comp

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
terapéutico mirar anexo VI		aumentando progresivamente. Dosis usual: 20 mg/8-12 horas. En caso necesario puede aumentarse a 40 mg/12 horas. Retard administrar preferiblemente por la mañana, salvo si crisis nocturnas.		Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. Mantener la dosis lo más baja posible.	haber cefaleas que remiten tras unos días de tratamiento.
C01EB OTROS PREPARADOS PARA TERAPIA CARDIACA, SOLOS					
Adenosina (Adenocor®)	Vial 6 mg	IV: 3 mg en bolo rápido de 1-2 seg lavando vía a continuación con 5-10 ml de SF. Si no es efectivo en 1-2 min, nuevo bolo de 6 mg. Si no es efectivo en 1-2 min, un último bolo de 12 mg. El bolo inicial debe ser de 0,5-1 mg si tratamiento concomitante con dipiridamol.	De elección inicial en la crisis aguda de taquicardia paroxística supraventricular (incluida la asociada a Wolff-Parkinson-White)		Contraindicado si bloqueo AV de 2º y 3er grado o síndrome del seno enfermo (pero no en pacientes con marcapasos). Fibrilación y taquicardia ventricular. Hipertensión arterial pulmonar. Fase aguda del IAM. Precaución en asma. Fallo renal y hepático. El dipiridamol aumenta su efecto.
C03BA DIURETICOS: SULFAMIDAS, SOLAS: Corregir desequilibrios electrolíticos antes de tratar. Los ancianos son más sensibles a las reacciones adversas.					
Clortalidona (Higrotona®)	Comp (50 mg)	Oral Dosis inicial en ins card: 25 mg/día, incrementando si es necesario a 50 mg/día. Dosis inicial en edema asociado a ins card: 25-50 mg/día, incrementando si	Hipertensión arterial. Insuficiencia cardíaca (Sólo o asociado a IECA). Edema debido a insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática o insuficiencia renal. Diabetes insípida nefrógena.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. En dosis única diaria, se recomienda su administración por la mañana, para evitar la diuresis nocturna. Administrar con alimentos para evitar la irritación gástrica. Administración por SNG: pulverizar	Recomendar dieta rica en potasio y pobre en sodio (la restricción sódica disminuye la pérdida de potasio en la orina). Especial precaución si administración concomitante de digoxina. No utilizar en caso de insuficiencia renal, sobre todo si creatinina sérica

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
		es necesario a 100-200 mg/día. Por su larga semivida puede ser administrado cada 48 horas.		finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	>2,5 mg/dl. Precaución en ins hepática. Evitar exposiciones solares excesivas, por riesgo de fotosensibilidad. Los efectos adversos más característicos son: alteraciones metabólicas (hiperglucemia, glucosuria, hiperuricemia, ataques de gota, alcalosis hipocloremia, hipercalcemia, hiponatremia, hipopotasemia e hipomagnesemia), sequedad de boca, astenia, sedación, somnolencia, dolor y calambres muscular. Puede reducir el efecto de la insulina y los antidiabéticos orales. La eficacia de la clortalidona puede estar reducida por los AINES. Su toxicidad puede ser potenciada por alopurinol.

C03CA DIURETICOS DE TECHO ALTO: SULFAMIDAS, SOLAS

Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Furosemida (Seguril® amp) (Furasemida comp EFG®)	Comp (40 mg) Amp (20 mg)	Oral IV/IM Dosis usual: 20-40 mg/día	Edemas en insuficiencia cardíaca, cirrosis, insuficiencia renal. Hipertensión arterial en insuficiencia renal o urgencia hipertensiva. Congestión vasculo-pulmonar en insuficiencia cardíaca crónica e insuficiencia renal.	Oral: Tragar entero, acompañado de una cantidad suficiente de agua. Administrar con estómago vacío. En dosis única diaria, se recomienda su administración por la mañana, para evitar la diuresis nocturna. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. IV:-Directo: 1-2 min. -P. inter.: ≤ 4 mg/min /50-500 ml -P. continua Sueros compatibles: SF, G5%.	Precaución en pacientes con diabetes, hiperuricemia y trastornos de audición. En caso de insuficiencia hepática, debe modificarse la dosis. Puede alterar algunas determinaciones en sangre: Aumento de la fosfatasa alcalina, ácido úrico, calcio, urea y glucosa, Reducción de tiroxina y liotironina. En orina: aumento de calcio. Efectos secundarios más frecuentes son: hipopotasemia, hiperuricemia, hiperglicemia, hipotensión ortostática, gastrointestinales, fotosensibilidad. Interacciones con: digitálicos, AINES,

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Torasemida (Sutril neo®)	Comp 5 y 10 mg Dosis máxima: 40 mg.	Oral	Restringido su uso en Fundación Matia a pacientes alérgicos a furosemida y edemas refractarios a furosemida	No usar si su color es amarillento. Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	antidiabéticos, aminoglucósidos, fenitoína. Interacciones con: digitálicos, AINES, antidiabéticos, aminoglucósidos, fenitoína. Precaución en IR, IH, diabetes, transtornos de audición. La formulación neo disminuye la nicturia.
C03DA DIURETICOS: ANTAGONISTAS DE ALDOSTERONA					
Espironolactona (Aldactone A 25® y Aldactone 100®)	Comp (25 y 100 mg)	Oral Edemas: Dosis usual: 25-200 mg/día Máximo 400mg/día. HTA: Dosis inicial: 50-100 mg/día	Edemas asociados a hiperaldosteranismo secundario (ascitis, cirrosis, insuficiencia cardíaca ...). Hiperaldosteranismo primario. Hipopotasemia (si otras medidas no son suficientes o no están incluidas).	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar con alimentos para evitar la irritación gástrica. En dosis única diaria, se recomienda su administración por la mañana, para evitar la diuresis nocturna. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Inicio de acción: a las 48-72 horas. Efectos adversos: mastalgia, ginecomastia, amenorrea, metrorragia, sequedad de piel e hiperpotasemia. Interacciones: potencia la toxicidad de digitálicos y sales de potasio. Puede reducir el efecto de los anticoagulantes orales. La eficacia de la espironolactona puede reducirse por los AINES, sin embargo su toxicidad puede estar potenciada por las sales de amonio. Precaución al utilizar junto con IECAs. Contraindic.: hiperpotasemia e IR
C03EA DIURETICOS DE TECHO BAJO (ACCION MODERADA), ASOCIACION CON AHORRADORES DE POTASIO					
Espironolactona/ altizida (Aldactacine®)	Comp. (25/15 mg)	Oral Dosis usual: 1-2 comp/día.	Edemas asociados a ins cardíaca e hipertensión.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. En dosis única diaria, se recomienda su administración por la mañana, para evitar la diuresis nocturna. Administrar con alimentos para evitar la irritación gástrica. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Precaución en pacientes con niveles plasmáticos elevados de ácido úrico, historial de gota o diabetes. No administrar junto a fármacos ahorradores de potasio o suplementos de potasio o IECA. Puede aumentar la toxicidad del litio. Efectos secundarios: molestias gastrointestinales, hiperglucemia, hiperuricemia, hipotensión ortostática,

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
C04AD VASODILATADORES PERIFERICOS: DERIVADOS DE PURINA					
Pentoxifilina (Hemovas®)	Comp retard (600 mg)	Oral 600 mg/12 horas	Insuficiencia vascular periférica: claudicación intermitente.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar inmediatamente después de las comidas. No administrar por sonda nasogástrica: alternativa las ampollas (100 mg cada 3h).	fatiga, debilidad muscular, vértigos. Es importante asociar el tratamiento a: * abstinencia de tabaco. * tratamiento de factores de riesgo: diabetes, HLP, HTA. * programa de ejercicio diario. Precaución en pacientes hipotensos o con tratamiento antihipertensivo, insuficiencia coronaria e insuficiencia renal. Puede potenciar la toxicidad de los antihipertensivos, antidiabéticos y anticoagulantes orales. Efectos secundarios: Ocasionales (1-9%): náuseas, vómitos, dispepsia y estreñimiento, gastralgia, mareos y cefalea.
C05 ANTIHEMORROIDALES					
Las normas higienico-sanitarias pueden prevenir las hemorroides: * Corrección del estreñimiento; * Realizar ejercicio diario controlado; * Mantener una adecuada higiene; * Tomar comidas ricas en fibra; * Ingesta abundante de líquido					
C05AA ANTIHEMORROIDALES TOPICOS: PREPARADOS CON CORTICOSTEROIDES					
Bismuto, Fluocinolona, Lidocaina, Mentol (Synalar rectal simple®)	Crema	Tópica 2-3 aplicaciones al día.	Hemorroides, eczema perianal y fisuras anales.	Limpiar el area afectada, secarla y aplicar la crema.	Contraindicado en afecciones tuberculosas y víricas. Se debe evitar su uso prolongado. Ocasionalmente puede producir prurito.
C05AX OTROS ANTIHEMORROIDALES TOPICOS					
Ruscogenina Trimebutina (Proctolog®) EXO	Pomada	Tópica. 1-2 aplicaciones / día.	Hemorroides internas y externas.		
C05BA ANTIVARICOSOS: PREPARADOS TOPICOS CON HEPARINA					
Pentosano polisulfato	Pomada	Tópica	Flebitis, hematomas y	Extender una capa fina y friccionar.	No existe una evidencia contrastada de

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
sódico (Thrombocid®) EXO		3-4 aplicaciones diarias.	síndrome varicoso.	Aplicarla con un fino masaje.	su eficacia. Es importante para el síndrome varicoso: gimnasia + medidas higiénicas + medias elásticas. Evitar uso prolongado.
C05CA PROTECTORES CAPILARES: BIOFLAVONOIDES					
Diosmina (Daflon®)	Comp. (500 mg)	Oral Dosis usual: 1 comp/12 h. Crisis hemorroidal: 6 comprimidos al día durante los 4 primeros días, a continuación 4 comprimidos al día durante 3 días más.	Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores, funcional y orgánica. Alivio a corto plazo (2-3 meses) del edema y síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de los signos funcionales ligados a crisis hemorroidales.	Administrar preferentemente con las comidas, para reducir las molestias gastrointestinales.	
C07 BETA-BLOQUEANTES ADRENERGICOS:					
C07AB BETABLOQUEANTES CARDIOSELECTIVOS SOLOS					
Nebivolol (Lobivon®)	Comp (5 mg)	Vía oral. Dosis usual HTA: 5 mg/día. Dosis usual ICC: 5-10 mg/día.	Hipertensión arterial. ICC	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con las comidas todos los días a la misma hora.	Eliminación hepática y renal. Contraindicaciones: Insuficiencia hepática, asma grave, bradicardia intensa, hipotensión. La eficacia del neбиволol puede ser reducida por AINES.
Atenolol (Atenolol®)	Comp (50 y 100 mg)	Oral Dosis usual: 50-100 mg/día	Hipertensión arterial. Angina de pecho. Arritmias cardíacas. Infarto agudo de miocardio.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. Suspender 48 horas antes de intervención quirúrgica.	Escaso metabolismo hepático. Precaución en: enfermedades broncoespásticas, diabetes, enf. de Raynaud, insuf. cardíaca, diabetes. No suspender bruscamente un tratamiento. Interacciona con amiodarona y naproxeno.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
C07AG ALFA Y BETABLOQUEANTES					
Carvedilol (Carvedilol EFG®)	Comp (6.,25mg y 25 mg)	Oral Dosis inicial: 12,5 mg/día. Dosis usual: 25 mg/día Dosis máx: 50 mg/día	Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica. Insuf. cardíaca congestiva.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Precaución en pacientes con enfermedades broncoespásticas, diabetes, enf. de Raynaud, insuf. cardíaca, diabetes, IR. No suspender bruscamente un tratamiento. En ancianos cuidado con la hipotensión postural. Interacciona con AINEs, verapamilo.
Labetalol (Trandate®)	Amp 100 mg	IV	- Hipertensión grave, cuando sea esencial un rápido control de la presión sanguínea	IV directa: Administrar lentamente, 10 ml (50 mg) de la ampolla durante 1 minuto por lo menos. A intervalos de 5 minutos se puede repetir la dosis pero sin sobrepasar los 200 mg IV intermitente: Disolver el contenido de 2 ampollas (200 mg) con SF o SG5% hasta completar un volumen de 200 ml, obteniendo una concentración de 1 mg/ml. Infundir la dosis prescrita a una velocidad de 2 ml (2 mg) por minuto hasta que se obtenga una respuesta satisfactoria, después interrumpir la infusión. No sobrepasar los 300 mg (3 amp)	Está en el carro de paradas del Hospital. Evitar colocar al paciente en posición vertical dentro de las 3 horas siguientes a la administración por posible hipotensión ortostática.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
C08 BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO: precaución en hipertensos diabéticos.					
Amlodipino (Astudal®) Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI	Comp (5 y 10 mg)	Oral 5-10 mg/día	Cardiopatía isquémica (angina estable, inestable y variante). Hipertensión arterial.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Contraindicado en pacientes alérgicos a dihidropiridinas. Precaución en pacientes con insuficiencia hepática/renal. Efectos secundarios más frecuentes: cefalea, edemas en extremidades inferiores, fatiga y náuseas. Aumenta los niveles séricos de digoxina. Escasas interacciones.
Nifedipino (Adalat®)	Caps (10 mg) Comp retard (20 mg) Comp Oros (30mg y 60 mg)	Oral Retard: 20 mg/12-24h. Si es una sola toma, administrar por la mañana. Oros: 30 mg/día.	Cardiopatía isquémica. Hipertensión arterial refractarios a otros tratamientos. Fenómeno de Raynaud. Angina de pecho. El uso de nifedipino oral/sl para crisis o urgencias hipertensivas es poco recomendable porque la respuesta hipotensora inducida puede ser brusca, intensa y difícil de controlar. Puede producir ACVA, IAM y muerte.	Cápsula: Oral: tragar entero. Sublingual: Romper la cápsula con los dientes y mantenerla debajo de la lengua. Retard: Tragar entero. Oros: Tragar entero. Para administración por sonda nasogástrica, utilizar Adalat® cap.: retirar el contenido con una jeringa y añadirlo a 10-15 ml de agua.	Contraindicaciones: Hipotensión severa. Interacciones: puede potenciar la toxicidad de la digoxina. La cimetidina puede aumentar el efecto hipotensor de la nifedipina. El recubrimiento del Adalat Oros® se expulsa íntegramente por heces. Suspender de forma gradual. Precaución si ins cardíaca. Posible sinergia de toxicidad con β-bloqueantes.
Verapamilo (Manidon®)	Comp (80 mg) Retard (120 y 180 mg) HTA (240 mg)	Oral 120-240 mg/día si el paciente está digitalizado. 240-480 mg/día en 3 tomas, pacientes no digitalizados. Repartir la dosis total en 3 tomas ó en una, si es forma retardada.	Tratamiento y prevención de arritmias supraventriculares (sobre todo si esta asociada a cardiopatía isquémica o a hipertensión arterial). HTA, angina de pecho.	Tragar entero, sin masticar. Administrar 20 minutos antes de las comidas. Para administración por sonda nasogástrica utilizar Manidon® 80 mg grageas.	Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca, hipotensión, shock cardiogénico, infarto de miocardio reciente, taquicardia ventricular, braquicardia marcada, bloqueo cardíaco (grados II y III). En insuficiencia renal o hepática se debe ajustar la dosis. No suspender bruscamente la medicación. No asociar a β bloqueantes.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Diltiazem (Dinisor®)	Comp (60 mg) Comp retard (120 mg)	Oral Dosis usual: 120 mg/día. Administrar antes de las comidas.	Angina de pecho. Hipertensión arterial. Tratamiento de secuelas anginosas postinfarto. Insuficiencia coronaria. Profilaxis cardiopatía isquémica.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua (no utilizar la forma retard).	Eleva los niveles de digoxina y puede aumentar los de carbamazepina.. Contraindicaciones: shock cardiogénico, hipotensión, bradicardia marcada, bloqueo cardíaco. Puede aumentar los niveles séricos de digoxina. No suspender bruscamente. Ajustar en ins renal o hepática.

C09AA INHIBIDORES DE LA ANGIOTENSINA-CONVERTASA

Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI

Enalapril (Enalapril EFG®)	Comp (5 y 20 mg)	Oral <u>Tto. hipertensión arterial:</u> - Dosis inicial de 10 mg/día. - Dosis mantenimiento: 10-20 mg/día administrada en 1 toma. <u>Tto. insuficiencia cardíaca:</u> Iniciar 5 mg/día. Ajustar según clínica. Dosis máxima: 40 mg/día.	Hipertensión arterial. Insuficiencia cardíaca congestiva: tratamiento y profilaxis.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua (uso inmediato).	Riesgo de hiperpotasemia si se asocia a diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio. Es el tratamiento de elección en diabéticos con proteinuria. Precaución con la primera dosis, sobre todo si ha estado previamente en tratamiento con diuréticos (hipotensión). Efectos adversos más frecuentes: tos seca persistente(cesa al suspender el tto), mareos y cefaleas. En caso de insuficiencia renal, valorar tratamiento con Fosinopril por su doble eliminación renal y hepática.
Captopril (Captopril EFG®)	Comp 25 mg	Oral	Crisis o urgencia hipertensiva: usar vía oral, no recomendable sublingual.		

C09BA ASOCIACIONES DE IECAs Y DIURETICOS

Enalapril + Hidroclorotiazida (Enalapril +)	Comp (20/12.5 mg)	Oral 10/6.7 mg-20/12.5 mg cada 24 horas.	Hipertensión que no responda a tratamiento con monoterapia.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar	Evitar los procesos de deshidratación. Los diuréticos tiazídicos producen hipokaliemia y el enalapril
--	-------------------	---	---	--	--

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Hidroclorotiazida EFG®				finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua (uso inmediato).	hipercaliemia, no obstante algunos pacientes pueden necesitar de un suplemento de potasio. Se desaconseja el uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, por riesgo de hiperkaliemia, especialmente en insuficiencia renal. Contraindicado en IR grave e IH grave. Efectos secundarios: por lo general son transitorios. Los más comunes son: cefaleas, vértigos, fatiga, astenia e hipotensión.
C09CA ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II, SOLOS					
Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI					
Irbesartan (Aprovel®)	Comp (75, 150 y 300 mg)	Oral Dosis: Inicialmente 75 mg/día. Dosis máx: 300 mg/día Efecto más lento que IECAs.	Alternativa a los IECAs en: Hipertensión arterial. Nefropatía diabética. Mirar indicaciones en siguiente página.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	En insuficiencia renal o hepática, reducir dosis (37.5 mg/día y valorar). Reacciones adversas: cefaleas, riesgo de hiperpotasemia, infección vías respiratorias superiores, dolor de espalda. Contraindicado si hiperaldosteronismo lario o colestasis.
C10AA HIPOLIPEMIANTES: INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA					
Simvastatina (Simvastatina EFG®)	Comp (20 mg)	Oral 5-20 mg/día. Dosis máxima: 80 mg Administrar por la noche.	Hipercolesterolemias puras. Dislipemias Coadyuvante en tto cardiopatía isquémica.	Administrar preferentemente con alimentos. La dosis única por la noche es más efectiva que por la mañana. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Está contraindicado en casos de disfunciones renales o hepáticas graves. Se aconseja control periódico de CPK y transaminasas.

No hay ningún fibrato introducido en la guía pero cuando se necesitara se pediría al Servicio de Farmacia. Se traería Lopid 600 mg® (gemfibrozilo).

ARA II e indicaciones aprobadas por la Agencia Española del Medicamento (AEM):

FARMACO	HIPERTENSION	HIPERTENSION CON HIPERTROFIA VENTRIC IZQ	NEFROPATIA DIABETICA	INSUFICIENCIA CARDIACA
Candesartán	X			X
Eprosartán	X			
Irbesartán	X		X	
Losartán	X	X	X	X
Olmesartan	X			
Telmisartán	X			
Valsartán	X			X

D

TERAPIA DERMATOLOGICA

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
------------------	--------------	-----------------	--------------	--------------------------	---------------

D - TERAPIA DERMATOLOGICA

D01 ANTIFUNGICOS DERMATOLOGICOS

D01AC ANTIFUNGICOS TOPICOS: DERIVADOS IMIDAZOLICOS Y TRIAZOLICOS

Todos los derivados imidazólicos de uso tópico (bifonazol, clotrimazol, econazol, flutrimazol, ketoconazol, miconazol, oxiconazol, setraconazol y tioconazol) se consideran equivalentes.

Flutrimazol (Micetal®)	1% crema, polvo.	Tópica. 1 aplicación/24 h.	Micosis superficiales.	Limpia y seca bien antes de aplicar.	
Ketoconazol (Panfungol®)	2% gel	Vía tópica. 1 aplicación/2 veces por semana durante 2 a 4 semanas.	Dermatitis seborreica	Dejar actuar durante 3 o 5 minutos antes de aclarar.	

D01AE OTROS ANTIFUNGICOS TOPICOS

Amorolfina (Odenil uñas®)	5% solución	Vía tópica 1 aplicación 2 veces por semana hasta regeneración completa.	Onicomiasis	Leer normas de administración en prospecto.	Preferentemente tratar onicomiasis en manos. En pies sólo personas de riesgo: diabéticos, problemas mecánicos y vasculares.
------------------------------	-------------	--	-------------	---	---

NORMAS DE HIGIENE PARA LA HIDRACION DE LA PIEL

- 1.- Seleccionar un jabón de limpieza que no contenga detergente para evitar la sequedad de la piel (a ser posible libre de Ni y Co).
- 2.- Enjabonar únicamente zonas sucias (principalmente ingles, axilas, etc...)
- 3.- Aclarar y secar bien la piel.

D02AA EMOLIENTES Y PROTECTORES DERMATOLOGICOS

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Urea 5% en excipiente o/w (Formula magistral)	Emulsión	Vía tópica. 1 vez al día.	Piel seca.	Aplicar después de la higiene con la piel bien seca.	
Sulfato de cobre/zinc (1 por mil) (Formula magistral)	Solución	Vía tópica. 1 vez al día.	Ulceras venosas. Dermatitis exudativas.	Aplicar 10 minutos. Secar bien.	
D02AB EMOLIENTES Y PROTECTORES: PRODUCTOS CON ZINC					
Aceite de almendro, lanolina, zinc óxido (Pasta Lassar Imba®)	Pasta 50 g	1-2 aplicaciones diarias	Quemazón cutánea, quemaduras de 1er grado, prevención de maceraciones.		
D02AC PREPARADOS DE VASELINA Y PRODUCTOS GRASOS					
(Vaselina pura Richelet®)	30g	Aplicar una capa de producto en la zona afectada	Quemazón cutánea, eliminación cutánea, apósitos asépticos, lubricante en tactos rectales o sondajes uretrales	Emoliente y protector dermatológico	Precaución: dermatosis aguda y subaguda
D03BA PREPARADOS PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Y ULCERAS					
Proteasa, clostridiopeptidasa A (Irujol mono®)	Pomada 30 g	1 aplicación/24h, en capa de aproximadamente 2mm sobre la zona a tratar, ligeramente humedecida	Desbridamiento enzimático de los tejidos necrosados en úlcera cutánea.		En caso de infección concomitante administrar además antiinfecciosos vía sistémica.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
D05 ANTIPSORIASICOS					
D05AX OTROS ANTIPSORIASICOS PARA USO TOPICO					
Urea 10% Acido salicílico 2% Hidrocortisona 1% Vaselina 10% (Formula magistral)	Emulsión	Vía tópica 1 vez al día.	Psoriasis (cara y pliegues y cuero cabelludo).		En estadíos no muy agudos se puede administrar la misma fórmula sin corticoides.
D06 ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERICOS DE USO DERMATOLOGICO					
D06AX OTROS ANTIBIOTICOS TOPICOS					
Mupirocina (Bactroban®) (Bactroban nasal®)	2% pomada	Vía tópica 3 veces al día.	Infecciones bacterianas tópicas, principalmente frente a aerobios gram-positivos así como <i>Neisseria</i> y <i>Haemophilus</i> y otros gram-negativos aerobios. Erradicación de <i>Staphylococcus</i> , incluido SARM nasal en portadores.	Ver normas de administración en el prospecto.	Reacciones adversas más frecuentes: sensación de quemazón cutánea, prurito, eritema. Bactroban pomada contiene polietilenglicol (macrogol), motivo por el que debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia renal o a pacientes de edad avanzada, en los que la presencia de insuficiencia renal y la posibilidad de absorción sistémica de polietilenglicol a través de piel dañada podrían empeorar la función renal.
Acido fusídico (Fucidine®)	2% crema	Vía tópica 3 veces al día durante 7 días.	Infecciones bacterianas tópicas, sobre gram-positivos aerobios o anaerobios. Quemaduras. Infecciones nasales y otitis externas.	Ver normas de administración en el prospecto.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
			Erradicación de <i>Staphylococcus</i> , incluido SARM nasal en portadores.		
D06BA QUIMIOTERAPICOS TOPICOS: SULFAMIDAS					
Sulfadiazina de plata (Silverderma®)	1% crema 50 g	Vía tópica 1 - 2 veces al día. Si heridas muy contaminadas cada 4-6 horas.	Infecciones bacterianas de piel. Quemaduras. Ulceras varicosas infectadas. Particularmente activa frente a <i>P. aeruginosa</i> .	Ver normas de administración en el prospecto.	No usar en cara y manos. Puede pigmentar. No administrar a la vez que Iruxol mono®. Si se administra en heridas abiertas tener en cuenta la posible absorción.
D06BX OTROS QUIMIOTERAPICOS TOPICOS					
Metronidazol (Metronidazol 0,75% Viñas®)	Gel 30g	1 aplicación/12h	Ulceras olorosas	Limpiar la zona antes de la aplicación. Aplicar una capa fina, efectuando un ligero masaje.	

D07 PREPARADOS DERMATOLÓGICOS CON CORTICOSTEROIDES

* Los corticoides se clasifican según su potencia, que está en relación con el componente y con la concentración del mismo. Lo más conveniente es elegir un reducido número de cada potencia. Utilizar siempre el de menor potencia que proporcione la respuesta adecuada.

* Además a la hora de seleccionar el producto ha de tenerse en cuenta: el tipo, localización, extensión de la lesión, condiciones de la piel, forma galénica ...

* La cura oclusiva aumenta la absorción. No mantener más de 12 horas.

* Fórmula a utilizar:

- Dermatitis secas: fórmulas grasas (ungüento, pomada)
- Dermatitis húmedas: fórmulas acuosas (loción, crema)

* En caso de infección cutánea, suspender el tratamiento corticoideo y tratar la infección.

* En caso de necesidad de realizar varios ciclos de tratamiento, espaciarlos por lo menos un mes para evitar taquifilaxia.

* La asociación antibióticos y antimicóticos es controvertida.

* Posología habitual: 2 veces al día y disminuir la dosis en forma progresiva.

* La absorción cutánea en ancianos es mayor, adecuar la dosis.

INDICACIONES DE CORTICOIDES EN DERMATOLOGÍA

- Dermatitis de contacto
- Dermatitis atópica
- Psoriasis en cara, pliegues y cabeza
- Dermatitis de éstasis
- Liquen simple crónico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS CORTICOIDES EN ADMINISTRACION PROLONGADA					
<ul style="list-style-type: none"> - Atrofia de piel. - Reacciones locales del tipo púrpura, equimosis, hipertrichosis, acné esteroideo. - Enmascaramiento de procesos infecciosos. - Síndrome Cushingnoide (si son aplicaciones de gran extensión, administración reiterada y extensa). Retirar el tratamiento gradualmente en estos casos. - Efectos inmunosupresores 					
<u>POTENCIA MUY ALTA</u>			<u>POTENCIA INTERMEDIA</u>		Las cremas con corticoide no incluidos en la guía se intercambiarán por cremas con corticoide de la misma potencia incluidas en la guía.
Clobetasol*		0,05%	Clobetasona, butirato	0,05%	
Halcinónido		0,1%	Fluocortina	0,75%	
<u>POTENCIA ALTA</u>			Hidrocortisona butirato* 0,1% Hidrocortisona propionato 0,1%		
			<u>POTENCIA DEBIL</u>		
Betametasona, dipropionato		0,05%	Hidrocortisona acetato		0,25%, 0,5%, 1%, 2,5%
Beclometasona, dipropionato		0,025%			
Betametasona, valerato		0,1%			
Budesónido		0,025%			
Desoximetasona		0,25%			
Diflucortolona, valerato		0,1%			
Fluocinolona, acetónido		0,025%			
Fluocinónido		0,05%			
Fluocortolona monohidrato		0,2%			
Metilprednisolona, aceponato		0,1%			
Mometasona furoato		0,1%			
Prednicarbato*		0,25%			
Halometasona		0,05%			
Fluticasona propionato		0,005%, 0,05%			
Hidrocortisona aceponato		0,127%			
(*) Aprobados en la Guía Farmacoterapéutica.					
<u>POTENCIA INTERMEDIA:</u>					
Hidrocortisona 0'1% (Ceneo®)	Crema y pomada	Vía tópica 1 - 2 veces al día.	Tratamiento de enfermedades cutáneas inflamatorias o alérgicas. Dermatitis.	Apilcar una capa delgada y frotar suavemente.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
POTENCIA ALTA: Prednicarato (Peitel®)	0.25% pomada, crema, solución.	Vía tópica 1 - 2 veces al día.	Tratamiento de enfermedades cutáneas inflamatorias o alérgicas, sobretodo cuando predominan las lesiones de tipo húmedo.		Corticoide tópico no halogenado, con lo que los efectos adversos típicos se reducen, pero no desaparecen. Contraindicado en quemaduras, prurito anal y vaginal
POT. MUY ALTA: Clobetasol 0,05% (Clovate®)	Crema 0,05%	Vía tópica 1 - 2 veces al día No sobrepasar un mes sin reevaluar	Tratamiento de enfermedades cutáneas inflamatorias o alérgicas.		
Betametasona dipropionato, gentamicina sulfato (Diprogenta®) EXO	Crema 60 g	Vía tópica. 1 aplicación/12h.	Tratamiento tópico de las dermatosis que responden a corticosteroidescuando éstas se complican por infección secundaria, causada por microorganismos sensibles a la gentamicina.		
D08AC DERIVADOS DE BIGUANIDAS Y AMIDINAS					
Clorhexidina digluconato (Cristalina®) EXO	1% solución 500ml		Antiséptico Desinfección punto de inserción de cateter, sondajes urinarios...		
D08AG ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES: DERIVADOS DE IODO					
Povidona iodada (Betadine®) EXO	Solución 10%	Vía tópica 1 aplicación al día.	Prevención y tratamiento de infección en heridas. Antiséptico y desinfectante de la piel		No asociar a compuestos mercuriales. Contraindicado en alergia al iodo.
D11AX OTROS PREPARADOS DERMATOLOGICOS					
Alcohol etílico 70° EXO	250ml	Vía tópica. 1 aplicación/12-24h	Antiséptico. Desinfección de la piel.	Limpiar y secar la piel antes de aplicar el preparado. Aplicar el producato con ayuda de una gasa estéril o verter directamente	No aplicar sobre piel erosionada, es irritante

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Permanganato potásico (Fórmula magistral)	Solución 1/1000 en agua o /10000 en agua	1/1000 en piel intacta 1/10000 en piel no intacta	Desinfectante de baja potencia. Bacteriostático y antimicótico en aplicaciones prolongadas (5-15 minutos). Tiene también propiedades astringentes y desecantes	sobre la zona a tratar.	Limpiar bien la zona afectada antes de aplicar.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
------------------	--------------	-----------------	--------------	--------------------------	---------------

D09AA- APOSITOS

Normas de actuación en el tratamiento de úlceras (ver procedimiento de Enfermería, cuya tabla resumen aparece en el Anexo V):

- 1.- Limpiar con suero fisiológico y secar.
- 2.- Si existe infección: sulfadiazina de plata durante unos días. Realizar curas diarias.
- 3.- Si existe tejido necrótico: desbridación quirúrgica o enzimática (mediante Irujol mono®).
- 4.- Si la úlcera es profunda: rellenar el espacio mediante:
 - Hidrocoloide gel: úlcera seca
 - Hidrocoloide pasta: úlceras poco exudativas
 - Hidrocoloide gránulo: úlceras muy exudativas
- 5.- Colocación del apósito:
 - De 2 a 4 cm mayor que la úlcera.
 - Cambiar el apósito cada semana cuando haya fugas, molestias, mal olor.
- 6.- Como epitelizante utilizar Tulgrasum®
- 7.- Si existe: presión venosa elevada, piernas edematosas y/o exudación abundante, realizar vendaje compresor. Muy importante: este vendaje se deberá realizar siempre tras la comprobación de los pulsos distales.

Apositos hidrocoloides (Varihesive Gel Extrafino®, Varihesive Gel Control®)	Apósitos	Vía tópica	Tratamiento y protección de úlceras no infectadas.	Aplicar el tul sobre la herida.	Elegir un apósito que sobrepase por lo menos 3 cm el borde de la lesión. Limpiar la lesión con suero fisiológico. Si existe mal olor, cambiar el apósito.
Apositos cicatrizantes: Glicina, benzoilo	Apositos	Vía tópica Cada 12 - 24 horas	Úlceras no infectadas. Erosiones.	Aplicar el tul sobre la herida.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
benzoato, benzoilo cloruro, cisteina, treonina (Tulgrasum Cicatrizante® 23x14 y 7x9) EXO		renovar la cura	Quemaduras de pequeña extensión. Úlceras varicosas pendientes de epitelización.		

G

TERAPIA GENITOURINARIA

G - TERAPIA GENITOURINARIA

G01A ANTIINFECCIOSOS Y ANTISEPTICOS GINECOLOGICOS

G01AF DERIVADOS DE IMIDAZOL

Metronidazol (Flagyl vaginal®)	Comp vaginales (500 mg)	Vía vaginal: 1 comp/noche, durante 10-20 días	Tricomoniasis. Vaginitis bacteriana.	Humedecer el comprimido antes de la aplicación. Introducir en el fondo de la vagina.	Esta terapéutica debe ir asociada siempre con la administración de metronidazol por vía oral.
--	----------------------------	---	---	--	---

G01BA ANTIMICOTICOS USO VAGINAL

Clotrimazol (Clotrimazol®)	Comp vaginales (500 mg)	Vía vaginal. 500 mg dosis única (noche)	Candidiasis vulvo-vaginal.	Preferible administrar a la hora de acostarse a fin de favorecer la acción local y la absorción vaginal.	En caso de no respuesta a tratamiento tópico, el tratamiento más efectivo es la administración de fluconazol 150 mg vía oral en dosis única.
--	----------------------------	--	----------------------------	--	--

G02CC ANTIINFLAMATORIOS VAGINALES

Bencidamina (Rosalgin sobres®)	Sobres 500 mg	Vía vaginal. 1-2 sobres	Vaginitis inespecíficas. Coadyuvante para otras vaginitis.	Disolver 2 sobres en 1 litro de agua tibia.	Posee efectos antiinflamatorios y antisépticos. Raramente hay sensación de prurito los primeros días de tratamiento.
--	---------------	----------------------------	---	---	--

G03CA ESTROGENOS NATURALES Y SEMISINTETICOS SOLOS

Promestrieno (Colpotrofin®)	Crema vaginal	Vía vaginal. 1-2 aplicaciones/día (una de ellas antes de acostarse)	Atrofia vaginal. Dispareunia. Vaginitis senil.	Aplicar un ligero masaje cubriendo la superficie a tratar.	
---	---------------	---	---	--	--

G04BD ANTIESPASMODICOS URINARIOS

Tolterodina (Detrusitol neo®)	Caps liberación prolongada (4 mg)	Vía oral. 4 mg cada 24 horas. Si ins renal grave (Clcr<30ml/min): 2 mg/24h	Incontinencia urinaria: tto de la vejiga inestable con síntomas de urgencia urinaria.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua, con o sin alimentos. Administración por SNG: no utilizar la forma NEO para SNG. Usar los comp de liberación normal.	Es un antagonista competitivo de los receptores colinérgicos. Efectos anticolinérgicos moderados. Interacciona con anticolinérgicos
---	-----------------------------------	--	---	---	---

G04C FARMACOS UTILIZADOS EN HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

- El tratamiento definitivo de la hipertrofia benigna avanzada sigue siendo quirúrgico.

- En pacientes que no precisan intervención inmediata o no está indicada, se dispone de otras alternativas, entre las que se encuentran:

- a) Medidas higiénico-dietéticas (ejercicio físico, tratar inmediatamente las hemorroides, evitar: estreñimiento, alcohol y picantes).
- b) Tratamiento farmacológico. Previamente descartar siempre la existencia de neoplasia prostática.

G04CA BLOQUEANTES α -ADRENÉRGICOS

Tamsulosina (Omic Ocas®)	Caps de liberación modificada y comp de liberación prolongada OCAS (0,4 mg)	Vía oral. Dosis habitual: 0,4 mg/día.	Hipertrofia benigna de próstata (sintomatología irritativa).	Tragar enteros, acompañados de una pequeña cantidad de agua. Omic ocas: independientemente de las comidas.	Precaución con hipotensión ortostática en la 1ª dosis. Cuidado con posibles sinergias Descartar la existencia de neoplasia prostática mediante PSA. La formulación ocas disminuye la nicturia.
-----------------------------	---	--	--	---	--

G04CB: INHIBIDORES DE LA TESTOSTERONA-5- α -REDUCTASA

Finasterida (Proscar®)	Comp (5 mg)	Vía oral. 5 mg/día	Hipertrofia benigna de próstata (sintomatología obstructiva).	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Disminuye las concentraciones séricas del marcador de cáncer prostático PSA en un 50% sin ejercer efecto beneficioso sobre el carcinoma, por lo que antes del inicio del tratamiento debe descartarse la existencia de neo de próstata. Mantener el tratamiento (6-12 meses) Puede desacelerar la progresión de la enfermedad. Reduce el tamaño de la próstata entre 20-25 %. La próstata recupera el tamaño inicial al suspender el tratamiento. En pacientes no hospitalarios, es necesario el informe del especialista.
---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--

H

TERAPIA HORMONAL

H - TERAPIA HORMONAL

H02 CORTICOIDES SISTEMICOS

- * Los corticoides sólo deben utilizarse cuando los beneficios superen claramente los riesgos (debido al número e importancia de sus efectos adversos e interacciones con otros medicamentos).
- * Los parámetros a tener en cuenta a la hora de la elección de un corticoide son:
 - Potencia: Hay que ajustar la dosis necesaria, realizando las equivalencias entre cada producto y el producto de referencia (Hidrocortisona).
 - Duración de acción: - Corta: 8-12 horas
 - Intermedia: 16-32 horas, que posibilita los tratamientos a días alternos.
 - Larga: 36-72 horas.
 - Actividad Mineralocorticoide: Utilizar productos que tengan dicha actividad en caso de buscar la sustitución en insuficiencias endocrinas.
- * Se debe administrar la dosis mínima necesaria para controlar el proceso, a primera hora de la mañana, durante el menor tiempo posible y a días alternos si es posible. De esta forma se evita la supresión del eje hipotálamo suprarrenal.
- * En caso de necesidad de un tratamiento de más de 2 semanas de duración con más de 60 mg de hidrocortisona ó equivalente, la pauta de retirada debe ser gradual (disminuir 2'5 - 5 mg/semana).
- * En tratamientos crónicos, normalmente dosis inferiores a 10 mg de prednisona a días alternos, no ocasionan supresión del eje hipotálamo suprarrenal.
- * Los corticoides a utilizar a días alternos son: prednisona, prednisolona, metil-prednisolona, deflazacort.
- * Los corticoides a utilizar en tratamientos sustitutivos de insuficiencia suprarrenal son: Hidrocortisona ó Cortisona. En este caso hay que intentar reproducir el ritmo circadiano, administrando 2/3 de la dosis por la mañana y 1/3 por la noche.
- * Los corticoides a utilizar en Infiltraciones locales ó intraarticulares son: betametasona Acetato + betametasona Fosfato.
- * Con excepción de las situaciones de urgencia o tratamientos locales (tópico, intraarticular, etc...) la vía de elección es la oral.
- * Los tratamientos de urgencia responden mejor a la administración en varias dosis al día de corticoides de acción corta que a la administración de corticoides de larga duración.

EFECTOS SECUNDARIOS: La administración de corticoides en períodos cortos, aún a altas dosis, está libre de efectos secundarios. Cuando se utilizan en tratamientos de larga duración producen una gran variedad de efectos secundarios:

- * Insuficiencia adrenocortical: Puede disminuirse utilizando terapia a días alternos. La suspensión de los tratamientos debe hacerse de forma gradual, a fin de evitar la insuficiencia adrenal aguda.
- * Efectos musculoesqueléticos: miopatías, pérdida de masa ósea y muscular, dolor muscular y debilidad. La posibilidad de osteoporosis debe considerarse al iniciar un tratamiento con corticoides, especialmente en mujeres postmenopáusicas. Una dieta hiperproteica puede ayudar a prevenir algunos de estos efectos.
- * Mayor susceptibilidad a infección y riesgo de reactivación de TBC.
- * Alteraciones hidroelectrolíticas: retención de sodio, edemas, pérdida de potasio y alcalosis hipocalcémica. Estos efectos son frecuentes con los corticoides de acción mineralocorticoide.
- * Efectos oculares: cataratas supcapsulares, aumento de presión intraocular y lesión del nervio óptico.
- * Efectos endocrinos: síndrome Cushing, amenorrea, hiperglucemia. En pacientes diabéticos puede requerirse cambios en la dosificación de insulina o antidiabéticos orales.
- * Efectos gastrointestinales: náuseas, vómitos, anorexia o aumento del apetito. Los corticoides se relacionan con la reactivación, perforación y hemorragia de las úlceras pépticas.
- * Efectos sobre el sistema nervioso: dolor de cabeza, vértigo, insomnio... Pueden precipitar la aparición de trastornos de la conducta.
- * Efectos dermatológicos: dificultad en la curación de heridas, atrofia cutánea, acné, estrías, hipo o hiperpigmentación.

INTERACCIONES: Los corticoides pueden interactuar con los siguientes medicamentos:

- * Inductores enzimáticos hepáticos: Medicamentos como barbitúricos, fenitoína y rifampicina, pueden aumentar el metabolismo de corticoides que requieren cambio de dosis.
- * Estrógenos: Los estrógenos pueden aumentar el efecto de la hidrocortisona.
- * Analgésicos y antiinflamatorios no esteroides: La administración concomitante de medicamentos ulcerogénicos puede aumentar el riesgo de úlcus gastrointestinal.
- * Diuréticos eliminadores del potasio: Aumentan el efecto potasio-deplecionante de los corticoides. (precaución con digoxina)
- * Anticoagulantes orales: Precaución en pacientes estabilizados con terapia anticoagulante oral.
- * Ciclosporina: La administración concomitante de prednisolona y ciclosporina puede disminuir el aclaramiento de prednisolona y aumentar las concentraciones plasmáticas de ciclosporina.
- * Vacunas: Los corticoides pueden inhibir la respuesta de las vacunaciones, disminuyendo la formación de anticuerpos.

Características generales de los corticosteroides de más frecuente empleo en la clínica:

Principio activo	Potencia glucocorticoide (mg)	Potencia antiinflamatoria relativa	Potencia mineralcorticoide relativa	Vida media (h)
Acción mineralcorticoide significativa				
Desoxicorticosterona	-	-	30	12-36
9- α -fluorhidrocortisona	0,1	10	125	12-36
Acción glucocorticoide predominante de vida corta o intermedia				
Cortisona	25	0,8	1	8-12
Hidrocortisona	20	1	1	8-12
Prednisona	5	4	0,8	12-36
Metilprednisolona	4	5	0,5	12-36
Deflazacort	6	3	0	36-48
Triamcinolona	4	5	0,1	12-36
Acción glucocorticoide predominante de vida larga				
Betametasona	0,6	5	0,05	36-54
Dexametasona	1	30	0,05	36-54

DOSIS EQUIVALENTES:

Deflazacort oral	Prednisona oral
6 mg	5 mg
Metilprednisolona oral	Prednisona oral
4 mg	5 mg
Triamcinolona oral	Prednisona oral
4 mg	5 mg
Betametasona oral	Prednisona oral
0,75 mg	5 mg
Dexametasona oral	Prednisona oral
0,75 mg	5 mg
Hidrocortisona oral	Prednisona oral
20 mg	5 mg

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
H02AB CORTICOIDES SOLOS INYECTABLES					
Dexametasona (Fortecortin®)	Amp. (4 mg)	Parenteral u oral (la ampolla se puede beber)	Afecciones agudas en las que esté indicada la administración de corticoides.	IM IV directo (2-3 minutos). P. intermitente Sueros compatibles: SF, G5%	Corticoide con acción antiinflamatoria e inmunosupresora muy elevada y escasa acción mineralocorticoide.
Hidrocortisona (Actocortina®)	Vial (100 mg)	Vía Intravenosa. 100 mg/8 horas IM, SC	Insuficiencia corticosuprenal. Shock y reacciones alérgicas agudas.	IM, sc. IV directo (3-5 minutos). P. intermitente Sueros compatibles: SF, G5%	
Metilprednisolona (Solu Moderin®, Urbason®)	Viales (20 y 40 mg)	Vía Intravenosa. 20-40 mg/día. Se puede repetir la inyección cada 30 minutos hasta un máximo de 100 mg/día IM	Afecciones agudas en los que esté indicada la administración de glucocorticoides.	IM. IV directo: 10-40 mg → 1 min. P. inter: Conc. Min: 0.5 mg/ml / 20-30 min Sueros compatibles: SF, G5%	En situaciones de urgencia está más indicada la hidrocortisona que la metilprednisolona por rapidez de acción.
Betametasona acetato + Betametasona fosfato (Celestone Cronodose®)	Viales (6/6 mg)	Vía IM e intralesional Variable según necesidad	Procesos inflamatorios con indicación de corticoides en infiltración.		
H02AB CORTICOIDES SOLOS POR VIA ORAL					
Dexametasona (Fortecortin®)	Comp. (1 mg)	Oral.	Afecciones agudas en las que esté indicada la administración de corticoides.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar con las comidas para minimizar la irritación gastrointestinal. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Corticoide con acción antiinflamatoria e inmunosupresora muy elevada y escasa acción mineralocorticoide.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Prednisona (Dacortin®)	Comp (5 y 30 mg)	Vía oral Variable según necesidades individuales. Dosis máxima: 1 mg/kg/día	Procesos inflamatorios con indicación de corticoides sistémicos.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gastrointestinal. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	En dosis única, administrar preferentemente por la mañana para mantener un ritmo circadiano similar al fisiológico. En caso de molestias gástricas se puede tomar con alimentos
Deflazacort (Dezacor®)	Comp (6 y 30 mg)	Vía oral. Variable según necesidad	Alternativa a la prednisona en tratamientos crónicos en pacientes diabéticos y osteoporóticos.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gastrointestinal. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	En dosis única, administrar preferentemente por la mañana para mantener un ritmo circadiano similar al fisiológico.

H03 TERAPIA TIROIDEA

H03AA HORMONAS TIROIDEAS Adecuar dosis en: IC, HTA, angina de pecho, contraindicado si IAM, isquemia.

Levotiroxina (Levothroid®)	Comp (50 y 100 mcg)	Vía oral. La dosificación en ancianos debe hacerse con precaución. Empezar con 25 mcg al día y aumentar a razón de 25 mcg cada 4 semanas hasta alcanzar el eutiroidismo.	Tratamiento de la insuficiencia tiroidea.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Dosis única matinal sin variación horaria. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Especial precaución en cardiópatas. El control del paciente se realiza mediante determinaciones analíticas de T4 libre y TSH. Interacciones: La levotiroxina altera los efectos de los anticoagulantes orales cuya dosis hay que ajustar. También puede modificar los requerimientos de insulina o antidiabéticos orales. Puede aumentar la acción de los antidepresivos tricíclicos y simpatomiméticos. La fenitoína puede potenciar la acción de las hormonas tiroideas.
--------------------------------------	---------------------	---	---	--	--

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
H03BB PREPARADOS ANTITIROIDEOS: DERIVADOS IMIDAZOLICOS CON AZUFRE					
Carbimazol (Neo Tomizol®) Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI	Comp (5 mg)	Vía oral. <u>Dosis inicial:</u> 5-15 mg, 3 veces/ día. <u>Dosis mantenimiento:</u> 2'5-5 mg/día	Hipertiroidismo. Preparación preoperatoria a la tiroidectomía. Recidivas tras la tiroidectomía.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Precaución en pacientes tratados con anticoagulantes por la potenciación del efecto hipoprotrombinémico. Efectos secundarios: erupción cutánea, cefalea, depresión medular.
H04AA HORMONAS GLUCOGENOLITICAS					
Glucagon (Glucagen Hypokit®)	1mg (Vial +Jer)	Dosis en hipoglucemia grave: 1mg Vía SC, IM o IV	Tratamiento de las reacciones hipoglucémicas graves.	Disolver el producto liofilizado con el disolvente que le acompaña, agitar hasta que la solución sea clara y administrar.	Guardar en nevera.
H05 HOMEOSTASIS DEL CALCIO					
<p>Se ha demostrado que la adaptación de una serie de medidas no farmacológicas puede prevenir la pérdida de masa ósea y evitar las fracturas.</p> <p>Entre ellos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio físico: caminar, andar, andar en bicicleta, realizando alguna de estas actividades cuatro veces por semana. - Evitar el fumar, tomar alcohol o café en cantidades excesivas. - Ingesta adecuada de calcio (1.500 mg/día) mediante productos lácteos bajos en grasa o recurriendo a suplementos de calcio. - Aporte adecuado de vitamina D mediante consumo de pescados o como suplementos de vitamina D y aumento de la exposición al sol. 					
Calcitonina (Calsynar®)	Amp. (100 UI) Nasal (200 UI)	Intranasal, IM, SC Posología: 50-200UI/24h.	Dolor agudo asociado a fracturas vertebrales. Enfermedad de Paget, osteoporosis postmenopáusica.		En osteoporosis se considera la última opción (alternativa) debido a sus escasas evidencias. Antes de iniciar el tratamiento con calcitonina de salmón, realizar una prueba de sensibilización.

J

TERAPIA ANTIINFECCIOSA, USO SISTEMICO

Las enfermedades infecciosas en el anciano constituyen un problema de salud pública que debe enfocarse globalmente. La disponibilidad de indicadores de calidad asistencial en relación a las enfermedades infecciosas en las organizaciones sociosanitarias, cobra cada vez mayor relevancia en una práctica asistencial en donde la minimización de riesgos, especialmente los inherentes a la práctica asistencial garantizan una buena práctica clínica.

La variabilidad de recursos asistenciales en las diferentes comunidades y diferencias terminológicas en cuanto a criterios de infección o metodología de los estudios, dificultan la comparación de los datos. Sin embargo es importante conocer y divulgar los datos propios de cada organización, para de forma multidisciplinaria reflexionar sobre las medidas preventivas más oportunas, sensibilizar de la realidad del paciente geriátrico con su comorbilidad, plurifarmacia, inmunosenescencia a los diferentes niveles asistenciales, estableciendo medidas preventivas de forma conjunta.

El paciente geriátrico está expuesto a un aumento de la prescripción de tratamientos empíricos, especialmente terapia antibiótica con el riesgo de reacciones adversas que conlleva, por todo ello hay que intentar llegar a diagnósticos específicos; constituyendo un reservorio de bacterias multiresistentes, por lo que los sistemas de identificación, control, seguimiento y prevención son de gran importancia en la comunidad.

Las enfermedades infecciosas suponen una causa importante de morbilidad y mortalidad en el paciente geriátrico institucionalizado, siendo una de las causas principales de consulta y de descompensación de pacientes con patologías crónicas. La esperanza de vida actual se debe en gran medida a la lucha contra las enfermedades infecciosas con la adquisición de medidas higiénicas, vacunaciones y tratamientos correctos.

Sin embargo las infecciones en personas mayores institucionalizadas presentan unas connotaciones especiales, ya que los gérmenes causantes de las mismas son en muchas ocasiones diferentes a los de la comunidad y los mecanismos defensivos presentan una mayor vulnerabilidad, por lo que hace que en muchas ocasiones tengan una mayor virulencia. Los huéspedes presentan una gran cantidad de comorbilidades asociadas que interfieren sobre los mecanismos defensivos o pueden descompensarse las diferentes patologías previas; la plurifarmacia también juega un papel relevante al ser causa de interacciones y de reacciones adversas. El uso indiscriminado de antibióticos genera un aumento de resistencias y de reacciones adversas, por lo que un uso racional de los mismos cobra especial importancia en el medio geriátrico

A nivel de la cadena epidemiológica el mecanismo de transmisión fundamental es el directo a través de las manos de los profesionales sanitarios (*S. aureus*, enterobacterias), y por la vía aérea (*H. influenzae*, micobacterias) produciéndose el contagio en el mismo espacio y tiempo, favorecido por un ambiente cerrado y expuesto a gran número de personas (profesionales sanitarios, de limpieza, familiares) que pueden actuar como fuente de infección. La transmisión indirecta puede deberse a la contaminación de agua y alimentos siendo la responsable de brotes epidémicos ocasionales.

También debe tenerse en cuenta las peculiaridades del huésped susceptible, con una alteración de la inmunidad natural (quimiotaxis y fagocitosis), como de los mecanismos de regulación de la inmunidad humoral y celular, que condicionan un aumento de gérmenes diferentes a los de la comunidad, con una mayor virulencia (gram+, BGN, anaerobios...).

Con el envejecimiento de la población que se está produciendo, es importante realizar una valoración geriátrica integral para identificar las diferentes necesidades de atención y clasificar adecuadamente al paciente geriátrico, con el propósito de marcarse unos objetivos concretos. En un mismo grupo etario hay individuos con características similares a los de edades más jóvenes, sin embargo hay pacientes con perfiles similares al de paciente inmunodeprimido, por lo que la etiología de las infecciones y su tratamiento difiere. El perfil de paciente en el medio residencial es el de una mujer de 84 años, con una alta prevalencia de demencia lo que dificulta la comunicación con los mismos, una alta prevalencia de malnutrición y como cada vez son más residencias de grandes dependientes conllevan de presentar complicaciones de la inmovilidad (úlceras por presión, aspiraciones, sarcopenia, deshidratación...). La población institucionalizada presenta altas tasas de prevalencia de diabetes, broncopatía crónica, incontinencia urinaria y fecal, insuficiencia renal crónica funcional y arterioesclerosis generalizada, lo que condiciona la aparición de procesos infecciosos. Sin embargo se debe tener así

mismo en cuenta que existe una gran variabilidad en los diferentes medios residenciales, con ambientes y estructuras diferentes, diferentes dotaciones de personal y niveles de formación. En fundación Matia se realiza una valoración geriátrica integral anual y ante cambios de la situación funcional de base. Esta consta de una valoración sanitaria (patologías crónicas, exploración física, analítica, ECG, valoración nutricional), valoración psicológica (cognitiva, afectiva y conductual) y de una valoración social.

El envejecimiento supone un aumento de vulnerabilidad ante factores estresores externos o internos, en un organismo donde la reserva funcional de los diferentes órganos se ha ido modificando de diferente manera a lo largo de los años. De esta manera, la alteración en un aparato se puede manifestar con sintomatología diferente (nerológica, cardiovascular...).

Es importante conocer los cambios que se producen con el envejecimiento para ajustar adecuadamente los tratamientos; así se producen cambios farmacocinéticos, principalmente en la distribución (disminución del agua corporal y aumento de la grasa), y en la eliminación con una disminución de la masa renal y del filtrado glomerular; y cambios farmacodinámicos con alteración de los receptores que son más complicados de prevenir, modificando la respuesta a las diferentes terapias realizadas.

En el paciente anciano es rara la aparición de fiebre como signo de alarma, siendo más frecuente la aparición de cuadro confusional agudo de tipo hipoactivo, por lo que el principal signo de alarma es un cambio del nivel de alerta habitual del individuo. La presentación atípica de la enfermedad es la norma en pacientes geriátricos, así, se puede presentar un cuadro de abdomen agudo sin presencia de dolor o fiebre, meningismo sin signos de rigidez cervical, neumonía sin dolor pleurítico, por lo que se prolongan los tiempos hasta que se llega a un diagnóstico adecuado. En muchas ocasiones la forma de aparición de los procesos infecciosos es a través de los síndromes geriátricos o descompensándolos de forma transitoria, los cuales son procesos de causa multifactorial que generan un deterioro funcional y aumento de dependencia (demencia, delirium, caídas, incontinencia, anorexia, caquexia, malnutrición, deshidratación).

Los ancianos es frecuente que presenten una mala salud bucodental, aumentando la presencia de gérmenes anaerobios y Gram +, que junto a la presencia de disfagia y de hipoclorhidria facilita las aspiraciones pulmonares; la alta frecuencia de incontinencia urinaria por otro lado incrementa el riesgo de infección urinaria y dificulta la recogida de muestras, obligando a realizar instrumentaciones con el riesgo que generan.

Los datos que se obtienen de la exploración física son difíciles de interpretar y también lo es el distinguir lo patológico de lo fisiológico, ya que es frecuente la aparición de soplos de causa degenerativa valvular, presencia de crepitantes basales, intervenciones previas que dificultan la exploración abdominal, en pacientes donde es complicado realizar una anamnesis adecuada por dificultades de comunicación (sensorial; visual o auditiva), bradipsiquia, motivación, etc. De igual forma es complicada la interpretación de las pruebas complementarias, con una alta frecuencia de bacteriuria asintomática; cambios osteoarticulares significativos que dificultan la interpretación radiológica y que en el medio residencial por las condiciones de los residentes en muchas ocasiones supone una barrera arquitectónica más.

Por todo ello se produce un retraso diagnóstico y terapéutico, en pacientes con alteraciones del sistema inmune, con un aumento de la virulencia de los gérmenes, que puede condicionar hospitalización, aumento de la estancia hospitalaria e incremento de mortalidad. La sospecha diagnóstica y la realización de pruebas complementarias justificadas, puede mejorar la atención sanitaria, pero también puede caerse en el riesgo de iatrogenia generarse y de instrumentaciones indiscriminadas si no se realizan con un criterio clínico conveniente.

Como factores de riesgo causantes o modificadores del curso de la infección:

- **Factores ambientales:** el nivel asistencial donde se encuentra el paciente influye en gran medida en el tipo de germen; tener en cuenta si la enfermedad se produce en el medio hospitalario o residencial, donde la expansión de gérmenes por vía respiratoria o a través de las manos del personal sanitario, al ser centros cerrados presentan diferentes formas de difusión. En dichos medios es más frecuente la utilización de instrumentación para obtener muestras o de forma terapéutica, lo que puede conllevar iatrogenia, por lo que debe quedar claramente establecido las indicaciones de las mismas para garantizar la máxima seguridad de los pacientes.
- **Factores morfológicos:** las principales vías de entrada de los gérmenes, o primera barrera defensiva, presenta diferencias sustanciales: así, la piel se encuentra atrófica, menos elástica y menos vascularizada por lo que ante mínimos traumatismos puede afectarse; en el aparato respiratorio disminuye el aclaramiento ciliar, disminuye el reflejo de la tos, ocurren cambios enfisematosos torácicos, aumento de secreciones bronquiales y aumento del tamaño de las glándulas mucosas bronquiales; en el aparato digestivo disminuye la secreción de saliva con sus componentes antibacterianos, existe hipoclorhidria que aumenta la vulnerabilidad a las enterobacterias, la presencia frecuente de divertículos y de colelitiasis que favorecen el crecimiento de bacterias; en el aparato genitourinario ocurren cambios en la capacidad de concentrar y acidificar la orina, una mayor atrofia y esclerosis de la vejiga que junto a los cambios prostáticos en el hombre y la debilidad de la musculatura pélvica en la mujer posmenopáusica favorecen la infección.
- **Factores patológicos:** la presencia de diabetes, malnutrición, broncopatía crónica, alteraciones neurológicas (demencia, secuelas de ACV, enfermedad de Parkinson), neoplasias (mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica) generan diferentes grados de inmunodeficiencia que se va a manifestar con la presencia de fenómenos infecciosos, siendo procesos más prevalentes en edades avanzadas que en otras edades.

En la Fundación Matia desde el año 2002 se viene recogiendo un análisis de la prevalencia de las diferentes infecciones que acontecen en la población geriátrica; tanto en el medio hospitalario (hospital de media estancia con unidad de rehabilitación, de convalecencia y una unidad de cuidados paliativos) como en el residencial (6 centros residenciales con 526 residentes), lo cual nos permite identificar cuáles son las infecciones más frecuentes y analizar los factores de riesgo de las mismas. Igualmente se han identificado una serie de microorganismos de declaración obligatoria interna, para realizar un control y seguimiento de los mismos.

Dos veces al año se hace un corte donde se registra el número de residentes que se encuentra en tratamiento antibiótico, indicando el tipo de infección en función de los criterios del CDC (Center of Disease) y si es conocido el agente etiológico.

Se han obtenido 235 registros, con una media de 82 años, en un 70% mujeres, un 10% de las muestras proceden del hospital, más del 60% cumplen los requisitos del CDC, utilizando un tratamiento empírico en un 73% de los casos.

Los tipos de infección más prevalentes son la infección de vías respiratorias en un 55% de las muestras, la infección del tracto urinario en un 20% y la infección cutánea (principalmente de úlceras por presión) en un 9%.

En cuanto a los gérmenes aislados el más frecuente es el *E. coli*, posteriormente *Pseudomonas aeruginosa*, *S. coagulans negativo*, *Proteus*, *Morganella* y casos esporádicos de VIH, VHB y VHC. Tabla 1.

Especial atención debe prestarse a la TBC ya que tras pacientes con VIH y grupos marginales, el principal grupo de riesgo son los ancianos (cuatro veces más frecuente que en pacientes jóvenes), como reactivación de la enfermedad previa en pacientes diabéticos, uso de corticoides, malnutrición. Estamos hablando de una población nacida en 1920 que ha padecido la vivencia de período de guerra, malnutrición y una alta tasa de enfermedad TBC. Esta es una enfermedad de presentación muy oligosintomática, y riesgo alto de contagiosidad.

Por lo tanto el perfil de paciente geriátrico es muy variable, los gérmenes difieren de los de la comunidad y se favorece la difusión de los mismos, en pacientes con una alta comorbilidad, y plurifarmacia con los riesgos de interacciones, reacciones adversas y de aumento de resistencias a los antibióticos.

Por todas las causas indicadas anteriormente es necesario crear procedimientos de actuación sobre las infecciones más prevalentes en la población geriátrica, con el trabajo multidisciplinar por parte de geriatras, farmacéuticos, especialistas en enfermedades infecciosas, así como con los servicios de microbiología y salud pública para estructurar de la forma más global posible el abordaje de los procesos infecciosos en una población vulnerable, previniendo la hospitalización y dando la mayor calidad de vida posible, teniendo en cuenta aspectos éticos sobre la toma de decisiones.

Asimismo, es igual de relevante el conocimiento y entrenamiento del personal sanitario sobre medidas preventivas como la higiene de manos y manipulación de alimentos, hay que realizar sistemáticamente campañas de vacunación antigripal, antineumocócica y antitetánica (especialmente en pacientes con alto riesgo de caídas y de úlceras por presión), y la detección de la intradérmica reacción de Mantoux para establecer un mapa de contacto a micobacterias en el medio. Además es importante el contacto estrecho con el servicio de salud pública para la detección y control de brotes epidémicos.

Tabla 1: DATOS DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

	12/6/2002	15/1/2003 29/10/2003	15/7/2004 15/12/2004	11/5/2005	13/5/2006	14/5/07	Media
Hospital:							
<i>Prev. Inf</i>	8.06%	13.9%	4.5%	9.8%	6.2%	6,38%	8.14%
Respiratoria	23%	29%	66%	70%	33%	50%	45.1%
ITU	38%	32%	25%	10%	33%	16%	25.6%
UPP	30%	19%	8%	20%	33%	16%	21%
Residencial							
<i>Prev. Inf</i>	11.4%	8.2%	4.5%	4.2%	6.2%	7.21%	6.95%
Respiratoria	51%	54%	46%	80%	50%	32%	52%
ITU	40%	28%	26%	20%	23%	32%	28%
UPP	3%	3%	7%	0%	23%	22%	12%
Total muestras	35	114	55	15	44	35	49

J-ANTIINFECCIOSOS

Dadas las características de este grupo, su abordaje se realizará además de en función del grupo terapéutico de los principios activos, en función de las patologías infecciosas. Para cada una de las patologías más frecuentes de estos colectivos se seleccionará el principio activo haciendo tres grupos:

- Enfermos sin factor de riesgo añadido.
- Enfermos que presentan factores de riesgo.
- Enfermos con alergias o intolerancias a los antibióticos de elección.

Se consideran factores de riesgo:

-Situación clínica: hipotensión, oliguria, deshidratación, vómitos, delirios...

-Situación basal:

Enfermedades debilitantes: diabetes, cáncer, alcoholismo, desnutrición, insuficiencia renal, úlceras de decúbito...

Compromiso hemodinámico: insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, arritmia...

Otros aspectos: demencia, accidentes cerebrovasculares, sonda nasogástrica, sonda urinaria, inmovilización, alta reciente de un hospital (10-15 días)...

RINITIS	-La etiología más frecuente es la viral. En este caso el tratamiento deberá ser sintomático.				
TRAQUEITIS	-La etiología más frecuente es la viral. En este caso el tratamiento deberá ser sintomático.				
FARINGOAMIGDALITIS	-Si existe sólo enrojecimiento y fiebre, probablemente se trata de una infección viral: sólo tratamiento sintomático. -Si se presentan exudados y/o adenopatías, la infección probablemente es bacteriana, por lo que hay que tratar con antibioterapia: fundamentalmente conviene cubrir el <i>S. pyogenes</i> .	-Esta patología es poco frecuente en el colectivo geriátrico.	-Sin factor de riesgo. -Con factor de riesgo -Alergia – Intolerancia.	Amoxicilina Cefditoreno Amoxicilina / clavulánico Claritromicina	500mg-1g/12h 7-10 días 200mg/12h 10 días 500/125 mg / 8h 10 días. 500 mg / 12 h 7-10 días.
OTITIS MEDIA AGUDA Y SINUSITIS AGUDA	-Por orden de frecuencia: <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> y	-La otitis media aguda es poco frecuente en el colectivo geriátrico.	-Sin factor de riesgo. -Con factor de riesgo.	Amoxicilina / clavulánico Amoxicilina / clavulánico	500/125 mg/8h 7-10 días 875/125 mg/8h 7-10 días

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
	<i>Moraxela catarrhalis.</i> -En caso de sinusitis aguda, además de estos gérmenes pueden participar anaerobios.		Alergia – intolerancia.	Claritromicina	500 mg / 12h 7-10 días
OTITIS EXTERNA	- <i>Streptococcus pyogenes</i> y <i>Staphylococcus aureus.</i>	-Conviene descartar la existencia de otitis media. -Precaución con otitis externa maligna producida por <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-Iniciar tratamiento -si no mejora valorar drenaje: <i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> -Paciente diabético.	Alcohol boricado. Acido acético 5%. Clindamicina Cloxacilina Ciprofloxacino Ciprofloxacino ótico	2 aplicaciones / día 5-7 días. 300 mg / 8h 7-10 días 500 mg / 6h 7-10 días 500 mg / 12 h 7-10 días 1 monodosis/12h 10 días
BRONQUITIS AGUDA	-Si se presenta tos irritativa, escasa expectoración, síntomas de infección viral de vías altas, probablemente se trata de una infección viral. Si no hay factores de riesgo, tratamiento sintomático. -Si existe aumento de expectoración purulenta, aumento de disnea, pensar en infección bacteriana. Los agentes más frecuentes son: <i>S. pneumonie</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis.</i>		-Con o sin factor de riesgo. -Alergia – Intolerancia. -EPOC reagudizado. -problemas vía oral	Amoxicilina / Clavulánico Claritromicina Rueda de antibióticos: Amoxicilina/ clavulánico Cefditoreno Levofloxacino Claritromicina Ceftriaxona Amoxicilina-clavulánico IV Levofloxacino IV	875/125 mg/ 8h 7-10 días 500 mg/12h 7-10 días 875/125 mg/8h 7-10 días 200mg/12h 5 días 500 mg/12h 7-10 días 500 mg/24h 7 días 500mg/12h 7 días 1 g/día IM ó IV 7-10 días

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
NEUMONIAS	<i>S. pneumoniae, H. influenzae, M. catharralis.</i>		-Sin factor de riesgo -Con factor de riesgo	Amoxicilina/ clavulánico Levofloxacino Ceftriaxona	875/125 mg/8h vo 10 días 500 mg/24h vo 7-10 días. 1 g / día 10 días IM/IV
CISTITIS EN LA MUJER	<i>-E. coli</i>			Fosfomicina trometamol Ciprofloxacino (según antibiograma)	3 g 2 dosis separadas 72 h 250mg/12h 3 días
BACTERIURIA ASINTOMATICA EN ANCIANOS		-Un porcentaje elevado de ancianos presentan bacteriuria asintomática. En estos casos no está indicado el tratamiento antibiótico.			
INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN	-Descartar la patología urológica que pueda mantener el proceso. Aconsejar las medidas higiénicas correctoras y evitar estreñimiento.	-Diferenciar entre recidiva (mismo germen) y reinfección (distinto germen). <u>Reinfección:</u> -Si es menor que 3 veces al año tratar con tratamiento normal largo (10 días). -Si es mayor que 3 veces al año derivar al especialista para descartar patología urológica. <u>Recidivas:</u> -Descartar alteración de vías o litiasis. -Tratar sólo cuando sean sintomáticos.		Recidiva tratar bajo antibiograma Reinfección en mujeres tratar como en recidiva y en hombres según nº de infecciones anuales.	
PIELONEFRITIS	<i>-E. coli, Pseudomonas, Klebsiella, Proteus...</i>	-Se recomienda ingreso	-Con o sin riesgo. -Alergia intolerancia.	Amoxicilina-clavulánico Cefaloporina 3ra gen Ciprofloxacino	1g/8h 10-14 días IV 200 mg/12h IV

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
BACTERIEMIA Y SEPSIS	- <i>E. Coli</i> , <i>Staphylococcus plasmocoagulasa</i> negativo, <i>S. aureus</i> (13 % SARM)	- <i>Bacteriemia comunitaria: E. coli</i> con betalactamasa de espectro extendido(BLEE) 1-2% - <i>Bacteriemia asociada a cuidados sanitarios: S. aureus</i> , enterobacterias, SARM		Amoxicilina/clavulánico, si BLEE + carbapenem. *Paciente estable sin factores de riesgo: amoxicilina/clavulánico o cefalosporinas de 3ª generación como ceftriaxona o cefotaxima * Sepsis grave o Shock séptico: ertapenem; si sonda vesical permanente carbapenemes o Piperacilina/tazobactam + Vancomicina.	
		- <i>Bacteriemia nosocomial: Gérmenes</i> multiresistentes * Shock séptico:		Cefalosporinas de 3ª o 4ª generación, si portador de catéter vascular asociar vancomicina. Piperacilina/tazobactam o imipenem o meropenem + vancomicina	
		<i>Bacteriemia por S. aureus:</i>		*Meticilin sensible: Cloxacilina, en los casos graves puede ser de utilidad combinar los primeros días con Gentamicina Si alergia a penicilina no anafiláctica: cefazolina Anafiláctica: Vancomicina	

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
				*Meticilin resistente: Vancomicina Alternativa (Teicoplanina, Linezolid, cotrimoxazol)	
			<i>Bacteriemia Pseudomonas aeruginosa:</i>	por Betalactámico antipseudomona (Ceftazidima, cefepima, aztreonam, Piperacilina/Tazobactam) + Aminoglucósido	
PROSTATITIS AGUDA	-Frecuentemente se produce junto con cistitis y por similar etiología. <i>E coli, P aeruginosa</i>		-Con o sin riesgo.	Ciprofloxacino ó Amoxicilina / clavulánico Cotrimoxazol (antibiograma)	500 mg/12h 14 días 500/125 mg/8h 14 días 800/160 mg/12h 14 días
PROSTATITIS CRONICA	- <i>E. coli</i>		-Con o sin riesgo	Ciprofloxacino ó Cotrimoxazol (antibiograma)	500 mg/12h 4-6 semanas 800/160 mg/12h 2-3 meses.
ERISIPELA, CELULITIS	- <i>Staphylococcus</i> y <i>Streptococcus</i> .	Si erisipelas de repetición puede instaurarse tratamiento profiláctico	-Con o sin riesgo. -Alergia - Intolerancia	Amoxicilina / clavulánico Cefalosporinas 1era/2nda g Cloxacilina Clindamicina FQ Macrólidos Rifampicina	500/125 mg/8h 7-10 días 500 mg/6h 300 mg/8h
HERPES – ZOSTER	-Virus varicela zoster.	-Importante iniciar el tratamiento al inicio del cuadro para que éste sea eficaz.		Famciclovir	750 mg / 24 h 7 días

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
INFECCION PERIODONTAL	-Anaerobios y microbiota de la boca		-Con o sin riesgo.	Amoxicilina / clavulánico	500/125 mg/8h 7-10 días
			-Alergia – Intolerancia.	Clindamicina	300 mg/8h 7-10 días
QUEMADURAS INFECTADAS		-Posibilidad de tatuaje	-Con o sin riesgo.	Sulfadiazina de plata ó Povidona iodada	Cura oclusiva diaria hasta la resolución del cuadro.
ULCERAS DE DECUBITO INFECTADAS			-Sin afectación general.	Sulfadiazina de plata ó Apósitos con plata	Cura oclusiva diaria hasta la resolución del cuadro.
			-Con afectación general.	Amoxicilina / clavulánico	500/125 mg/8h 7-10 días
			-Alergias – Intolerancia.	Ciprofloxacino	500 mg/12h 7-10 días
PEDICULOSIS	-Pediculus capitis.	-Cepillado enérgico del pelo con cepillo de púas finas (liendrera).		Permetrina 1% loción	Una aplicación una sola noche previo lavado. Por la mañana realizar nuevo lavado.
ESCABIOSIS	-Sarcoptes scabiei.	-Extender la crema desde el cuello hasta los dedos de los pies, haciendo hincapié en pliegues, zonas interdigitales y uñas. -Tomar medidas higiénicas complementarias y de cama y ropa.		Permetrina 5% en emulsión o loción.	Una aplicación una sola noche previo lavado. Por la mañana realizar nuevo lavado.
				Si no es práctico el tratamiento tópico: ivermectina oral 200mcg/kg	Se tratará simultáneamente el caso y los contactos a riesgo: contactos sexuales y convivientes. Los contactos serán tratados independientemente de la presencia o ausencia de síntomas.
ENTEROBIASIS	-Enterobius vermicularis (oxiuros vermicularis).	Tomar medidas higiénicas complementarias (cortado de uñas, limpieza de ropa		Pirantel ó Mebendazol	10 mg / kg peso. Dosis única en ayunas. 100 mg. Dosis única

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
ASCARIASIS	-Ascaris lumbricoides	y limpieza de W.C.)		Pirantel ó Mebendazol	10 mg / kg peso. Dosis única en ayunas. 100 mg/12 h 3 días.

VACUNACIONES

-Gripe: vacunar todos los años a todos los residentes mayores de 65 años y a pacientes de alto riesgo (salvo contraindicación o rechazo). En este momento se recomienda vacunar con adyuvante (favorece inmunización) en personas institucionalizadas.

-Tétanos: si se vacuna tras herida, seguir las siguientes pautas:

ESTADO VACUNAL	HERIDA LIMPIA	HERIDA SUCIA*
Bien vacunado	Nada	VAT si última dosis >5 años
Última dosis < 10 años		
Bien vacunado	VAT	VAT+IGT
Última dosis > 10 años		
Mal vacunado	Completar VAT	Completar VAT+IGT
No vacunado o desconocido	VAT	VAT+IGT

*Heridas contaminadas (tierra, saliva, heces) o con gran destrucción o pérdida tisular, o que tardan más de 24 horas en ser atendidas, quemaduras y congelaciones.

VAT: vacuna de toxoide tetánico. Pauta 0,1 y 12 meses. Revacunar a los 10 años.

IGT: gammaglobulina antitetánica.

-Neumococo: ha demostrado prevenir la enfermedad neumocócica invasiva y muerte en personas mayores inmunocompetentes. En este momento se recomienda vacunar a todos los institucionalizados y pacientes de alto riesgo de neumonía neumocócica.

ESQUEMA DE QUIMIOPROFILAXIS EN ENDOCARDITIS

Realizarla sólo en pacientes de alto riesgo (Prótesis valvulares biológicas ó no, valvulopatías reumáticas ó no, comunicación izquierda – derecha, prolapso mitral, historia previa de endocarditis infecciosa, miocardiopatía hipertrófica asimétrica) cuando se vaya a realizar extracto dentario ó sondaje vesical.

EXTRACCION DENTARIA	-Riesgo normal	Amoxicilina	3 g / unidosis 1 h antes 1.5 g unidosis 6 h después.
	-Alto riesgo	Alergia: claritromicina Ampicilina + gentamicina	2 g IV ó IM ½ hora antes

PATOLOGIA	AGENTE CAUSAL MAS FRECUENTE	OBSERVACIONES	GRUPOS	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA
			Y	Amoxicilina	+ 1.5 mg/kg peso IV ó IM ½ hora antes. 1.5 g. oral unidosis 6 horas después.
SONDAJE URETRAL				Ampicilina + gentamicina	2 g IV ó IM ½ hora antes + 1.5 mg/kg peso IV ó IM ½ hora antes.
			Y	Amoxicilina	1.5 g. oral unidosis 6 horas después.
			Alergia:	Vancomicina + gentamicina	1 g. IV + 1.5 mg/kg peso IV ó IM 1 hora antes. Repetir a las 8 horas.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J - TERAPIA ANTIINFECCIOSA VIA SISTEMICA					
J01A TETRACICLINAS					
J01AA TETRACICLINAS SOLAS					
Doxiciclina (Retens®)	Caps (100 mg)	Oral 100 mg/12h 10 días		Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. (200mL) No administrar conjuntamente con productos lácteos ni medicamentos o alimentos que contengan cationes di- o trivalentes (ej: antiácidos). Administración por SNG: abrir la cap. y dispersar su contenido en 15 ml de agua.	Evitar o reducir la exposición directa a la luz solar, pues aumenta el riesgo de fotosensibilización. Administrar con comidas, dejar transcurrir una hora antes de tumbarse.
J01C BETALACTAMICOS, PENICILINAS					
J01CA PENICILINAS DE AMPLIO ESPECTRO					
Amoxicilina (Amoxicilina Normon®)	Sobres (500 mg)	Oral 500 mg cada 8 horas durante 10 días	Infecciones dentales y bucales, amigdalitis, otitis, sinusitis, bronquitis aguda y crónica, neumonía bacteriana, cistitis, uretritis gonocócica y no gonocócica.	Administrar con alimentos para minimizar los efectos secundarios gastrointestinales.	Es aconsejable monitorizar la función renal.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01CF PENICILINAS RESISTENTES A BETA-LACTAMASAS					
Cloxacilina (Orbenin®)	Caps (500 mg)	Oral 500 mg/6 h 7-10 días	Otitis externas que no mejoran con tratamiento tópico infectadas con <i>S. aureus</i> . Infecciones cutáneas y de tejidos blandos, infecciones en quemaduras, neumonía y sinusitis. Profilaxis de endocarditis bacteriana.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar 1 hora antes ó 2 después de las comidas. Administración por SNG: abrir la cápsula y diluir su contenido en 15 ml de agua.	No necesita ajustar la dosis en insuficiencia renal.
J01CR COMBINACIONES DE PENICILINAS, INCL. INHIBIDORES DE BETA-LACTAMASAS					
Amoxicilina / Clavulánico, ác (Augmentine®) H (presentación IV)	Sobres : (500/125 mg) (875/125 mg) Comp lib prolong: (1000/62,5 mg) Vial (1 g/200 mg)	Oral: 500/125-875/125 mg/8h x 7-14 días Comp liberación prolongada: 2 comp/12h Si ClCr 30-10: 500mg/125mg /12h Si ClCr<10 : 500mg/125mg /24h IV: IV:1-2 g/8h. Si ClCr 30-10: inicio 1g/200mg / 12h mantenimiento: 500mg/12h Si ClCr<10 : inicio 1g/200mg /12h mantenimiento: 250mg/12h	Faringoamigdalitis con factor de riesgo. Otitis media aguda y sinusitis aguda. Bronquitis aguda (dosis 500mg). Caso de EPOC reagudizada en rueda con otros antibióticos. Pneumonías sin factor de riesgo (dosis 875 mg). Cistitis en la mujer. Pielonefritis como alternativa a ciprofloxacino. Prostatitis aguda. Erisipela y celulitis. Infección periodontal. Ulceras de decubito infectadas, con afectación general.	Oral: Administrar con alimentos para minimizar los efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, vómitos, molestias gástricas). No usar más de 125 mg de clavulánico por dosis. IV: P. interm: 1g→50 ml / 30-60 min. Sueros compatibles: SF (no utilizar G5%) Para una dosis intravenosa de 2 g/8h debe usarse el vial de 2g/200 mg para ya que no debe superarse, en un adulto, la cantidad de 200mg de ácido clavulánico por inyección. No debe superarse, en un adulto, la cantidad de 1200 mg de ácido clavulánico al día.	Efectos adversos de mayor frecuencia: diarreas, vómitos, náuseas,... Interacciona con: amilorida, anticoagulantes orales, digoxina, naproxeno.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Piperacilina/tazobactam (Tazocel®) H	Vial (4 g/500 mg)	2g/250mg-4 g/500mg cada 6-8h, según gravedad y localización	Bacteriemia por microorganismos sensibles, infecciones graves de las vías respiratorias bajas, urinarias, intraabdominales y ginecológicas, infecciones polimicrobianas por microorganismos aerobios y anaerobios.	Reconstituir el vial de 4 g con 20 ml de SF o agua para inyección. Infusión IV: diluir en 100 ml de SF o G5%.	Ajustar dosis en IR. Monitorizar los niveles sérico de potasio.
J01DA CEFALOSPORINAS					
Ceftriaxona (Ceftriaxona®) DH	Vial (1g)	IV IM SC (vía aprobada en Francia) 1 g/día 10 días Ins renal: ClCr<10: máx 2g/24h	Neumonías con factor de riesgo, sepsis, meningitis, ITU	IV: P. interm: en 50-100 ml / 20-30 min Sueros compatibles. SF, G5%. Presentación IM: no válida para administración IV. Reconstituir con lidocaína 1g/3,5 mL	Es cefalosporina de 3ra generación. Controlar clínicamente a los pacientes con colitis ulcerosas.
Cefditoreno (Telo®)	200 mg comp recubierto 400 mg comp recubierto	Oral. 200-400 mg/12 horas Ins renal: ClCr 30-50: no superar 200 mg/12h ClCr < 30: no superar 200 mg/día	Infecciones respiratorias y cutáneas.	Los comprimidos deberán ingerirse enteros con una cantidad suficiente de agua, preferentemente durante las comidas.	No tomar con antiácidos.
Ceftazidima (Fortam®) DH	Vial (1 g)	IV IM 1 g/8-12 h Ins renal: ClCr 50-31: 1g/12h ClCr 30-10: 0,5-1g/24h ClCr <10: cada 48h-72h	Abscesos cerebrales, actinomicosis, artritis o uretritis gonocócica, gonorrea, infecciones abdominales, bilíares, cutáneas y de tejidos blandos, genitourinarias, urinarias, oseas, en quemaduras, meningitis, pericarditis, pneumonia, septicemia.	IV: P. interm: en 50-100 ml / 20-30 min Sueros compatibles. SF, G5% IM: Reconstituir con lidocaína 1%	En caso de insuficiencia renal grave deberá ajustarse la dosis al grado de funcionalismo renal.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01DH CARBAPENEMES					
Imipenem/ Cilastatina (Tienam®)	Vial (500/500 mg)	IM, IV IM: 500-750 mg/12h IV: 250-500mg/6h Ins renal: 30-70ml/min 500 mg/8h 20-30 ml/min 500 mg/12h < 20 ml/min 250 mg/12h	Endocarditis bacteriana, infecciones abdominales, cutáneas, y de tejidos blandos, genitourinarias, óseas, neumonía, septicemia y uretritis gonocócica.	IV: P. inter.: Reconstituir 500 mg con 100 ml. Tiempo de infusión: 20-30 min. (500 mg) 40-60 min (1 g) Presentación IM: no válida para administración IV. Reconstruir con lidocaína Sueros compatibles: fis 0,9%, glucosado 5%	Hay que realizar controles en pacientes con epilepsia y lesiones cerebrales. En insuficiencia renal debe ajustarse la dosis.
H					
J01EE COMBINACIONES DE SULFAMIDAS Y TRIMETOPRIM					
Sulfametoxazol/ Trimetoprim (Septin®)	Forte Comp (800/160 mg) Soluc (200/40 mg)	Oral 800/160 mg/12h Si CICr 10-30 reducir la dosis a la mitad	Prostatitis aguda (14 días) Prostatitis crónica (2-3 meses) pielonefritis, cistitis.	Se recomienda administrar con alimentos para minimizar la irritación gástrica.	Debe ajustarse la dosis en pacientes con insuficiencia renal, así como en aquellos con obstrucción urinaria. Vigilar si diabetes o anticoagulación
J01F MACROLIDOS Y SIMILARES					
J01FA MACROLIDOS					
Claritromicina (Klacid®)	Sobres (500 mg) Comprimidos (500 mg)	Oral 500 mg/12 h 7-10 días Ins renal: < 30 ml/min: mitad dosis, ↑ intervalo	Otitis externa, bronquitis, y faringoamigdalitis en alergias al tratamiento de elección. Infecciones por <i>Mycobacterium</i> no tuberculóticas	Se puede tomar con alimentos para minimizar la irritación gástrica.	Reducir dosis en pacientes con insuficiencia renal. Interacciona con: digoxina, fenitoína.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01FF LINCOSAMIDAS					
Clindamicina (Dalacin®)	Oral (300 mg)	Caps 300 mg/6-8h 7-10 días	Otitis media aguda o sinusitis (alergia o intolerancia a las de elección). Otitis externa. Infección periodontal en alergia al tratamiento de elección. Erisipela, celulitis.	Tragar entera, acompañado de un vaso de agua. Se recomienda administrar con alimentos para minimizar la irritación esofágica. Administración por SNG: abrir la cápsula y diluir su contenido en 15 ml de agua.	Especial control en pacientes con historial de patología intestinal en especial con colitis. Ajustar dosis en pacientes con insuficiencia hepática.
J01G AMINOGLUCOSIDOS					
Amikacina (Biclin®)	Vial (500 mg) DH	IM, IV 15-20mg/kg/día	Endocarditis bacteriana, infecciones abdominales, biliares, cutáneas y de tejidos blandos, genitourinarias, micobacterianas atípicas, óseas en quemaduras, urinarias, meningitis (<i>E Coli</i> , <i>P aeruginosa</i>), otitis media aguda y crónica, neumonía (<i>P aeruginosa</i>), septicemia, sinusitis y ventriculitis.	IV: P. interm.: en 100-250 ml / 30-60 min. Sueros compatibles: SF, G5%.	En ancianos y pacientes con insuficiencia renal, hay que tener en cuenta la oto- neuro- y nefrotoxicidad.
Tobramicina (Tobramicina EFG®)	Vial (100 mg)	IM IV 3-5mg/kg/día	Granuloma inguinal, infecciones abdominales, biliares, cutáneas y de tejidos blandos, gastrointestinales, genitourinarias, óseas, en quemaduras urinarias, listeriosis, meningitis, otitis media aguda y crónica, peste, neumonía (<i>P aeruginosa</i> , <i>Klebsiella</i>), septicemia, sinusitis, tularemia. Profilaxis de endocarditis bacteriana.	IV: P. interm: en 100 ml en 30-60 min. Sueros compatibles: SF, G5%.	En ancianos y pacientes con insuficiencia renal, hay que tener en cuenta la oto-, neuro- y nefrotoxicidad. Precaución si miastenia gravis o parkinson.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01MA FLUORQUINOLONAS					
Ciprofloxacina (Ciprofloxacino®) (Cetralax®sobres) H (presentación IV)	Comp (500 mg) Sobres (500 mg/ 5 ml) Vial (200 mg)	Oral: 250-750 mg/12h/1-2 semanas. IV: 200-400 mg/12h / 5- 10 días ClCr <30: máx 500mg po/24h y 400mg IV/24h	Infecciones cutáneas y de tejidos blandos, genitourinaria, urinarias, prostatitis y otitis invasiva (por Pseudomonas).	Oral: No masticar (sabor desagradable). Espaciar la toma con antiácidos. IV: P. interm.: 30-60 min. En SF, G55% (viene ya frasco diluido)	Precaución en pacientes con insuficiencia renal.
Norfloxacina (Norfloxacino®)	Comp (400 mg)	Vía oral. 400 mg/12 horas durante 5 días. 200 mg a la noche durante 6 meses (profilaxis). ClCr <30: 400mg/24h	Cistitis.	Administrar preferentemente 2 horas antes o después de los alimentos. No masticar (sabor desagradable). Espaciar la toma con antiácidos. Administración por SNG: pulverizar finamente el comprimido y diluir en 15 ml de agua.	Debe ajustarse la dosis en pacientes con insuficiencia renal y hepática. Puede potenciar el efecto o la toxicidad de la teofilina.
Levofloxacino (Levofloxacino EFG®) H (presentación IV)	Comp 500 mg Vial diluido 500mg/100ml	Oral 500mg/24 horas Intravenosa 500mg/24 horas	Neumonía Exacerbación de bronquitis crónica	Tragar el comprimido entero con agua. Espaciar de la toma de antiácidos Infundir en 60 min	Puede administrarse cada 12 horas en casos graves. Ins renal: 20-50 ml/min: Dinicio 500 mg/24h Luego 250 mg/24h 10-19 ml/min: 125 mg/24 h
J01XA OTROS ANTIBACTERIANOS: GLICOPEPTIDOS					
Vancomicina (Vancomicina EFG®) H	Vial 1 g	IV. ORAL: El vial puede administrarse por vía oral para el tratamiento de la colitis pseudomembranosa relacionada con el uso de antibióticos causada por <i>Clostridium difficile</i> y para la enterocolitis estafilocócica.	Infecciones graves por bacterias grampositivas aerobias y anaerobias.	La dosis de 500 mg disuirla en 100 ml de SF, administrar a una velocidad de 10 mg/min. La dosis de 1g diluirla en 250 ml de SF y administrar en 60 min.	La infusión rápida puede provocar el síndrome del hombre rojo. Los ancianos pueden requerir dosis inferiores debido a la disminución de la función renal. Ajustar la dosis en IR o monitorizar las concentraciones plasmáticas.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01XD OTROS ANTIBACTERIANOS: IMIDAZOLES					
Metronidazol (Metronidazol EFG®)	Comp 250 mg	Oral 250-750 mg/8-12h	Infecciones por anaerobios, vaginitis/vaginosis por trichomonas... Tratamiento de la colitis pseudomembranosa relacionada con el uso de antibióticos causada por <i>Clostridium difficile</i>	Administrar preferiblemente con las comidas para disminuir las molestias gástricas.	Precaución si insuficiencia hepática, epilepsia.
J01XE DERIVADOS DE NITROFURANO					
Nitrofurantoina (Furantoína®)	Comp (50 mg)	Vía oral. 50-100mg/8h	Infecciones genitourinarias. Si ITU estructural o >3 episodios/año puede hacerse profilaxis AB con dosis inferiores durante 6-12 meses, pero éste no está validado en pacientes geriátricos.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. La administración debe hacerse junto con alimentos para reducir la irritación. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Contraindicado si Clcr < 60 ml/min. Debe realizarse control clínico en pacientes con diabetes, anemia, insuficiencia hepática y alteraciones hidroelectrolíticas. Precaución en ancianos por el riesgo de polineuropatías. La orina se puede tener, los vómitos son frecuentes. La nitrofurantoina se elimina por secreción tubular que suele estar disminuida en personas mayores: su concentración en la orina depende del aclaramiento de creatinina, por lo que con aclaramientos bajos las concentraciones urinarias no alcanzan valores terapéuticos, por lo que rara vez es útil en el anciano. Es uno de los fármacos incluidos en los criterios de BEERS como inapropiados.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
J01XX OTROS ANTIBACTERIANOS					
Fosfomicina (Monurol®)	Sobre 3 g	3g/72 horas, 2 dosis	Cistitis en mujeres	Disolver el sobre en agua. Mejor administrarlo por la noche al acostarse después de haber vaciado la vejiga.	La administración simultánea con metoclopramida disminuye la absorción de la fosfomicina.
J02AC ANTIMICOTICOS, USO SISTEMICO: TRIAZOLES					
Fluconazol (Loitin®)	Cápsulas (50, 100, 150 y 200 mg)	Vía oral. 50-200 mg/día	Candidiasis vulvo-vaginal. Candidiasis sistémica, dermatomicosis.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	Precaución con la administración simultánea con antihistamínicos no sedantes (astemizol, terfenadina, loratadina), puede dar lugar a la aparición de arritmias cardíacas por elevación de niveles plasmáticos de antihistamínicos. Puede aumentar las concentraciones plasmáticas de sulfonilureas y fenitoína. Rifampicina puede disminuir el efecto del fluconazol. En caso de contraindicación, utilizar el clotrimazol vía vaginal en dosis 500 mg dosis única.
J04A ANTITUBERCULOSOS					
J04A2A ASOCIACIONES ANTITUBERCULOSOS					
Isoniazida-Rifampicina (Rifinah®)	Comp. (150mg/300 mg)	Oral Dosis: 2 comp / día en dosis única diaria.	Tuberculosis	Dosis única diaria, fuera de las comidas, excepto se si produjeran molestias gastrointestinales.	Ajuste de dosis en ancianos, debido a la pérdida de función renal y hepática. Precaución si epilepsia.
Isoniazida Pirazinamida Rifampicina (Rifater®)	Comp (50/300/120 mg)	Oral: Más de 65 kg: 6 comp/día en dosis única diaria.	Fase inicial del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar 1 hora antes ó 2 después de los alimentos. Administración por SNG: pulverizar	En ancianos debe reajustarse la dosis.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
				finamente la gragea y diluir en 15 ml de agua.	
J05 ANTIVIRALES VIA GENERAL					
J05AB ANTIVIRALES NUCLEOSIDOS Y NUCLEOTIDOS, EXCL. INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA					
Brivudina (Nervinex®)	Comp (125 mg)	Oral 125 mg/24 h 7 días	Herpes Zoster	El tratamiento debería iniciarse en las primeras 72h, siendo más eficaz el tratamiento cuanto más precoz se inicia.	No requiere ajuste de dosis en ancianos, IH o IR.
J07 VACUNAS					
J07AL VACUNAS DE PNEUMOCOCOS					
Vacuna antineumocócica			Prevención de neumonía neumocócica		
J07AM VACUNAS DEL TÉTANOS					
Vacuna antitetánica			Profilaxis del tétanos		
J07BB VACUNAS DE GRIPE					
Vacuna antigripal con adyavante			Inmunización activa contra la gripe.		

M

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

M SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

M01A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

VER TEMA DOLOR EN EL GRUPO N02

- Este grupo es el responsable de una gran parte de las reacciones adversas a fármacos sobre todo en personas mayores por su gran cantidad de interacciones y efectos secundarios: Enfermedad ulcerosa grave, retención de líquidos, reducción de la eficacia de los tratamientos antihipertensivos...

- Las dosis antiinflamatorias de estos fármacos únicamente se deberán utilizar en procesos inflamatorios. Si lo que se busca es analgesia, agotar otros recursos terapéuticos que ocasionan menos efectos secundarios:

- * Analgésicos no AINES
- * Analgésicos + AINE dosis analgésicas

- También es importante mantener el tratamiento lo estrictamente necesario (el menor tiempo posible).

- Hay que tener en cuenta que existe una gran variabilidad individual de respuesta a los distintos productos, por lo que teniendo en cuenta la situación particular de cada paciente (patologías asociadas), elegir uno de los AINE preferentes y si no se obtiene respuesta, cambiar a otro.

-Se desaconsejan los AINES de vida media larga: (Oxicam), aconsejando los de vida media media (Naproxen, Nabumetona), o corta (Diclofenac).

- Las dosis como analgésicos son aproximadamente la mitad de las dosis antiinflamatorias.

- Existe una relación directa, entre dosis y la capacidad de producir complicaciones gastrointestinales. Ibuprofeno (dosis hasta 1.200 mg/día) sería el menos gastrolesivo, seguido de diclofenaco. Naproxeno e indometacina se asociarían a riesgos intermedios. Piroxicam y ketorolaco han demostrado consistentemente poseer mayor riesgo gastrointestinal que otros AINE.

- Se recomienda asociar estos tratamientos con protectores gástricos en caso de los siguientes factores de riesgo:

- Historia previa de úlcera o complicaciones GI
- Edad avanzada (>65 años)
- Terapia concomitante con anticoagulantes o corticoides orales
- Presencia de comorbilidad grave (como enfermedad cardiovascular, renal o hepática severa)
- Dosis máximas de AINE durante periodos prolongados

- No asociar estos fármacos entre sí, ya que es poco probable que aumente la eficacia analgésica y/o antiinflamatoria, mientras que el riesgo de efectos adversos aumenta notablemente.

- En caso de Insuficiencia Renal ó Insuficiencia Hepática, disminuir la dosis ó frecuencia. Si Clcr<20 ml/min contraindicados.
- Precaución en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.
- Producen retención de líquidos, por lo que pueden descompensar una I.C.C. ó una H.T.A.

RIESGO DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL:

Edad (Riesgo Relativo)

25-49 : 1 (Valor de referencia)

50-59 : 1,8 (1,5-2,1)

60-69 : 2,4 (2,2-2,7)

70-80 : 4,5 (4,0-4,9)

>80 : 9,2 (7,6-11,1)

AINE individual vs no uso

Diclofenaco dosis 100 mg/día 3,1 (2,0-4,7)

>100 mg/día 3,6 (2,3-5,6)

Ibuprofeno dosis 2.400 mg/día 2,1 (1,6-2,7)

> 2.400mg/día 5,5 (3,0-10,0)

Indometacina dosis 100 mg/día 3,0 (2,2-4,2)

> 100 mg/día 6,5 (4,8-8,6)

Naproxeno dosis 1.000 mg/día 3,5 (2,8-4,3)

> 1.000mg/día 5,1 (3,8-6,9)

Piroxicam dosis 20mg/día 6,3 (5,5-7,2)

Aspirina (75-300 mg) en prevención cardiovascular: 2,4 (1,9-2,9) + AINE 13 (9-21)

Uso de esteroides (RR 8.5) o ACO (RR 12.7).

Tienen techo terapéutico si no se controla el dolor asociar o pasar a opioides.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Naproxeno (Naprosyn® , Naproxeno EFG®)	Comp (550 mg) Sobres (500mg)	Vía oral 250-550 mg/12 horas.	Tratamiento sintomático de procesos inflamatorios. Dolor. Fiebre. Ataques agudos de gota.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con las comidas. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Interacciones con: digoxina, corticoides, diuréticos...
Diclofenac (Diclofenaco EFG®)	Comp (50 mg) Comp retard (100 mg) Amp (75 mg)	Vía oral. Dosis: 50 mg/8-12 h. Forma retard: 100 mg/día Vía IM. Vía IV no recomendada (en caso necesario diluir en 100 ml de SF.	Tratamiento sintomático de procesos inflamatorios. Ataques agudos de gota.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con las comidas. No administrar por sonda nasogástrica.	Precauciones: alteraciones de la coagulación, IR, HTA, asma, úlcera gástrica.
Nabumetona (Relif®)	Comp dispersables (1g)	Vía oral. 1 g al día	Tratamiento sintomático de procesos inflamatorios.	Administrar preferentemente con las comidas. Vida media: 25 horas. Tmax: 8 horas.	Menor efecto gastrolesivo que otros AINE.
Ketorolaco (Toradol®) H	Ampollas (30 mg)	Vía SC, IM, IV Dosis: 10-30 mg/6-12 h Dosis máx en ancianos: 60 mg/día	Tratamiento sintomático de procesos inflamatorios. Dolor	Aunque no está aprobada la vía subcutánea, numerosos estudio en Cuidados Paliativos avalan su uso.. Puede administrarse en bolus con SF, G5%.	Se recomienda que el tratamiento parenteral continuado no pase de 2 días. Contraindicado en IC grave, asma. Alta gastrolesividad.
M02AA ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TOPICOS					
Diclofenaco (Voltaren emulgel®)	Gel 60 g	Tópica 2-4 aplicaciones al día.	Afecciones del aparato locomotor que cursen con dolor e inflamación y/o dolor.	Aplicar una pequeña cantidad sobre la zona afectada y aplicar con un buen masaje.	
MIORRELAJANTES DE ACCION CENTRAL SOLOS					
Diazepam (ver grupo N05B1A)		Vía oral Dosis inicial: 2'5-5 mg 1-2 veces/día.	Espasmos musculares por alteración del aparato locomotor.		

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
M03BX OTROS MIORELAJANTES DE ACCIÓN CENTRAL.					
Baclofeno (Lioresal®)	Comp (10 y 25 mg)	Oral Dosis: 5 mg/8h, aumentando 15 mg diarios cada 3 días hasta 25-75 mg/día.	Espasticidad muscular por esclerosis múltiple o lesión medular.	Oral: Ingerir el comprimido acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar con alimentos para disminuir la irritación gastrointestinal. Administración por SNG: pulverizar finamente el comprimido y diluir en 15 ml de agua.	Reducir la dosis en IR. Puede exacerbar la enfermedad en pacientes psíquicos, hipertrofia prostática, diabetes y accidentes cerebrovasculares. Se recomienda dividir la dosis diaria en 3 tomas. No suspender bruscamente.
M04AA ANTIGOTOSOS: INHIBIDORES DE LA SINTESIS DE ACIDO URICO					
Alopurinol (Zyloric®)	Comp (100 y 300 mg)	Vía oral Dosis en alteraciones leves: 100-200 mg/día. Dosis en alteraciones moderadas: 300-600 mg/día.	Gota. Litiasis úrica con uricosuria > 800 mg/día. Nefropatías relacionadas con hiperuricemia. <u>NO</u> indicado en hiperuricemias asintomáticas.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con alimentos. Administración por SNG: pulverizar finamente el comprimido y diluir en 15 ml de agua. Si la dosis es mayor de 300mg se puede repartir en varias tomas.	Es conveniente mantener la orina neutra o ligeramente alcalina. No se debe utilizar durante un ataque agudo de gota ni inmediatamente después por el peligro de producir un nuevo ataque. Se recomienda iniciar el tratamiento asociado a colchicina a bajas dosis durante 2-3 meses. Interacciones: con diuréticos tiazídicos, aumenta la incidencia de reacciones de hipersensibilidad. Precaución con tratamiento conjunto con teofilina (aumenta los niveles plasmáticos de teofilina). Los efectos adversos más frecuentes son reacciones de hipersensibilidad y de tipo gastrointestinal.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
M04AC ANTIGOTOSOS SIN ACCIONES SOBRE EL METABOLISMO DEL ACIDO URICO					
Colchicina (Colchicine Houde®)	Granulos (1 mg)	Vía oral. <u>Tratamiento agudo:</u> 1 mg cada 2 horas hasta que desaparezca el dolor o aparezcan efectos adversos gastrointestinales. La dosis máxima es 6 mg <u>Tratamiento gota recurrente:</u> 1 mg/día (6-12 meses)	Tratamiento del ataque agudo de gota. Tratamiento de mantenimiento de gota recurrente.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar con alimentos para reducir la irritación gástrica. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua (aunque no se recomienda por ser el principio activo muy irritante).	En el tratamiento de gota recurrente se recomienda que la toma sea por la noche. Alta incidencia de efectos adversos gastrointestinales que obligan a la suspensión del tratamiento. En este caso, como alternativa se utiliza un AINE (ej. Naproxeno). Por sobredosis pueden producirse vómitos severos y diarrea con riesgo de deshidratación. Valorar asociar un AINE al inicio del tratamiento.
M05BA BISFOSFONATOS					
Alendrónico, ácido (Ac alendrónico EFG®)	Comp. Semanal (70 mg)	Vía oral 70 mg un día a la semana	Osteoporosis	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua, a primera hora de la mañana, sin masticar ni dejar disolver en la boca (es muy irritante para el esófago).. El paciente debe permanecer al menos 30 minutos semiincorporado. Se recomienda la administración en ayunas. No recomendado si ClCr<30.	Las reacciones adversas suelen estar asociadas a un uso incorrecto del medicamento: Digestivas (dolor abdominal, estreñimiento, dispepsia, esofagitis), hidroelectrolíticas (hipocalcemia, hipofosfatemia). <i>Raras:</i> se ha comunicado osteonecrosis de la mandíbula en pacientes tratadas con bisfosfonatos. La mayoría de los informes se refieren a pacientes con cáncer, pero estos casos también se han comunicado en pacientes tratadas de osteoporosis. La osteonecrosis de la mandíbula normalmente se asocia con extracción dental y/o infección

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					local (incluyendo osteomielitis). El diagnóstico de cáncer, la quimioterapia, la radioterapia, los corticosteroides y una escasa higiene bucal también parecen ser factores de riesgo.

En pacientes que no toleren bifosfonatos o en los que se hayan usado durante un tiempo prolongado (no se conoce la eficacia de los bifosfonatos en periodos mayores de 5 años) puede utilizarse **ranelato de estroncio** (Protelos®) 2g/día. El ranelato de estroncio debe administrarse con el estómago vacío, debido a que los alimentos, especialmente los lácteos, podrían reducir drásticamente su absorción. Se recomienda administrar preferiblemente al acostarse, si es posible al menos dos horas después de la cena. Los sobres se toman en forma de suspensión en un vaso de agua. La suspensión debe beberse de inmediato una vez preparada. Reacciones adversas: diarrea. Casos aislados de síndromes de hipersensibilidad graves incluyendo erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS).

Eficacia antifractura de los tratamientos utilizados con más frecuencia para la osteoporosis postmenopáusica cuando se administran con calcio y vitamina D, según estudios aleatorizados y controlados: (Kanis JA, Burlet N, Cooper c, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int 2008;19:399-428).

	Efecto sobre el riesgo de fracturas vertebrales		Efecto sobre el riesgo de fracturas no vertebrales	
	Osteoporosis	Osteoporosis establecida ^a	Osteoporosis	Osteoporosis establecida ^a
Alendronato	+	+	ND	+
Risedronato	+	+	ND	+
Ibandronato	ND	+	ND	+ ^b
Acido zoledrónico	+	+	ND	ND (+) ^c
THS	+	+	+	+
Raloxifeno	+	+	ND	ND
Teriparatida y PTH	ND	+	ND	+
Ranelato de estroncio	+	+	+	+

ND: sin disponibilidad de datos

+: fármaco eficaz

^aMujeres con fractura vertebral previa

^bSólo en subgrupos de pacientes (análisis *post-hoc*)

^cGrupo mixto de pacientes con o sin fracturas vertebrales previas

N

SISTEMA NERVIOSO

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N - SISTEMA NERVIOSO					
N01BB ANESTESICOS LOCALES					
Mepivacaina (Scandinibsa®)	Amp 2% 2mL	Vía parenteral 2-5 ml al 2%	Infiltraciones locales para cirugía menor. Anestesia local		

DOLOR:

Definición: Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de la misma". IASP (1979):

Su presencia condiciona en gran medida la calidad de vida del que lo padece, siendo fundamental por ello su detección y tratamiento. Los cambios producidos por el envejecimiento en la percepción del dolor son clínicamente insignificantes (Harkins SW. Geriatric pain: Pain perceptions in the old. Clin Geriatr Med 1996;12:435-459)

En un estudio realizado en el medio residencial de Fundación Matia se aprecia una prevalencia del 61% en personas sin deterioro cognitivo (29% dolor severo) y de un 22% en pacientes con demencia (5% dolor severo), principalmente de causa mecánica, varias veces al día y de distribución más frecuente en espalda en los varones y en las piernas en las mujeres. Es decir los pacientes con demencia se quejan menos de dolor o tienen dolor y no lo pueden expresar o lo expresan de otros modos (Por ejemplo: con SCPD), por otro lado en el evolutivo del cuadro los pacientes en estados más avanzados pierden la capacidad para verbalizar con lo que la comunicación verbal desaparece por este motivo son de interés las escalas observacionales.

Las lesiones neuropatológicas de la enfermedad de Alzheimer (EA) alteran todos los componentes de percepción del dolor: el componente emocional, el cognitivo, el de formación de memoria (1), el de umbral y el de respuesta autónomo-vegetativa(2). Los EA toleran mejor y más los estímulos dolorosos. (1- Scherder EJA, Sergeant JA; Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. Lancet Neurol 2003;2:677-686. 2.- Rainero I, Vighetti S, Bergamasco B, Pinessi L, Benedetti F. Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's disease. Eur J Pain 2000;(3):267-74).

Las demencias vasculares tienen incrementado el componente emocional del dolor y que las frontotemporales presentan una mayor tolerancia al mismo.(Scherder EJA, Sergeant JA; Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. Lancet Neurol 2003;2:677-686.)

Dolor con demencia: **PAINAD (Valoración del dolor en demencia avanzada) (Adaptado por Arriola E.-2003)**

	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización – vocalización del dolor	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes.	
Vocalización - verbalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación.	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física.	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarlo, distraerlo o tranquilizarlo	
TOTAL				

DOLOR CRONICO

Definición: dolor de una duración mayor de TRES - SEIS meses tras la aparición de la lesión o enfermedad que ha perdido su función biológica adaptativa (es un dolor inútil) y es causado por una enfermedad persistente o por una anomalía del sistema nervioso

Es de destacar que un 40% de los pacientes con dolor crónico no está adecuadamente controlado y que la prescripción de opioides se infrutiliza en pacientes con dolor severo. El dolor conocido como crónico es más frecuente en mujeres entre 55-70 y. Suele ser de aparición insidiosa y se caracteriza, a menudo por una fluctuación de su intensidad. Acaba provocando: “síndrome doloroso no maligno crónico” que provoca incapacidad desproporcionada y se asocia a conducta psicopatológica por incapacidad para superarlo (es incluido como un trastorno de somatización)

A/ CONSECUENCIAS

- aislamiento social
- disminuye autoestima
- insomnio
- pérdida de interés por aficiones previas
- incapacidad para realizar actividades habituales de la vida diaria
- el dolor deja de ser “dolor” para convertirse en malestar crónico
- cambios en la personalidad: obsesivos, dependientes, desconfiados.

B/ OBJETIVOS

- 1.- No se llega al alivio total
- 2.- Disminución del dolor continuo
- 3.- Reducción de los picos de hiperalgesia (frecuencia e intensidad)
- 4.- Conseguir el descanso nocturno
- 5.- Independencia en ABVD

C/ CONSEJOS

- Esperar hasta dos semanas a una dosis determinada, sino mejora nada cambiar, si mejora algo: aumentar.
- Ojo con combinaciones: hay mayor predisposición a sedación-confusión.
- Evitar : agonistas-antagonistas:pentazocina (sosegon).
- Evitar en lo posible:meperidina(dolantina) : hiperexcitabilidad de SNC: temblor, mioclonia, disforia, convulsiones (metabolitos muy activos).
- Farmacos coadyuvantes: aumentar dosis de forma semanal hasta analgesia o efectos secundarios
- Recurrir exclusivamente a AAP/AINE para el control: FRACASO SEGURO.
- En OPIOIDES:
 - Conocer dosis de equianalgesia (tabla). ¡Ojo! si se cambia un farmaco por otro: reducir un 50% (la tolerancia cruzada es incompleta)
 - La morfina por vía SC es dos veces más potente que por vía oral.

- Rescate: para morfina y fentanilo transdérmico el 10% de la dosis diaria total. Los rescates con morfina oral se pueden repetir cada 90 min ya que es cuando alcanza el efecto máximo y si hay dolor se puede reevaluar la necesidad de una nueva dosis.
- Hay quien no tolera la morfina pero tolera otro opioide.
- Hay que aceptar la eficacia limitada de los fármacos: se puede conseguir un alivio pero no la supresión total.

Dosis equivalentes de opioides:

Morfina oral	Morfina subcutánea	Buprenorfina transdérmica	Fentanilo transdérmico	Oxicodona oral	Tramadol oral
30-60	10-30	35	25	20	150-300
90	30-50	52,5	50	40-60	450
120	40-60	70	75	80	600

ANALGESIA

La escalera analgésica de la O.M.S. es:

- 1º escalón: Analgésicos no opiáceos ó AINE +/- coanalgésicos.
- 2º escalón: 1º escalón + opiáceo débil +/- coanalgésicos.
- 3º escalón: 1º escalón + opiáceo potente +/- coanalgésicos.

Hay ocasiones que más que la escalera de la OMS hay que utilizar el “ascensor”, que es lo mismo que la escalera pero saltándonos directamente algún escalón.

Los coanalgésicos o fármacos coadyuvantes de la analgésica pueden ser:

- antidepresivos (amitriptilina)
- corticoides (dexametasona)
- neuroléptico mayor (levomepromazina)
- anticonvulsivantes (carbamazepina, oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina)
- ansiolíticos (benzodiacepina de acción larga).

- Usar las dosis a intervalos regulares y no esperar la aparición del dolor.

- Atención a otros componentes del dolor: ansiedad, miedo, soledad, depresión ...

FÁRMACOS COADYUVANTES: Especialmente indicados en el dolor neuropático (Ver cuestionario) y para potenciar el efecto de otros analgésicos, conociendo las adaptaciones en función de la edad.

	<i>Contraindicación Riesgos</i>	<i>RAM</i>
<i>Gabapentina</i> 900-1800 mg/día	Hipersensibilidad Crisis epilépticas Alteración renal	>10% Mareo, somnolencia 1-10% Tr. Marcha, edema, estreñimiento, hiperglucemia.
<i>Pregabalina</i> 150-600 mg/día	Disminuye umbral convulsivo. Eliminación renal.	>10% Mareo, somnolencia 1-10% Tr.marcha, temblor, vértigo, estreñimiento, incontinencia,confusión
<i>Duloxetina</i> 60-120 mg/día	Hipersensibilidad Uso IMAO Glaucoma ángulo cerrado Hepatotóxico Suicidio	>10% Insomnio, estreñimiento, boca seca, mareo. 1-10% ansiedad, mareo, somnolencia, diarrea, tr.sexuales, anorexia
<i>ADT</i> Amitriptilina 50-100 mg/día Imipramina 50-100 mg/día	Hipersensibilidad normal Uso IMAO Discinesia tardía Neuroléptico maligno Deterioro cognitivo Efectos de codeína	Síntomas anticolinérgicos
<i>CBZ</i> 200-800 mg/día	Hepatotóxico. Inductor. Mielosupresión. Eliminación renal	Vértigo, somnolencia, tr.equilibrio

CUESTIONARIO DE DOLOR NEUROPATICO

Describir dolor a lo largo de la última semana. Puntuaciones de -1 a 5*.

Pregunta del cuestionario

Posibles respuestas

1. ¿La sensación del dolor era como de agujas o pinchazos?	Si	No
2. ¿La sensación del dolor era como de calor o quemadura?	Si	No
3. ¿La sensación del dolor era como de congelación?	Si	No
4. ¿La sensación del dolor era como de descargas eléctricas?	Si	No
5. ¿Empeora el dolor con el roce de la ropa o de las sábanas?	Si	No
6. ¿Está el dolor limitado a las articulaciones?	Si	No

*Item 6: Si= -1/ No=0; ítems 1 a 5: Si = 1/no=0

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA:

Si el dolor es refractario al tratamiento deben considerarse otras alternativas como bloqueos de la transmisión nerviosa de forma reversible (infiltración con anestésicos tópicos o esteroides) o irreversibles (cirugía, destrucción nerviosa), o bien otras técnicas como acupuntura, hipnosis, estimuladores transcutáneos... Psicoterapia, AINES uso topico, ortesis (férulas, collarines...), prótesis, ayudas técnicas (bastones, andadores) terapia física (calor, frío, ultrasonidos...), cambios posturales, ejercicio físico para reforzar músculos, masaje, estiramientos, infiltraciones, TENS, acupuntura, Unidad de dolor (neurolysis, catéteres, neuroestimulación...), IQ (prótesis, osteotomía...) osteopatía, ejercicio terapéutico, balneoterapia, toxina botulínica, yoga, tai-chi, radioterapia...

4-5 puntos, "considerar fuertemente" el diagnóstico de DN.

2-3 puntos, "considerar" DN.

0-1 puntos, "baja probabilidad" de DN.

1 puntos, "no es probable" que se trate de DN.

Cuando se usó un punto de corte de ≥ 2 (es decir, "considerar fuertemente DN, o "considerar" DN), se identificó correctamente al 68%, de los pacientes con DN, mientras que solamente el 25% de los pacientes con dolor nociceptivo fueron clasificados en esos grupos

N02A ANALGESICOS OPIACEOS (los AINE están explicados en el grupo M)

COMENTARIOS SOBRE LOS FARMACOS OPIOIDES

Actúan sobre el Receptor opioide: mu activándolo (hay otros: kappa, delta y ORL): reducción de actividad espontánea de la neurona

- menor capacidad de responder cuando es estimulada.
- Menor capacidad para liberar o emitir sus neurotransmisores específicos, sean activadores o inhibidores.

Techo antialgico muy alto sino fuera por las limitaciones impuestas por sus efectos adversos

Consejo: **MEJOR CONSENTIMIENTO FORMAL.**

Solo utilizarlos en dolor intenso y refractario a otros tratamientos.

A/ TIPOS

AGONISTAS PUROS: EFECTOS: analgesia (techo antialgico muy alto), euforia, depresión respiratoria, miosis, náuseas y vómitos, estreñimiento, aumento de presión en vía biliar, dependencia física, grados de sedación creciente dependiente de la dosis y efectos endocrinológicos a dosis altas y mantenidas:

- liberación de prolactina, GH, ACTH
- inhibición de ADH, LH y FSH

AGONISTAS PARCIALES: Se fijan de forma incompleta en los receptores mu por lo que tienen efecto techo: BUPRENORFINA

AGONISTAS-ANTAGONISTAS: Agonistas kappa y antagonistas mu: PENTAZOCINA (no aumenta presión en vía biliar)

NOTA: si se mezclan dos agonistas puros se potencian sus efectos analgésicos y adversos.

B/ MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS (25% de los casos)

– Estreñimiento: lactulosa.

– Náuseas y vómitos:

 paresia: metoclopramida.

 componente laberintico: antihistaminicos.

– Sedación – confusión: (Transitorio. Disminuir dosis. Aumentar no opiáceos. Opiáceo alternativo)

– Depresión respiratoria.

– Trastornos de la marcha y el equilibrio: (Opiáceo alternativo)

– Efectos anticolinérgicos: (Opiáceo alternativo)

- Prurito: (hidroxicina)-

C/ TIPOS DE DOLOR SEGUN SU SENSIBILIDAD A LOS OPIOIDES

Dolor insensible a los opioides

- Dolor de espasmo muscular.
- Dolor de distensión gástrica.
- Tenesmo rectal.

Dolor parcialmente sensible a los opiáceos:

- Dolor por metástasis óseas

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N02A OPIOIDES: ALCALOIDES NATURALES DEL OPIO					
Morfina (MST® y Cloruro Mórfico®)	Comp (5, 10, 15, 30, 60, 100 mg) E Ampollas al 1% de 1 ml y al 2% de 2 ml	<u>Vía Oral (forma retardada)</u> : Iniciar con 10-30 mg/12 horas. Ir subiendo la dosis progresivamente (50% cada 48 horas) hasta conseguir analgesia <u>Vía parenteral</u> : (s.c.) 10 mg/4-6 horas (la vía oral: biodisponibilidad del 50% de la parenteral). -Aumento de la dosis (si no se controla el dolor): 50% cada 24-48 h. -Disminución de la dosis (si hay buen control del dolor o por somnolencia u otros efectos 2arios): 20% de la dosis cada 24 h	Tratamiento dolor intenso. Disnea en paciente terminal.	Oral : No se deben fraccionar ni triturar los comprimidos. IV : -Directo (mayores reacciones adversas) -P. Interm.(Conc. Máx : 5 mg/ml) -P. Continua: en 500-1000 ml Sueros compatibles: SF, G5% SC : dos veces más potente que la oral	Iniciar el tratamiento junto con laxantes. Efectos adversos más frecuentes: estreñimiento, hipotensión, desorientación, sudoración, euforia. En tratamientos prolongados: tolerancia. Su antagonista es la naloxona.
Morfina (Sevredol®)	Comp. (10 y 20 mg) E	Oral Dosis según necesidad. Dosis inicial 10 mg salvo en ancianos, caquéticos o muy debilitados.	Tratamiento dolor intenso. Disnea en paciente terminal.	Tragar entero o partido acompañado de una pequeña cantidad de agua (se puede machacar). Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Se trata de comprimidos de liberación rápida.
Fentanilo (Matrifen®parches y Fentanest® amp)	Parches "12" mcg/ h "25" mcg/ h E "50" mcg/ h "75" mcg/ h "100" mcg/ h	Tópica. En pacientes no tratados con opiáceos se iniciará el tratamiento con parche de 12-25 mcg/h. cada 3 días. Luego valorar necesidad	Dolor crónico oncológico. Dolor intratable con otros analgésicos.	Colocar en un lugar de piel intacta y sin vello, en la parte superior del tronco o brazos. Los parches deberán ser cambiados cada 3 días. Alternar los puntos de administración.	El efecto analgésico máximo no se alcanza hasta pasadas 24 horas desde la aplicación por lo que el primer día puede necesitarse analgesia adicional. OJO TRANSDERMICOS : fiebre, baño de sol o agua caliente, manta eléctrica, saunas, balnearios....

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	Amp (0,05 mg/ml, 3 ml)	analgésica del paciente. Parenteral	Exclusiva utilización en la Unidad de Cuidados Paliativos		
Oxicodona (Oxynorm® caps)	Caps 5 mg Solución (10 mg/ml 30 ml)	Oral Deben tomarse a intervalos de 4-6 horas.	Tratamiento del dolor severo		10 mg de oxicodona oral equivalen a 20 mg de morfina oral. Las reacciones adversas más frecuentes son náuseas y estreñimiento.
Oxicodona (Oxycontin® comp lib prol)	Comp lib prol 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	Oral. OxyContin comprimidos deben tomarse a intervalos de 12 horas. La dosificación depende de la severidad del dolor, el historial previo del paciente, necesidades analgésicas, peso corporal y sexo del paciente	Tratamiento del dolor severo	Los comprimidos OxyContin se deben tragar enteros, no se deben partir, masticar ni triturar.	
N02AX OTROS OPIACEOS					
Tramadol (Tramadol EFG® cap) (Adolonta® comp ret, solución)	Caps 50mg y comp retard 100 y 150 mg) Ampollas(100 mg) Solución (1puls=5 gt=12,5 mg)	Oral y rectal. 50-100 mg/6-8 h. (formas retard cada 12 h) Parenteral:100 mg/6-12h Dosis max.: 400 mg/día	Dolor agudo o crónico, de moderado a intenso.	Oral: Tragar el comp. o cap. entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua, preferentemente fuera de las comidas. Administración por SNG: utilizar la presentación en gotas (1 ml = 40 gotas). Parenteral: administrar en 2-3 min.	Precaución en pacientes con enfermedad respiratoria, aumento de la presión craneal, insuficiencia renal o hepática. Los efecto adversos típicos afectan al sistema nervioso central, ap. digestivo, y ap. respiratorio. El tramadol en > 75 años la dosis es de 50-100 / 4-6 h, siendo la D máx 300 mg/ día, D inicio 25 mg/día, aumentos cada/72h. Ajustes según función renal (Cl creatinina <30 ml/min 50-100 mg/12h) y función hepática (Cirrosis; 50 mg/12 h), puede producir cefalea y se debe tener cuidado si crisis convulsivas previas. Por su mecanismo

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					de acción se debe tener precaución si terapia concomitante con IRSNA (venlafaxina). Dosis más altas de 300mg no suelen ser toleradas por las náuseas. Tramadol hay que utilizarlo con precaución en epilépticos por disminuir el umbral de convulsión y que interacciona con los ISRS pudiendo aparecer el síndrome serotoninérgico (nauseas, mareo, sedación.). NOTA: efecto analgesico 20% bloquea receptores mu y el 80% bloquea recaptación de NorA y serotonina (aumenta analgesia). Puede provocar confusión y disminuye mucho la alerta.

N02BA ANALGESICOS Y ANTIPIRETIICOS: DERIVADOS DEL ACIDO SALICILICO

Acido acetilsalicilico (Adiro®)	Comp (300 mg)	Vía oral. Dolor: 300-600 mg/4-6 horas. No exceder de 3.6 g /24 horas. Tratamiento precoz de infarto de miocardio: 600 mg/dosis única.	Dolor leve-moderado asociado a proceso inflamatorio. Fiebre. Antiagregante plaquetario(Ver grupo B01B1A). Tratamiento precoz de infarto de miocardio.	Administrar preferentemente con alimentos para minimizar las molestias gástricas.	Efectos adversos más frecuentes: gastrointestinales, urticaria, angioedema, espasmo bronquial, disnea, etc... A dosis altas: hipoprotrombinemia. Estos efectos se potencian en asociación con: anticoagulantes, antidiabéticos orales, ac. valproico, AINEs, etc. Precaución en diabéticos con tratamiento crónico: falsos positivos o negativos en la determinación de glucosa en orina. Contraindicado en hipersensibilidad a A.A.S., otros AINEs, pólipos nasales, asma, trombocitopenia y ulcus gástrico. Asociado a narcóticos: buena analgesia.
------------------------------------	------------------	---	---	--	---

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N02BB ANALGESICOS Y ANTIPIRETTICOS: PIRAZOLONAS					
Metamizol (Nolotil®)	Cápsulas (575 mg) Ampollas (2 g)	Vía oral: 0.5-1 g/6-8 horas. Vía parenteral 2 g/IV lento ó IM. Dosis máx: 8 g.	Dolor Fiebre	Oral: Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. Ampollas bebibles. IV: -Directo: 3 min. -P interm.: en 50-500 ml Sueros compatibles: SF, G5%	Contraindicado en alergia a pirazonas, en agranulocitosis, en anemia aplásica y en porfiria. Efectos adversos: puede producir depresión medular. Si existe agranulocitosis, suspender el tto.
N02BE ANALGESICOS Y ANTIPIRETTICOS: ANILIDAS					
Paracetamol (Paracetamol EFG®)	Comp (500 mg) Sobres (1 g)	Vía oral. 500 mg-1 g/ 6-8 horas No exceder de: - Tratamiento agudo: 4 gr/día - Tratamiento prolongado: 2,5 g /día	Dolor leve o moderado. Fiebre.	Si ClCr<10 ml/min, el intervalo mínimo entre dos administraciones deberá ser de 8 horas.	Precaución en pacientes con enfermedad hepática, hepatitis viral o disfunción renal. Precaución en pacientes diabéticos ya que puede originar resultados falsos en la determinación de glucosa en orina. El antídoto específico en caso de intoxicación es la N-acetil-cisteína. No presenta actividad antiinflamatoria.
Paracetamol +codeína (Cod- efferalgan®)	Comp efervescentes (500/30 mg)	Vía oral. 500/30 mg/6-8 horas.	Dolor de intensidad moderada.	Evitar asociar a otros depresores del SNC	Precaución en pacientes con enfermedad hepática, depresión respiratoria grave, asma. Interacción con alcohol (aumento de la hepatotoxicidad y la depresión del sistema nervioso central). Efectos secundarios: somnolencia, estreñimiento.
Ac Ascórbico, Fosfato de codeína y Paracetamol (Algídol®)	Sobres (500/10/650 mg)	Vía oral. 1 sobre cada 6-8 horas.	Dolores de intensidad moderada.	Evitar asociar a otros depresores del SNC	Precaución en pacientes con enfermedad hepática, depresión respiratoria grave, asma. Interacción con alcohol (aumento de la hepatotoxicidad y la depresión del sistema nervioso central). Efectos secundarios: somnolencia, estreñimiento.

N03 ANTIEPILEPTICOS

APUNTES DE INTERES:

- Necesidad de uso ininterrumpido del medicamento. Su uso combinado potencia su poder antiepiléptico.
 - La suspensión de los medicamentos debe ser de forma gradual para evitar el desencadenamiento de crisis epilépticas.
 - La determinación de niveles plasmáticos (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) puede orientarnos para establecer la dosis óptima y para saber el cumplimiento ó no del tratamiento. Debe realizarse inmediatamente antes de dar la dosis una vez que haya pasado el tiempo suficiente para alcanzar el estado de equilibrio estacionario.
 - Hay que buscar un equilibrio entre eficacia y efectos secundarios.
 - Si el paciente no tiene antecedentes de crisis epilépticas, las causas más frecuentes de inicio en la 3ª edad son por orden: enfermedades vasculares, traumatismos, tumores, enfermedades degenerativas.
- Medidas generales que deben acompañar al tratamiento medicamentoso:
- * Abstinencia de alcohol de alta graduación.
 - * Dormir de 7-9 horas al día. Horario regular.
 - * Que lleve una vida personal y social lo más normal posible. Sólo limitado en situaciones extremas (conducción, etc...)
 - * Evitar fármacos que potencien la aparición de crisis (antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas, teofilina)

Crisis epiléptica. ¿Qué hacer?

- Evitar que se lesione:
 - * Protección de la cabeza.
 - * Protección de la lengua con un objeto blando (toalla, pañuelo)
 - * Evitar las caídas (ausencias, parciales, complejas, etc...)
- Aflojar el vestido.
- Colocar en decúbito lateral para que elimine secreciones.
- Vigilar para descartar el que sea un status. Si es así, ingreso hospitalario si procede.
- Investigar la existencia de causas que pueden haber desencadenado el ataque:
 - * Olvido de medicación: si ha pasado más de 24 horas, reiniciar el tratamiento con doble dosis de la habitual, intramuscular o intravenosa.
 - * Formas de vida (alcohol, falta de sueño, etc...)
 - * Infecciones, alteraciones metabólicas, traumatismos craneales.
- Investigar adecuación del tratamiento:
 - * Dosificación mediante los niveles.
 - * Elección del medicamento según tipo de crisis.
- Investigar refractariedad al tratamiento. Valorar politerapia.

Tratamiento del Status Epiléptico hasta su traslado a un centro hospitalario:

- El Status es una indicación de ingreso hospitalario.

Actuación hasta el ingreso:

- * Evitar lesiones en cabeza y lengua.
- * Aflojar el vestido.
- * Asegurar vía aérea (decúbito lateral, oxigenoterapia)

- Administrar Diazepam:

- * Si se consigue vía: Diazepam intravenoso 0'2 a 0'3 mg/kg de peso: máximo 20 mg. Ritmo de administración 2 mg/minuto. Interrumpir si cede la crisis.
- * Si no hay vía: Diazepam rectal 10 mg. Repetir a la media hora si es necesario

Antiepilépticos: Efectos secundarios de especial relevancia en el anciano

Antiepilépticos que pueden producirlo

Trastorno cognitivo

PB, PRM, BDZ, PHT, TPM

Osteoporosis

PB, PHT, CBZ, VPA

Aumento de peso

VPA, CBZ, GBP, PGB

BDZ: benzodicepinas; CBZ: carbamacepina; PB: fenobarbital; PHT: fenitoína; GBP: gabapentina; PGB: pregabalina; PRM: primidona; TPM: topiramato; VPA: valproato.

Ventajas e inconvenientes de cada uno de los fármacos antiepilépticos:

	Fenitoina	Acido valproico	Carbamazepina	Oxcarbazepina	Gabapentina	Pregabalina	Levetiracetam
Ventajas	Antiepiléptico potente Posibilidad de administración parental Titulación rápida No modifica el peso	Antiepiléptico potente Posibilidad de administración parenteral Efectos cognitivos mínimos	Antiepiléptico potente Efectos cognitivos mínimos	Antiepiléptico potente Cinética lineal Sin efectos cognitivos No modifica el peso	Sin metabolismo hepático Sin unión a proteínas Sin interacciones	Antiepiléptico potente Titulación rápida Absorción rápida no saturable Sin metabolismo hepático Sin unión a proteínas Sin interacciones	Antiepiléptico potente Titulación rápida Sin metabolismo hepático Sin unión a proteínas Sin alteración cognitiva
Inconvenientes	Absorción modificable por comida o antiácidos Alta unión a proteínas (80-95%) Cinética compleja, no lineal Inductora enzimática. Inducible Osteoporosis	Alta unión a proteínas (80-95%) Inhibidor enzimático Ganancia de peso (>50%) Osteoporosis Temblor Trombopenia	Alta unión a proteínas (80%) Metabolismo hepático Inductora enzimática. Autoinducción Osteoporosis Ganancia de peso Hiponatremia Alteraciones de la conducción cardiaca Titulación lenta Reacción alérgica	Leve inductor hepático Unión a proteínas (67%) Hiponatremia Alteración de la conducción hepática	Antiepiléptico débil Tres dosis Absorción saturable Ganancia de peso	Somnolencia Ganancia de peso	Irritabilidad y trastornos psiquiátricos (poco frecuentes (<7%))

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Carbamazepina (Tegretol [®])	Comp (200 y 400 mg)	Vía oral. 200 mg/12 horas. Ir aumentando 200 mg/semana hasta alcanzar niveles terapéuticos. (400mg/8-12h). Dosis máxima 1.600 mg/día. En dolor no dejar de aumentar semanalmente hasta control o efectos secundarios, no haciendo caso a niveles plasmáticos.	Epilepsia (crisis tónico-clónicas, generales y parciales). Dolor neuropático. Manía y profilaxis de trastorno bipolar.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua. Mantener los niveles plasmáticos entre 4-12 mcg/ml.	Efectos adversos más frecuentes: náuseas, cefalea, mareo, somnolencia, diplopía, descoordinación motora, exantemas, leucopenia asintomática e hiponatremia por secreción inadecuada de ADH. Disminuyen si se inicia la terapia a dosis bajas y ascenso de forma gradual. Precaución en pacientes con cardiopatías, hepatopatías y nefropatías. Interacciones: Aumento niveles carbamazepina: isoniazida, eritromicina, dextropropoxifeno, diltiazem y verapamilo. Disminución de los niveles de carbamazepina: fenitoína, ácido valproico Puede inhibir el efecto de los anticoagulantes orales. Control periódico: Realizar hemograma al inicio, 2 y 4 semanas y después a intervalos periódicos niveles de carbamazepina, pruebas hepáticas y sanguíneas. Puede haber efectos graves sobre el sistema hematopoyético.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Oxcarbazepina (Trileptal®)	Comp cubierta pelicular. (300 y 600 mg) y solución 60mg/ml.	Vía oral 300 mg/12 horas. Puede aumentarse a intervalos de 600 mg/día cada semana. Para terapia combinada y para monoterapia. Si CICr<30 iniciar con dosis de la mitad e ir aumentando hasta lograr respuesta. INICIO: 75mg/12horas DOSIS USUAL: 900mg/día. HABITUAL hasta 1200. MAXIMO: 3.600	Epilepsia (crisis parciales con o sin generalización secundaria con crisis tónico-clónicas)	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Puede tomarse con o sin alimentos. Administración por SNG: utilizar la suspensión oral. No es necesario controlar el nivel plasmático para optimizar el tratamiento.	En la actualidad se utiliza en el tratamiento del dolor neuropático y de desaferenciación. El fármaco se retirará gradualmente para evitar la aparición de crisis epilépticas. Efectos adversos más frecuentes: mareos, vértigos, cefalea, visión borrosa, fatiga, náuseas y vómitos. No hay metabolismo hepático: no hay inducción enzimática. Mejor tolerado, menos interacciones y menos reacciones cutáneas que carbamacepina. dosis de carbamacepina x i 5 igual a dosis de oxcarbamacepina. efectos secundarios: >10%: mareo, náuseas, cefalea, fatiga, astenia, somnolencia, diplopia. 1-10%: agitación, reducción de concentración, confusión, estreñimiento, hiponatremia, problemas dérmicos, vértigo, visión borrosa. TRABAJOS EN: neuralgia post- herpética, diabética, radiculopatía de origen locomotor-mecánico y trigémico ABANDONOS: 13-21%
Diazepam (Ver grupo N05B1A)	Amp (10 mg) y microenema (10 P mg)	Vía IV Rectal Vía intravenosa: 0'2 a 0'3 mg/kg peso máximo 20 mg. Interrumpir si cede la crisis. Ritmo de administración:	Tratamiento del status epiléptico en el Hospital, o en los Centros Gerontológicos antes de derivarlo a un Centro Hospitalario.		

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
		2 mg/minuto. Vía rectal: 10 mg. Repetir a la 1/2 hora si es necesario.			
Clonazepam (Rivotril®)	Amp (1 mg) Comp (0,5mg-2mg) Gotas 2,5 mg/ml	IV, IM Dosis: 1 mg, pudiendo repetirse cada 4-6 horas. Oral: 0,5mg/8h aumentando 0,5mg cada 3 días hasta 3-6mg/24h.	IV: Status epiléptico Oral: epilepsia	La administración IV lenta debe hacerse en una vena gruesa para evitar el riesgo de tromboembolismo. La velocidad de infusión no debe superar los 0,25-0,5mg/min.	Los ancianos son más susceptibles a sus efectos. Se recomienda ajuste de dosis en IR e IH. La mayoría de los efectos adversos afectan fundamentalmente al sistema nervioso central. En caso de intoxicación, tratar con su antagonista: FLUMAZENILO (ANEXATE®) Interacciones: potencian su efecto los fármacos depresores del sistema nervioso central y fármacos inhibidores del metabolismo hepático oxidativo: amiodarona, isoniacida, ketoconazol, propranolol, ac.valproico, etc... Disminuyen su efecto los antiepilépticos, teofilina y tabaco.
Fenitoina (Sinergina® comp, Epanutin®caps, Fenitoina amp) H (presentación IV)	Comp y caps (100 mg) Amp 100 mg	Vía oral. Dosis habituales: 100-300 mg/día. Status epiléptico: 15-20 mg/ kg IV, hasta 1 g (Ver presentación en C01BB).	Oral: Epilepsia (Crisis tónico-clónicas, generales y parciales). Otros estados que cursen con convulsiones. IV: Status epiléptico, arritmias.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar durante las comidas Administración por SNG: utilizar las cápsulas. Mantener buena higiene dental (riesgo de hiperplasia gingival). Hay que mantener niveles terapéuticos entre 10-20 mcg/ml. IV: directo lento Perf. intermitente: 1-10 mg/ml Sueros compatibles: SF	Efectos secundarios: ataxia, confusión, insomnio, vértigo, cefalea, movimientos involuntarios, erupciones. Precaución en pacientes con disfunción cardíaca, renal, diabetes. Interacciones: * Aumenta niveles: isoniazida, amiodarona. * Disminuye niveles: salicatos, rifampicina. * Puede disminuir los niveles de carbamazepina y ácido valproico.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Fenobarbital (Luminal®)	Comp. (100 mg) Amp. (200 mg)	Oral: 100-250 mg/día. IM: 200 mg/12-8 h. IV directa: diluir la ampolla en 20 ml de SF. Administrar lentamente.	Epilepsia generalizada tonico-clónica, parcial simple y compleja. Status epiléptico. Profilaxis y tratamiento de crisis convulsivas.	Administrar al acostarse, para disminuir la somnolencia diurna.	Control periódico: función hepática y cuadro hemático. Reacciones adversas más comunes: sedación, somnolencia, ataxia, alteraciones del humor, depresión respiratoria, nistagmo, porfiria. Precaución en pacientes con IR e IH, asma Interacciones: Es un inductor enzimático. Disminuye el efecto de acenocumarol, antidepresivos tricíclicos, corticoides, carbamazepina, teofilina. Potencia el efecto de la fenitoína.
Acido valproico (Depakine®)	Comp (200 y 500 mg) Solución (200 mg/ml) Depakine crono 500mg comp recub	Vía oral. 15-20 mg/kg / día en 1-2 tomas. Forma crono: toma única diaria.	Ausencias. Crisis mioclónicas. Crisis atónicas. Crisis tónico-clónicas, generales (tratamiento alternativo). Trastorno bipolar (forma crono).	Tragar entero, sin masticar ni triturar. Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. No administrar por sonda (alternativa, Depakine solución). Niveles terapéuticos: 50-100 mcg/ml.	Efectos secundarios más frecuentes: náuseas, vómitos, diarreas, calambres abdominales, anorexia, hepatotoxicidad y somnolencia. Contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática. Interacciones: con anticoagulantes orales (riesgo de hemorragia), con fenitoína (disminución niveles de fenitoína), benzodiacepinas. Se recomienda controles periódicos de la función hepática y hematimetría.
Gabapentina (Neurontin®)	Cápsulas (300, 400 mg) Comp recub (600, 800 mg)	Vía oral Rango de dosis eficaz: 300-1200 mg /8h. Ttiular poco a poco.	Crisis parciales o crisis parciales secundariamente generalizadas, como monoterapia o terapia combinada. Dolor neuropático (neuralgia del trigémino), neuralgia postherpética.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	Efectos secundarios más frecuentes: Somnolencia, mareos, ataxia, astenia, nistagmo. Reducir la dosis en pacientes con insuficiencia renal.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Pregabalina (Lyrica®)	Cápsulas • (25 mg, 75 mg, 150mg, 300 mg)	Vía oral El rango de dosis es de 150 a 600 mg al día, dividiendo su administración en dos o tres tomas. Lyrica se puede tomar con o sin alimentos.	Epilepsia Dolor neuropático Transtorno de ansiedad generalizada	Lyrica se puede tomar con o sin alimentos.	Ajustar la dosis en insuficiencia renal (ver anexo VII). Puede producir aumento de peso por dar aumento de apetito. Tenerlo en cuenta en pacientes diabéticos porque pueden precisar ajuste de tratamiento. Inicio rápido, sin período de latencia y correspondencia dosis/niveles plasmáticos. Disminuye excitabilidad neuronal Efecto: analgésico, ansiolítico y antiepiléptico No hay interacciones con otros fármacos EFECTOS SECUNDARIOS: Mareo (22%) y somnolencia (14%). Reducción del 50% del dolor con dosis <600 y del 52% con > 600 Tasas de abandono: 11%
Levetiracetam (Keppra®)	Comp 500 y 1000 mg	Vía oral	Crisis parciales o crisis parciales secundariamente generalizadas, como monoterapia o terapia combinada. Com terapia combinada también en crisis mioclónicas o tónico clónicas generalizadas primarias.	Los comprimidos recubiertos con película se administran por vía oral, con una cantidad suficiente de líquido y pueden administrarse con o sin alimentos. La posología diaria se divide en dosis iguales repartidas en dos tomas al día.	Ajustar la dosis en insuficiencia renal.

N04A ANTIPARKINSONIANOS

Criterios diagnósticos de Enfermedad de Parkinson:

- Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas motores: temblor de reposo, rigidez, bradicinesia durante 1 año o más.
- Respuesta al tratamiento con L-Dopa de duración superior al año.

Criterios de exclusión de Enfermedad de Parkinson :

- Inicio abrupto de síntomas.
- Curso remitente.
- Parkinsonismo inducido por fármaco: anticonvulsivantes, cimetidina, indometacina, clebopride, domperidona, fluoxetina, levodopa, litio, metilfenidato, neurolépticos, valproato sódico
- Historia de encefalitis.
- Importantes trastornos autónomos.
- Crisis oculógiras.
- Signos cerebelosos ó síntomas piramidales.
- Distonia unilateral + apraxia + trastorno sensorial cortical.

Escala funcional de Moenn y Yasir

E.I.- Afectación unilateral con ninguna ó minima alteración funcional.

E.II.- Afectación bilateral y/o axial sin trastorno del equilibrio.

E.III.- Vida independiente pero con alteración del equilibrio y pérdida de reflejos de enderezamiento.

E.IV.- Incapacidad laboral / autocuidado imposible / capaz de andar sin ayuda.

E.V.- Confinado a cama ó silla si no se le ayuda.

Propuesta de tratamiento según incapacidad en paciente de > 70 años

<u>Incapacidad</u>	<u>Tratamiento</u>
1.- Ninguna	Rasagilina
2.- Leve ó moderada (I, II, III)	Rasagilina + L-Dopa
3.- Grave (IV, V)	Rasagilina + L-Dopa+ Agonistas Dopaminérgicos

* **Nota:** La utilización de anticolinérgicos (Trihexifenidilo, Biperideno) no es recomendada en pacientes de más de 70 años con temblor, porque los efectos secundarios que ocasionan no compensan los beneficios ocasionados. (boca seca, estreñimiento, retención urinaria, confusión, letargo, etc...)

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS (SPI)

El SPI es frecuente en población geriátrica, con una prevalencia del 10% y con predominio en mujeres. Se trata de una enfermedad crónica de curso fluctuante y en la que las remisiones permanentes son raras. Los únicos fármacos aprobados por la FDA son ropirinol y pramipexol (el primero metabolismo hepático, el segundo excreción renal). Antes del uso de fármacos del apartado NO4A: eliminar factores precipitantes (alcohol, cafeína, tabaco, fármacos con acción antidopaminérgica, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos e ISRS), higiene del sueño, mantenimiento del ciclo sueño-vigilia regular, ejercicio moderado y descartar y tratar ferropenia si la ferritina está por debajo de 50picog/L.

Si el problema es

- intermitente: levodopa
- continuado (al menos tres días a la semana): ropirinol

Criterios diagnósticos del Síndrome de Piernas Inquietas

Criterio 1: Una necesidad irresistible de mover las piernas, generalmente, acompañada o causada por sensaciones molestas y desagradables en éstas.

Criterio 2: La necesidad irresistible de moverse o las sensaciones desagradables comienzan o empeoran durante periodos de descanso o inactividad, tales como estar tumbado o sentado.

Criterio 3: La necesidad irresistible de moverse o las sensaciones desagradables se alivian parcial o totalmente con el movimiento, como caminar o estirarse, al menos mientras se mantiene la actividad.

Criterio 4: La necesidad irresistible de moverse o las sensaciones desagradables son peores por la tarde o noche que por el día, o sólo aparecen por la tarde o noche.

Allen RP, Picchiatti D, Hening WA et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003; 4: 101-19.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N04AA ANTIPARKINSONIANOS ANTICOLINERGICOS: AMINAS TERCIARIAS					
Biperideno (Akineton®)	Comp (2 mg) Comp retard (4 mg) Amp IV (5mg)	Vía oral. 4-8 mg/día	Extrapyramidalismo inducido por neurolépticos (no recomendado). Parkinson	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua (utilizar Akineton® 2 mg). Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. Vía IV: clara lenta.	Se utiliza junto al tratamiento de neurolépticos para evitar los efectos extrapiramidales. Precaución con los efectos anticolinérgicos (glaucoma).
N04BA ANTIPARKINSONIANOS DOPAMINERGICOS: DOPA Y DERIVADOS					
L-dopa/carbidopa (Sinemet®)	Comp (250/25 mg) Plus (100/25 mg) Retard (200/50 mg) Plus Retard (100/25 mg)	Vía oral. Individualizar dosis. Inicio: 100/25 mg cada 8 horas. Aumento progresivo de 50/ 12'5 mg cada 7 días hasta la dosis de mantenimiento que controle la clínica. Una vez se controle la clínica, paso a forma Retard. Dosis máxima: 2000/200 mg al día.	Tratamiento del Parkinson	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. Administración por SNG: pulverizar finamente el comprimido y diluir en 15 ml de agua (no utilizar formas Retard). Evitar dietas ricas en proteínas y suplementos de vitamina B pueden modificar la absorción y metabolismo del fármaco). Los comprimidos Retard deben tragarse enteros.	Efectos secundarios: movimientos involuntarios, depresión, cambios de humor, arritmias, hipotensión, náuseas y vómitos. Contraindicaciones: glaucoma de ángulo cerrado, melanoma. Precauciones: insuficiencia renal y/o hepática, alteraciones cardiovasculares y psíquicas. Interacciones: benzodiazepinas y neurolépticos (descenso actividad de levodopa), IMAO (crisis hipertensivas). No suspender el tratamiento bruscamente. Pérdida eficacia a los 4-5 años con aparición de fenómeno on-off (síntomas extrapiramidales acusados).
L-dopa/carbidopa/ Entacapona (Stalevo®)	Comp 50/12,5/200 100/25/200 150/37,5/200 200/50/200	Vía oral. Individualizar dosis.	Tratamiento del Parkinson en pacientes con fluctuaciones motoras de final de dosis no estabilizadas con el tratamiento de l-dopa e inhibidor de la	Los comprimidos deben tomarse por vía oral, con o sin alimentos. El comprimido siempre se tomará entero. Alimentos: Dado que la levodopa compete con determinados aminoácidos, la absorción	Entacapona administrada concomitantemente con levodopa y un inhibidor de la dopa-descarboxilasa, aumenta la estabilidad de las concentraciones plasmáticas de

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
			dopa-descarboxilasa	de Stalevo puede verse alterada en pacientes que reciben dietas ricas en proteínas.	levodopa, originando que la cantidad de levodopa disponible para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar al cerebro sea mayor. El medicamento puede producir mareo e hipotensión ortostática, sobre todo al comienzo del tratamiento y después de permanecer mucho tiempo sentado.
N04BD DOPAMINERGICOS: INHIBIDORES DE LA MAO B					
Rasagilina (Azilect®)	Comp (1 mg)	Vía oral. Inicio: 1 mg/día tanto en monoterapia como coadyuvando a la Levodopa	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson (PD) en monoterapia (sin levodopa) o en terapia coadyuvante (con levodopa) en pacientes al final de las fluctuaciones de la dosis.	Con o sin alimentos.	Precaución si insuficiencia hepática. Debe evitarse el empleo concomitante de rasagilina y fluoxetina o fluvoxamina No se recomienda el empleo concomitante de rasagilina y dextrometorfano.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS SCPD EN EL ANCIANO DEMENTE:

- * Intentar conocer la causa por la que nuestro paciente tiene un trastorno de conducta, definirlo y cuantificarlo. No descartar la posibilidad del cuidador como inductor de psicopatología (“la mano que mece la cuna”). El cónyuge por el mero hecho de serlo no le convierte en el mejor cuidador del mundo, de hecho la falta de comprensión de la enfermedad o un alto nivel de exigencia pueden desencadenar agitación.
- * Se da por supuesto que se ha evaluado la posible presencia de factores tratables que pueden causar o exacerbar la demencia, así como de trastornos médicos generales o de otro tipo que pueden influir en su tratamiento.
- * Valorar si la conducta es insoportable y para quién.
- * Considerar las intervenciones no farmacológicas (conductuales-ambientales) antes del tratamiento farmacológico. (La “tentación farmacológica”: lo más fácil, es prescribir un fármaco). En caso de que la sintomatología sea leve o leve-moderada iniciar primero medidas no farmacológicas. Las distintas estrategias terapéuticas deben incluir tanto intervenciones farmacológicas como intervenciones no farmacológicas, según la causa subyacente. En general y como “consigna” debemos tener en cuenta de no utilizar fármacos si la sintomatología no produce riesgos para sí mismo, para los demás pacientes ni para el personal, utilizando en estos casos cambios ambientales o intervenciones de carácter psicosocial de forma exclusiva. Sólo cuando la sintomatología sea severa o moderada-severa iniciar directamente tratamiento farmacológico.
- * Cada día existe más evidencia de la utilidad de los inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) a dosis terapéuticas en el control, mejora o evitación de la aparición de los Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia (SCPD). Antes del uso de “psicofármacos al uso” (N05A) deberíamos considerar tratar los SCPD con estos fármacos. Todos los pacientes en estadiaje leve-moderado, sino existe contraindicación o intolerancia deberían estar con IACE.
- * En el anciano se produce un deterioro de excreción renal y metabolismo hepático que provocan un aumento de la vida media de los fármacos en general y un riesgo de acumulación.
- * El envejecimiento provoca un aumento de la masa grasa con lo que los fármacos liposolubles tienen un aumento de su volumen de distribución por lo que sus efectos son más duraderos y su eliminación más lenta: diazepínicos y neurolepticos.
- * Escoger el fármaco en base a su farmacocinética, farmacodinamia y efectos secundarios.
- * Evitar la polifarmacia.
- * Empezar con dosis bajas y subir lentamente sólo si es necesario. Esta es la primera norma que suele ser olvidada.
- * Si utilizamos fármacos, es preciso tener en cuenta que todo cambio requiere su tiempo, no hacerlo, provocará un exceso de farmacología y de iatrogenia.
- * Antes de usar un neuroleptico descartar historia de hipersensibilidad a estos fármacos y considerar la posibilidad de demencia por cuerpos de Lewy.
- * Los ancianos tienen el riesgo de mayor incidencia de efectos secundarios: ortostatismo, efectos anticolinérgicos, sedación y efectos extrapiramidales debido a un aumento de la sensibilidad y de la vulnerabilidad frente a los psicofármacos.
- * El paciente con deterioro cognitivo en ocasiones no es capaz de identificar los efectos secundarios de la medicación, preguntar siempre a su cuidador principal.
- * Los fármacos pueden empeorar la situación mental del anciano, es decir, las cosas se pueden poner peor y más difíciles todavía.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- * Definir con precisión el síntoma a tratar, su naturaleza, intensidad y frecuencia.
- * Valorar el impacto sobre el paciente y los que le rodean.
- * Conocer la historia natural de la clínica, pues algunos síntomas son transitorios.
- * Buscar causas precipitantes.
- * Ver durante cuánto tiempo va a tomar la medicación.
- * ¿Como voy a valorar la mejora del síntoma?
- * ¿Hasta cuando voy a esperar la mejoría ante una pretendida eficacia?

N05A ANTIPSICOTICOS

EFFECTOS DE LOS NEUROLEPTICOS EN LOS NEUROTRANSMISORES / RECEPTORES

	Tioridazina	Haloperidol	Clozapina	Risperidona	Olanzapina	Quetiapina
Bloqueo D1	+++	+++	+++	+++	+++	+
Bloqueo D2	+++++	+++++	++	+++++	+++	++
Bloqueo D3	++++	++++	¿	++	++++	¿
Bloqueo D4	++++	+++++	++++	+++++	++++	¿
Bloqueo H1	+++	+	++++	+++	++++	++++
Bloqueo Ach	++++	+	+++	+/-	++++	+
Bloqueo α 1	++++	+	+++	+++++	+++	++++
Bloqueo α 2	+	+	+++	++++	++	+++
Bloqueo 5-HT1	+	+	++	++	++++	¿
Bloqueo 5-HT2	+++	+++	++++	+++++	++++	++
Recaptación DA	+	+	+/-	+	¿	¿

(Bezchlibnyk – Butler K.Z., Jeffries J. J. Clinical Handbook of psychotropic Drugs. Hogrefe & Huber Pub. Toronto 1998).

TRATAMIENTO DE SCPD

SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Agitación con riesgo para los demás, gritos-alaridos continuos, los síntomas psicóticos o delirantes, la agitación verbal, los síntomas depresivos, la hostilidad, la agresividad y las alucinaciones que causen distress o impidan el funcionamiento normal del paciente.

RAZONES ÚNICAS NO APROPIADAS PARA EL USO DE NEUROLEPTICOS EN LA DEMENCIA: vagabundeo, comportamiento social inadecuado (desnudarse en público, robo de objetos, preguntas repetitivas...), actividades repetitivas sin objeto, atesorar cosas y la tendencia al aislamiento, agitación aislada, ansiedad, depresión sin psicosis, impaciencia-inquietud, deterioro de memoria, indiferencia, insomnio, pobre autocuidado, apatía, falta de cooperación, insociabilidad.

Zayas EM, Grossberg GT. Treating the agitated Alzheimer patient. J Clin Psychiatry. 1996;57(suppl 7):46-51.

Mort JR, Tasler MK. Managing dementia-related behavior in the community. J Am Pharmaceutical Association. 1996; NS36(4):249-256.

-
- En caso de enfermos con tendencia a abandono de tratamiento: antipsicóticos de depósito: Decanoato de flufenazina (mayor frecuencia de efectos extrapiramidales).
 - Si aparecen efectos extrapiramidales: tratamiento con Biperideno ó Trihexifenidilo (no recomendado).
 - En pacientes en tratamiento con estos fármacos se recomienda evitar el consumo de alcohol.
 - Precaución con la excesiva sedación por el peligro de caídas.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Tabla de bioequivalencia de dosis entre antipsicóticos atípicos:					
Risperidona		1 mg	2 mg	4 mg	6 mg
Olanzapina		5 mg	7,5 mg	15 mg	20 mg
Ziprasidona		40 mg	60 mg	120 mg	160 mg
Aripiprazol		5 mg	10 mg	15 mg	25 mg
Clozapina		75 mg	175 mg	350 mg	500 mg
Quetiapina		100 mg	225 mg	450 mg	600 mg

(Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 12:2-97).

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N05A1A ANTIPSICOTICOS SOLOS					
Haloperidol (Haloperidol®)	Gotas (2 mg/ml) Amp (5 mg)	Vía oral. Inicio: 0,5 mg/8-12 horas. Máximo: 1 mg/8 horas. (Ajustar dosis a la respuesta clínica). En Psicosis aguda: Inicio: 0,5-2 mg / 8-12 horas. (Ajustar dosis a la respuesta).	Esquizofrenia (alucinaciones, delirio) – Paranoia. Delirio. Neurosis de ansiedad. Tratamiento coadyuvante de dolor crónico. Alteración del comportamiento en demencias. Psicosis agudas. Antiemético en enfermos terminales. Hipo persistente. Movimientos anormales.	1 gota = 0'1 mg. 1 ml = 20 gotas = 2 mg Administrar preferentemente con alimentos para minimizar la irritación gástrica. Administrar la mayor parte al acostarse.	En tratamientos crónicos debe realizarse recuentos sanguíneos. Efectos secundarios extrapiramidales. Asociar con un tratamiento antiparkinsoniano. Precaución: epilepsia, hipotensión, depresión, alteraciones cardiovasculares graves, hipertiroidismo, hipertrofia prostática, parkinson, IH, IR. Evitar o reducir la exposición directa a la luz solar, pues aumenta el riesgo de fotosensibilización.
Risperidona (Risperdal®)	Comp (1 y 3 mg) Solución (1 mg/ml)	Vía oral En ancianos y pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: 0,5 mg/12 h, incrementándose en 0,5 mg hasta 1-2 mg/12h. Se puede administrar en dosis única.	Psicosis esquizofrénicas, agudas y crónicas. Alivio de claraci afectivos asociados a la esquizofrenia. Psicosis con claraci positivos y negativos notables. Trastornos de la conducta en pacientes dementes. Trastorno	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	Precaución en IR; IH; Parkinson, epilepsia, diabetes... Dado que en pacientes con demencia el uso de risperdal aumenta el riesgo de episodios isquémicos cerebrales, la duración de tratamiento debe de ser lo más corta posible según las necesidades individuales de cada

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
			bipolar. Agresividad en demencia.		paciente. Se recomienda, por tanto, que la necesidad de tratamiento con risperidona en pacientes con demencia la establezcan médicos experimentados en el diagnóstico, evaluación y seguimiento de éste tipo de pacientes debiéndose valorar la pertinencia de continuar el tratamiento en cada visita médica.
Quetiapina (Quetiapina EFG®)	Comp (25, 100 y 200, 300 mg)	Vía oral En ancianos titulación más lenta que en jóvenes. Se administra dos veces al día.	Psicosis esquizofrénicas. Tratamiento del episodio maniaco (también el asociado a trastorno bipolar) moderado a grave.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Con o sin alimentos.	El aclaramiento plasmático de quetiapina puede ser un 30-50% menor que en adultos.
Olanzapina (Zyprexa®)	Comp (2.5, 5, 7.5 y 10 mg)	Vía oral Dosis: 2.5 -10 mg/día Inicio: 2,5-5 mg/día	Esquizofrenia Trastorno bipolar, manía.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. No se recomienda la administración por SNG.	Respecto a la risperidona, la olanzapina es más sedante y menos adecuada en principio en enfermos con Alzheimer, pero tiene menos efectos extrapiramidales (mejor en enfermos de Parkinson y demencias con cuerpos de Lewy). Contraindicado si glaucoma.
Levomepromazina (Sinogan®)	Amp 25 mg	Vía im, sc	Uso en Cuidados Paliativos Ansiedad, excitación psicomotriz, dolor grave, dolor nociceptivo y neuropático si se asocia a vómitos y agitación.		Las personas mayores son más sensibles a los efectos de las fenotiazinas
Clorpromazina (Largactil®)	Amp 25 mg Gotas 40 mg/ml 10 ml (1gota=1ml)	Vía iv, im Vía oral Dosis: individualizar	Estados de agitación psicomotriz, procesos psicóticos Dolor por tenesmo rectal. Hipo.		La clorpromazina una actividad antiemética marcada y un efecto tranquilizante sobre la ansiedad. Es un medicamento a utilizar con precaución en personas mayores por sus efectos anticolinérgicos. Interacciona con levodopa,

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					litio, alcohol. Contraindicado si riesgo de glaucoma de ángulo agudo, riesgo de retención urinaria ligada a proble- mas uretroprostáticos. Vigilar síndrome neuroléptico maligno.
N05A1A ANTIPSICOTICOS: DIAZEPINAS, OXACEPINAS, TIAZEPINAS					
Clozapina (Leponex®)	Comp (25 y 100 mg)	Según indicación. En personas mayores se recomienda iniciar la terapia con la dosis mínima eficaz, así como especial vigilancia clínica.	Esquizofrenia. Transtornos psicóticos en Parkinson.		Contraindicado si granulocitopenia, agranulocitosis, aplasia medular. Los pacientes geriátricos parecen presentar una mayor predisposición a sufrir hipotensión ortostática y una mayor sensibilidad a los efectos anticolinérgicos. Reacciones adversas sanguíneas (leucopenia, neutropenia, anemia...), realizar recuentos sanguíneos.

N05B ANSIOLITICOS

- Considerar la ansiedad como un síntoma e incidir sobre la patología psiquiátrica o ambiental subyacente mediante: terapia de apoyo, psicoterapia y técnicas de relajación, modificación de conducta.
. Precaución con la excesiva sedación por el peligro de caídas.

Una patología frecuente en la persona mayor es el trastorno de ansiedad generalizada, se trata de una condición que se caracteriza por una excesiva ansiedad o preocupación de más de 6 meses de duración acompañada de 3 de los siguientes síntomas: tensión muscular, cansancio, fatiga, dificultad para la concentración, irritabilidad, trastornos del sueño o alteraciones gastrointestinales. Estos síntomas pueden causar un significativo deterioro social, ocupacional así como en otras áreas del funcionamiento. Además de las benzodiacepinas se ha visto que son muy útiles los ISRS y los ISRSN.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
------------------	--------------	-----------------	--------------	--------------------------	---------------

BENZODIACEPINAS

Hay que tener en cuenta:

- Su semivida.
- Presencia o no de metabolitos activos.
- Coexistencia de enfermedades somáticas acompañantes.
- Metabolismo de eliminación. Es diferente si el metabolismo es por conjugación (loracepam (0'5-3mg/día), oxacepam (15-30mg/día), que no sufren un aumento de su semivida o si el metabolismo de eliminación es por oxidación (clonacepam, diacepam, cloracepam) en los que aumenta la semivida.
- Lo mejor es utilizar fármacos de semivida corta o intermedia por el riesgo de acumulación, aunque ocasionalmente en pacientes con ansiedad diurna e insomnio pueden estar justificadas las de vida más larga.
- Formalmente el tratamiento con diacepínicos no debe durar más de 2-3 semanas debido a su potencial dependencia y tolerancia.
- Ojo con benzodiazepinas!: Pueden producir: sedación, ataxia, descoordinación motora, amnesia anterograda, disminución de la atención, confusión, disartria, marcha inestable, agitación paradójica, caídas y aumento de la dependencia física. Las diazepam de acción corta se asocian a la aparición de síntomas de rebote, cuando se suprimen bruscamente. Estos síntomas incluyen: exacerbación de la ansiedad, decaimiento y alteración de la percepción-confusión.

RETIRADA DE TRATAMIENTO:

La reducción de dosis deberá ser lenta y gradual, disminuyendo la dosis diaria en un 10-25% en función del grado de dependencia y en intervalos aproximados de 2-3 semanas.

Las benzodiazepinas de vida media corta están más relacionadas con la aparición de dependencia y síntomas de retirada que las de vida media larga, por ello en pacientes más difíciles se propone que, si se consume una benzodiazepina de vida media corta, cambiar por otra de vida media larga, como el diazepam (usar gotas para ir poder disminuyendo la dosis) con el fin de disminuir los efectos desagradables de la retirada. La dosis diaria de diazepam debe ser equivalente a la de la benzodiazepina consumida. Existen muchos esquemas diferentes de reducción de dosis: 50% de la dosis cada 5 días, 25% de la dosis semanalmente.

EQUIVALENCIA DE DOSIS DE BENZODIAZEPINAS:

BENZODIAZEPINAS	DOSIS EQUIVALENTES (mg)
Diazepam	5
Brotizolam	0,25
Alprazolam	0,25-0,5
Flunitracepam	0,5-1
Clorazepato dipotasico	7,5
Lorazepam	0,5-1
Lormetazepam	0,5-1

PRINCIPIO ACTIVO PRESENTACION VIA Y POSOLOGIA INDICACIONES NORMAS DE ADMINISTRACION OBSERVACIONES

Principio Activo	Semivida Plasmática (horas)	Metabolitos Activos	Velocidad Absorción Oral	Principio Activo	Semivida Plasmática (horas)	Metabolitos Activos	Velocidad Absorción Oral
Diazepam	15-60	SI	Muy rápida	Brotizolam	5	NO	Muy rápida
Clorazepato	40-60	SI	Rápida	Lorazepam	12	NO	Lenta
Flunitrazepam	15-24	NO	Muy rápida	Alprazolam	11-13	NO	Muy rápida
Lormetazepam	10	-	Muy rápida	Midazolam	1-3	SI	Muy rápida
Zolpidem	2-5	NO	Muy rápida				

N05BA BENZODIACEPINA ACCION LARGA

<p>Diazepam (Valium®) (Stesolid microenemas)</p> <p>P Ampollas (10 mg)</p>	<p>Comp (5 y 10 mg) Microenemas (10 mg)</p> <p>Vía IV IM, sc, rectal y oral</p> <p><u>Status epiléptico:</u> Vía intravenosa: 0.2-0.3 mg/kg de peso. Ritmo 2-5 mg/minuto. Dosis máxima: 20 mg</p> <p>Vía rectal: 10 mg. Repetir si es necesario 4-12 horas después de la primera.</p> <p><u>Espasmos musculares:</u> Vía oral. Dosis inicial: 2.5-5 mg 1-2 veces al día.</p>	<p>Tratamiento de status epiléptico en el Hospital o en los Centros de claración antes de derivarlo a un Centro Hospitalario.</p> <p>Espasmos musculares por alteración del aparato locomotor.</p>	<p>IV: directo (2-5 mg/min)</p> <p>P. clara: 5 mg/100 ml</p> <p>Sueros compatibles: SF, G5%</p> <p>Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.</p> <p>Administrar con alimentos para aumentar la biodisponibilidad.</p> <p>Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.</p>	<p>Los ancianos son más susceptibles a los efectos farmacológicos, por lo que deben recibir una dosis menor.</p> <p>En tratamiento de 2 ó más semanas, la supresión debe hacerse gradualmente.</p> <p>La mayoría de los efectos adversos afectan fundamentalmente al sistema nervioso central; puede causar depresión.</p> <p>En caso de intoxicación: flumazenilo.</p> <p>Interacciones:</p> <p>potencian su efecto los fármacos depresores del sistema nervioso central y fármacos inh. Del metabolismo hepático oxidativo: cimetidina, omeprazol (usar lansoprazol), fluoxetina, isoniácida, ketoconazol, propranolol, ac.valproico, etc...</p> <p>Disminuyen su efecto los</p>
--	--	--	--	--

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Clorazepato (Tranxilium®)	Cap. (5, 10, 15 mg)	Oral Dosis: en ancianos se recomienda no pasar de 40 mg/día.	Neurosis de ansiedad, fóbica, histérica. Transtornos del comportamiento. Insomnio, como alternativa a benzodiazepinas de vida media corta o intermedia si fuera necesario. Alternativa al diazepam en caso de querer evitar un exceso de relajación muscular.	Oral: Tragar entera, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: abrir la cápsula y diluir en 15 ml de agua.	antiepilépticos, teofilina y tabaco. Los ancianos son especialmente susceptibles a los efectos farmacológicos (acción y efectos secundarios), por lo que deben recibir una dosis menor. En tratamiento de 2 ó más semanas, la supresión debe hacerse de forma gradual. La mayoría de los efectos adversos afectan fundamentalmente al sistema nervioso central puede causar depresión. En caso de intoxicación, tratar con su antagonista: FLUMAZENILO (ANEXATE®) Interacciones: potencian su efecto los fármacos depresores del sistema nervioso central y fármacos inhibidores del metabolismo hepático oxidativo: cimetidina, fluoxetina, isoniacida, ketoconazol, propranolol, ac.valproico, etc... Disminuyen su efecto los antiepilépticos, teofilina y tabaco.
Flunitrazepam (Rohipnol®)	Comp (1 mg)	Oral. 0.5-2 mg / día.	Insomnio grave.	Oral: Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Los pacientes ancianos son más susceptibles a la acción de las benzodiazepinas. No suspender bruscamente el tratamiento.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N05BA BENZODIACEPINA ACCION MEDIA O CORTA					
Brotizolam (Sintonal®)	Comp (0.25 mg)	Vía oral. 0.25 mg/noche.	Insomnios sin ansiedad: tratamiento de corta duración	Tragar acompañado de una pequeña cantidad de agua. También puede dejarse disolver el comp debajo de la lengua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Deberá realizarse un especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave o glaucoma de ángulo cerrado. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática hay que reducir la dosis. Efectos secundarios más frecuentes: somnolencia, confusión, ataxia (si persisten reducir dosis), mareos, cefalea, depresión, retención urinaria. Dado que el uso prolongado ocasiona dependencia, no se debe interrumpir el tratamiento de forma brusca.
Lorazepam (Idalprem®)	Comp (1 y 5 mg)	Vía oral. Dosis inicial: 0.5 mg/8-12 horas. Insomnio: 0.5 mg noche. Ajustar la dosis a la respuesta clínica.	Ansiedad generalizada crónica. Insomnio de corta duración con ansiedad concomitante. Insomnio con despertar precoz.	Tragar acompañado de una pequeña cantidad de agua. Se puede administrar por vía sublingual siendo la absorción más rápida. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Dado que el uso prolongado ocasiona dependencia, no se debe interrumpir el tratamiento de forma brusca. Ocasionan más efectos rebote o síntomas de abstinencia que la benzodiazepina de vida media larga. Deberá realizarse un especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave o glaucoma de ángulo cerrado. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática hay que reducir la dosis. Efectos secundarios más frecuentes: somnolencia, confusión, ataxia (si persisten reducir dosis), mareos, cefalea, depresión, retención urinaria.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Lormetazepam (Lormetazepam EFG®)	Comp (1 y 2 mg) P	Vía oral. Posología habitual: 0,5-2mg/noche	Hipnótico	Tragar acompañado de una pequeña cantidad de agua un poco antes de acostarse.	Velocidad de absorción un poco más lenta que zolpidem y mayor duración de acción.
Alprazolam (Alprazolam EFG®)	Comp (0.25, 0.5, 1 y 2 mg). P	Vía oral. Dosis usual: 0.25 mg/8h Ir aumentando 0.25 mg/3-4 días. Dosis máxima: 2 mg/día	Ataques de pánico. Agorafobia. Ansiedad generalizada crónica.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Se puede administrar por vía sublingual siendo la absorción más rápida. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Ocasiona más efectos rebote o síntomas de abstinencia que las de vida media larga. Si se asocia a un antidepresivo, una vez controlado el cuadro, ir reduciendo progresivamente el alprazolam y manteniendo el antidepresivo. Deberá realizarse un especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave o glaucoma de ángulo cerrado. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática hay que reducir la dosis. Dado que el uso prolongado ocasiona dependencia, no se debe interrumpir el tratamiento de forma brusca. Efectos secundarios más frecuentes: somnolencia, mareo, confusión, ataxia (si persisten reducir dosis), cefalea, depresión, retención urinaria.
Midazolam (Midazolam® EFG)	Amp (15 mg/3 ml) P H	Parenteral. Sedante potente. Ajustar posología a las necesidades.	Sedación prolongada (im, iv, sc).	Es necesario vigilar atentamente la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.	A dosis alta o en administración rápida puede aparecer acontecimientos adversos cardiorrespiratorios graves (depresión respiratoria, apnea, parada respiratoria y parada cardíaca).

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N05BB ANSIOLITICOS: DIFENILMETANOS					
Hidroxicina (Atarax®)	Comp (25 mg)	Vía oral. 25 mg/8-12 horas.	Insomnio. Ansiedad. Prurito.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. En caso de una sola dosis diaria se recomienda administrar por la noche. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Precaución con la excesiva sedación por el peligro de caídas. Especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave o glaucoma de ángulo cerrado. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática hay que reducir la dosis. Dado que el uso prolongado ocasiona dependencia, no se debe interrumpir el tratamiento de forma brusca.
N05CF FARMACOS RELACIONADOS CON BENZODIAZEPINAS					
Zolpidem (Zolpidem Cifra EFG®) P	Comp (5 y 10 mg)	Vía oral. 5-10 mg/día.	Insomnio, como alternativa a benzodiazepinas.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua.	Efectos adversos más frecuentes: Somnolencia, náuseas, cefalea. Aunque con menos frecuencia que con benzodiazepinas, también se puede observar astenia, ansiedad, pesadillas. Reducir la dosis en insuf. Renal o hepática.
N05CM OTROS HIPNOTICOS Y SEDANTES					
Clometiazol (Distraneurine®)	Comp (192 mg)	Vía oral. 192-384 mg (1-2 cápsulas)/noche.	Insomnio en demencia. Insomnio sin ansiedad costando mantener el sueño. Alcoholismo.	Oral: Tragar entera, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: abrir la cápsula y diluir su contenido en 15 ml de agua.	Especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática hay que reducir la dosis. Los efectos secundarios más frecuentes aparecen con menos frecuencia que en el resto de los hipnóticos: ocasionalmente, sedación, náuseas, vómitos, cefaleas. No se debe interrumpir el tratamiento de forma brusca.

N06A ANTIDEPRESIVOS

CONSIDERACIONES INICIALES:

- A dosis equipotenciales todos los antidepresivos tienen similar eficacia, habiendo pacientes que responden mejor a unos que a otros antidepresivos.
- Todos los antidepresivos tienen un similar tiempo de latencia (tardando la respuesta clínica entre 4 y 6 semanas).
- No habiendo diferencia en estas características la elección del antidepresivo debe basarse en función del: estado clínico del paciente, los potenciales efectos adversos, los antecedentes de respuesta previa a antidepresivos (si los tuviera) y el tipo de depresiones y terapéuticas concomitantes, la edad del sujeto y la patología acompañante.
- En principio los antidepresivos tricíclicos podemos considerarlos contraindicados en el anciano por sus efectos secundarios.
- Tener en cuenta que:
 - * En ancianos la dosis ha de ser menor que la del adulto.
 - * La dosis de mantenimiento se mantendría durante un período mínimo de 3-6 meses.
 - * La interrupción del tratamiento ha de ser gradual (en 2-3 semanas).
 - * Las interacciones medicamentosas son muy frecuentes.

El envejecimiento se acompaña a una reducción de la capacidad de adaptación. Esto ocurre en un periodo de cambios continuos: dificultades económicas, pérdida de rol social, pérdida de amigos y familiares por defunción, soledad, cercanía de la muerte, aparición de enfermedades, situaciones degradantes (incontinencia) y riesgo de institucionalización (pérdida de autonomía personal).

Se entiende como trastorno adaptativo el fracaso de los procesos mentales necesarios para hacer frente a una situación estresante e identificable y que supone una alteración de la homeostasis psíquica. El concepto de trastorno implica una reacción excesiva respecto a lo habitualmente esperable.

Para el desarrollo de una depresión hay que tener en cuenta tres aspectos:

- Factores predisponentes (genéticos/biológicos/psicosociales (personalidad, acontecimientos vitales, soporte social...))
- Factores precipitantes
- Factores mantenedores
-

La pérdida, las alteraciones del sueño, la comorbilidad en general, la incapacidad, la depresión anterior y el género femenino parecen ser factores de riesgo importantes entre los sujetos ancianos .

Para que la depresión se produzca es necesario que :

- 1.- Haya una base biológica predisponente
- 2.- Factores psicosociales: lo que preocupa al ciudadano común: salud, dinero y amor

El envejecimiento conlleva pruebas, a veces muy duras. El determinismo físico es implacable y supone limitaciones psicofísicas vividas frecuentemente como fracasos, a lo que hay que añadir la dificultad para aceptar las pérdidas.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO

Aproximadamente el 50% de depresiones que se desarrollan en mayores de 65 años son primeros episodios. En general, el cuadro psicopatológico en el anciano, no difiere en gran medida del del adulto, aunque sí se dan consideraciones específicas. En principio no hay que confundir las limitaciones y autopercepciones de los cambios internos y externos que se producen en el proceso normal de envejecimiento con los cuadros depresivos.

En los ancianos, no se produce con tanta frecuencia la expresión del sentimiento de tristeza (esta cuando aparece, se trata de una tristeza patológica de una calidad y tonalidad diferente a la conocida, la describen como una emoción nueva no conocida y de difícil comunicación) y que crea en el individuo un sentimiento de desesperanza), destacando:

- Preocupaciones somáticas: con cansancio, molestias digestivas vagas, vértigo, cuadros dolorosos (equivalentes depresivos), erráticos, crónicos... con variaciones diurnas o cambios en el umbral del dolor.
- Sentimiento de vacío, pérdida de interés, anhedonia.
- Quejas subjetivadas de deterioro cognitivo con alteraciones en la memoria, atención, concentración... que a veces llevan a la producción de pseudo-demencia (el deprimido contesta “no se” y el demente intenta enmascarar el déficit). Disminución del rendimiento cognitivo. El déficit en el funcionamiento intelectual es más importante.
- Acentuación patológica de rasgos premórbidos
- Enlentecimiento psicomotor.
- Intensa ansiedad ó agitación psicomotriz.
- Insomnio: suele ser más intenso y peor tolerado.
- Anorexia: Mayor pérdida de apetito.
- Síntomas psicóticos: Frecuentes elementos paranoides e ideas de ruina e inutilidad. La mayoría son congruentes con el estado de ánimo, limitándose de preocupaciones delirantes nihilistas, hipocondríacas y de infravaloración y ruina. La forma más extrema podría tratarse el síndrome de COTARD. En casos graves presentan verdaderas ideas delirantes de perjuicio y persecución, que no hay que confundir con estados de “delirium” secundarios a enfermedad orgánica o a efectos anticolinérgicos de algunos antidepressivos.
- Conductas regresivas: Retorno del funcionamiento a niveles infantiles, con muy poca capacidad de elaboración mental.
- Presencia frecuente de comorbilidad, polifarmacia, patología cerebrovascular y deterioro cognitivo.
- De curso más crónico.
- Mayor importancia de los factores desencadenantes.
- Aumento de formas monopulares.
- Predominio de las somatizaciones ansiosas sobre los síntomas emocionales.
- Menor frecuencia de sentimientos de culpa.
- Ideas de suicidio más escasas pero mayor riesgo de suicidio consumado.
- No son más resistentes al tratamiento.
- Menos variaciones diurnas del humor.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La decisión de prescribir una terapia antidepresiva debe basarse en el número de síntomas, el nivel de discapacidad y la presencia de episodios depresivos previos.

Se ha intentado asociar cada neurotransmisor a diversas funciones para luego poder asociarlos a síntomas concretos pero se tratan en realidad de aproximaciones teóricas a la realidad.

Con los tratamientos actuales alrededor de 1/3 de los pacientes remite, otro 1/3 responde pero queda con síntomas residuales (aumenta el riesgo de recaídas, que éstas se produzcan más rápidamente, que episodios posteriores sean más intensos y que estos sean más resistentes al tratamiento farmacológico) y otro 1/3 no responde. El objetivo siempre es la remisión.

La depresión se caracteriza por una disminución de los afectos “positivos” (placer, felicidad, interés, sorpresa y creatividad) y un aumento de los afectos “negativos” (miedo, irritabilidad, tristeza, culpa y preocupación). Los fármacos noradrenérgicos y dopaminérgicos son más eficaces aumentando el efecto “positivo”, mientras que los serotoninérgicos lo son disminuyendo los “negativos”.

En un inicio hay que incidir de forma intensa en:

- Vigilancia general: alimentación como hidratación.
- Vigilancia de enfermedades concomitantes.
- Vigilancia de efectos secundarios del tratamiento.
- Evitar encamamiento.
- En general evitar tomar decisiones basadas en ideas pesimistas.

Duración del tratamiento

Las recomendaciones oscilan entre 16-20 semanas (APA) y de 6 meses tras la remisión de un primer episodio extendiéndolo a 1 año si ha habido episodios depresivos previos.

En un segundo episodio separado 3 años del primero se indica tratamiento durante 3-5 años.

A partir del tercero el tratamiento es indefinido.

La sociedad Española de Psiquiatría recomienda en mayores si ha presentado un episodio muy grave duraciones de tratamiento entre 3-5 años a indefinido independientemente del número de episodios.

La suspensión del tratamiento debe ser lenta y progresiva.

INDICACIONES DE HOSPITALIZACION

- 1.- Alto riesgo de suicidio.
- 2.- Depresiones graves delirantes.
- 3.- Riesgo de desnutrición por rechazo de alimentos.
- 4.- Alteraciones cardiológicas importantes.

DERIVACION AL ESPECIALISTA

- 1.- Cuando hay dificultad para establecer el diagnóstico
- 2.- Cuando el paciente no responde al tratamiento iniciado por el médico, produciéndose un estancamiento o empeoramiento del estado clínico.
- 3.- En depresiones mayores, cuando existan síntomas psicóticos, como delirio de ruina o hipocondriasis severa, o bien riesgo de suicidio.
- 4.- El duelo patológico.
- 5.- Presencia de bipolaridad o hipomanía farmacógena.
- 6.- Necesidad de tratamiento psicoterapéutico reglado
- 7.- Marcados antecedentes personales o familiares de trastorno depresivo recurrente.
- 8.- Si lo demanda el paciente

COMENTARIOS A LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS PRINCIPALES

A/ INHIBIDORES DE CAPTACION DE SEROTONINA (ISRS).

- Su ventaja fundamental es la buena tolerabilidad y seguridad, no causando toxicidad cardíaca ni efectos anticolinérgicos y en caso de sobredosis son relativamente seguros. El cumplimiento por tanto es mejor.
- La dosis de mantenimiento no difieren de las de los más jóvenes, al inicio se recomiendan dosis más bajas . La respuesta se da entre las 3-8 semanas y la respuesta habitual suele ser global.
- Nunca utilizar infradosis.
- Efectos secundarios (Normalmente desaparecen en pocos días):
- Gastrointestinales: náuseas, diarrea, estreñimiento (6-37%)
- SNC: agitación, ansiedad, insomnio, somnolencia, disfunción sexual (5HT2)cefalea (5HT3), temblor, vertigo, parkinsonismo e hiponatremia por SIADH (11-26%).
- Vegetativos: Sequedad de boca y sudoración (9-30%).
- Para reducir los efectos secundarios gastrointestinales se puede recomendar acompañar su uso con Domperidona los primeros 15 días de tratamiento.
- Todos los ISRS se fijan a proteínas plasmáticas(>95%), dato que hay que tener en cuenta sobre todo cuando los usemos conjuntamente con anticoagulantes o AAOO (los ISRS tienen capacidad de reducir los niveles de glucemia hasta en 20-30%)

B/ INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA:

La afinidad por los receptores colinérgicos muscarínicos, histamérgicos y alfadrenérgicos de los fármacos en la guía es prácticamente nula y en consecuencia está exento de los efectos adversos secundarios debidos a bloqueos de estos receptores.

DULOXETINA : inhibición de recaptación NA/ 5HT: 9´4, venlafaxina: 30´2 y mirtazapina: 0´05. La proporción entre la inhibición de la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina es constante para la duloxetina .

Fármaco	5HT	CL50(Nm) NA	Selectividad NA/5HT
Reboxetina	1.070	8	0,0074
Venlafaxina	82	2.483	30,2
Duloxetina	0,8	7,5	9,3
Fluoxetina	6,8	370	54
Fluvoxamina	3,8	620	163
Paroxetina	0,29	81	280
Sertralina	0,19	160	840
Citalopram	3,9	6.100	1.564
Escitalopram	2,1	6.100	2.904

Los fármacos están ordenados por el grado de selectividad. Cuanto mayor es el cociente NA/5HT, mayor selectividad serotoninérgica, y cuanto más cercano a 1 más dual (como referencia la imipramina posee un cociente de 5). CL50; concentración necesaria para inhibir la captación de un 50%; cuanto menor sea este dígito más potente será bloqueando el correspondiente transportador. La reboxetina es el antidepressivo noradrenérgico más selectivo y el Escitalopram, el antidepressivo serotoninérgico más selectivo; la duloxetina es más dual.

ESTRUCTURA SINÁPTICA BLOQUEADA	CONSECUENCIA: EFECTOS SECUNDARIOS	FÁRMACOS QUE LO PRESENTAN
Bloqueo de receptores postsinápticos		
Colinérgicos (m1)	Visión borrosa, sequedad bucal estreñimiento, taquicardia, disfunción cognitiva	Todos los antidepresivos tricíclicos, especialmente AMI. De los ISR sólo PRX
Histaminérgicos (H1)	Sedación, potenciación de otros fármacos sedantes, aumento de apetito y peso.	Todos los antidepresivos tricíclicos. Antagonistas Alfa2
Adrenérgicos (Alfa1, Beta)	Alargamiento QT, interacción antihipertensivos, Vértigo ortostatismo importante	Todos los antidepresivos tricíclicos.
Dopaminérgicos	Síntomas extrapiramidales (SEP) aumento de prolactina disfunción sexual, anhedonia	Todos los antidepresivos tricíclicos moderadamente y a dosis altas
Bloqueo de los transportadores		
DAT	Activación psicomotora síntomas psicóticos (potencialmente)	Bupropion, amineptino. De los ISR débilmente SERT.
NAT	Sequedad bucal, estreñimiento. Visión borrosa aumenta el efecto aminérgico en hipertensos interacción con el efecto antihipertensivo	Todos los tricíclicos Selectivos. RBX, en menor grado VLFX y DULX.
SERT	Náuseas, diarreas, aumento de prolactina, síndrome de irritación serotoninérgica (muy raro si no se combina con otras sustancias con la misma acción)	Todos los tricíclicos no desmetilados: amitriptilina, imipramina y clomipramina: Todos los ISR.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N06AA INHIBIDORES NO SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE MONOAMINAS					
Amitriptilina (Tryptizol®)	Comp (10, 25, 50, 75)	Oral 25-50 mg/24 h. Dosis máx.: 100 mg / día	Coadyuvante en terapia analgésica (de primera elección en las disestesias continuas del dolor neuropático por desaferenciación). Neuralgia post-herpética y diabética.	Dosis única diaria por la noche.	Precaución en pacientes con epilepsia, insuficiencia cardíaca, IR, IH, hipertrofia prostática, glaucoma. RA: efectos anticolinérgicos, sedación, hipotensión ortostática. Iniciar con 10mg y aumentar semanalmente hasta 50-150mg/día. Precaución en: demencia y uso de fármacos similares. EKG: al inicio y al llegar a dosis altas
N06AB INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA					
Escitalopram (Cipraxel®)	Comp (10 mg) Gotas (20 mg/ml)	Vía oral <u>Dosis inicial:</u> 10 mg/día. Ir aumentando dosis en función de la repuesta.	Depresión mayor Trastorno obsesivo compulsiva. Angustia con agorafobia. Trastorno de ansiedad generalizada. Fobia social	Administrar independientemente de las comidas. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Pocas interacciones medicamentosas, adecuado para la población geriátrica polimedicada.
N06AX OTROS ANTIDEPRESIVOS					
Trazodona (Deprax®)	Comp (100 mg)	Vía oral. <u>Dosis inicial:</u> 50 mg/día. Ir aumentando dosis según la respuesta <u>Dosis máxima:</u> 200 mg/día	Depresión mayor o trastorno distímico con ansiedad, insomnio o agitación.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de agua.	Efectos secundarios más frecuentes: priapismo. El efecto sedante es menor que con mianserina. Ventaja: seguridad en la sobredosis.
Venlafaxina (Vandral®)	Comp (75 mg) Caps Retard (75 y 150 mg)	Vía oral Dosis inicial: 37.5 mg/12h, aumentando 75 mg/día cada 5-7 días. Dosis máx: 375 mg/día	Depresión Ansiedad generalizada Fobia social (formas retard)	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administrar junto con las comidas. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. Y diluir en 15 ml de	Baja unión a proteínas 27%. Liberación sostenida que permite una toma única diaria. Se elimina básicamente por vía renal. Debe prescribirse con cautela en

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
		Retard: dosis única diaria. Dosis más: 225 mg		agua (no utilizar formas Retard)	: pacientes con función hepática : alterada o que tomen cimetidina. : Inhibe débilmente la CIP2D6. : Reducir dosis en insuf. Renal o : hepática. : EFECTOS ADVERSOS: estos : efectos tienden a disminuir a partir de : la 2ª o 3ª semana. A dosis bajas se : producen efectos serotoninérgicos, a : dosis altas efectos noradrenérgicos. : Pueden provocar elevación de la : tensión arterial, se trata de un : fenómeno idiosincrásico y dosis : dependiente que afecta a un grupo : pequeño de pacientes (>200mg). A : bajas dosis /75mg) inhibe : preferentemente la recaptación de : serotonina y a medida que la dosis : aumenta (150mg) también aumenta la : inhibición de recaptación de : noradrenalina, hasta que a partir de : 225mg./día también se inhibe la : recaptación de dopamina. No tiene : variaciones en relación con ingesta de : alimentos. : Es preciso monitorizar : periódicamente la TA en hipertensos : sobre todo si se usan dosis altas.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Mirtazapina (Vastat®)	Comp flas bucodispersables (15 y 30 mg)	Vía oral. Posología habitual: 15-30 mg/día.	Depresión	Administrar preferiblemente por la noche. El comprimido se disgrega rápidamente en la boca y puede tomarse sin agua. También puede disolverse en agua y tomar la solución resultante.	Acción por antagonismo de los receptores alfa-2 adrenérgicos centrales. Efectos antidepressivos, ansiolíticos y orexígenos. Presenta buena tolerancia y pocas interacciones. Efecto secundario principal: sedación.
Duloxetina (Cymbalta®)	Caps (30 mg y 60 mg)	Vía oral La posología depende de la indicación y de la gravedad. Dosis 60-120mg/ día	Episodios depresivos mayores Trastorno de ansiedad generalizada Dolor neuropático periférico diabético en adultos	Independientemente de las comidas.	Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. No son necesarios ajustes de dosis en ancianos ni en insuf renal leve- moderada (>30ml/min). Efectos secundarios >10%: insomnio, mareos, somnolencia, nauseas, sequedad de boca, estreñimiento, sudoración excesiva. No utilizarlas con inhibidores de la CYP1A2: fluvoxamina y ciprofloxacino (se puede utilizar con levo y moxifloxacino). Tiene una alta afinidad por las proteínas plasmáticas (>90%) por lo que teóricamente podría ocasionar problemas con otras moléculas que también son afines

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
					(warfarina, digoxina) aunque en ensayos clínicos no se han producido. Respuesta en el 58% y aumentando a 120mg: 62%.

N06DA FARMACOS CONTRA LA DEMENCIA: ANTICOLINESTERASICOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS ANTICOLINESTERÁSICOS

CARACTERÍSTICAS E INDICACIONES	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Compuesto químico	Piperidina	Carbamato	Alcaloide Fenantreno
IACHe	Reversible	Seudoirreversible	Reversible
Inhibición AchE	Si	Si	Si
Inhibición BuChE	Mínima	Si	Mínima
Modulación receptores	No	No	Si
Afinidad por alguna isoforma de AchE	NO	SI - G1	NO
Selectividad cerebral Vs. periférica	SI	SI	NO
Valores de AchE tras el tratamiento a largo plazo en LCR	Aumentan	Descienden	Aumentan
Duración de inhibición	50-70 horas	10-12 horas	7-8 horas
Interferencia absorción con comidas	No	Si	Si
Unión de proteínas	96 %	40%	18 %
Metabolismo	Hepático	Extrahepático	Hepático
Hepatotoxicidad	No	No	No

Rivastigmina en estos momentos con la mejora de la tolerancia, la ventaja en posología y en cumplimiento con la presentación transdérmica reúne unas características que la hacen especialmente interesante:

- Inhibición dual
- Selectividad G1
- Selectividad cerebral versus periférica
- Amplio espectro
- Ventajas en SCPD

Criterios para cambio de tratamiento de IACE

Categoría	Subcategoría	Criterios
Falta o pérdida de eficacia	Falta de eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta insatisfactoria al tratamiento después de los 6 meses iniciales
	Pérdida de eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con un incremento de más de dos puntos en los últimos 6 meses o más de tres puntos en el último año en la escala MMS (Dantoine et al,2006).
Intolerancia	Intolerancia temprana	<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos • Náuseas • Diarrea
	Intolerancia tardía	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías cardiovasculares (por ejemplo, bradicardia) • Anomalías del sueño • Calambres musculares • Anorexia prolongada • Pérdida de peso • Cualquier otra reacción que se considere atribuida al tratamiento actual • Posibles interacciones farmacológicas

No siguen el esquema de tratamiento establecido

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N06DX FARMACOS CONTRA LA DEMENCIA: ANTICOLINESTERASA					
Donepezilo (Aricept®)	Comp recubiertos y comp flas 5 y 10 mg	Posología inicial: 5mg/24h. Los aumentos de dosis se deben realizar cada 4 semanas. Mantenimiento: 5-10mg/24h	Enfermedad de Alzheimer leve o moderada	Administrar por la noche inmediatamente antes de acostarse	Se han notificado casos de síncope y de convulsiones. Al investigar a estos pacientes debe tenerse en cuenta la posibilidad de bloqueo cardíaco y pausas sinusales prolongadas. Precaución: úlcera péptica, asma, EPOC, epilepsia, parkinson.
Rivastigmina (Exelon®)	Parche 4,6 mg, 9,5 mg Solución (2mg/ml)	Se inicia el tratamiento con 4,6 mg/24 h. Tras un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, y si el médico responsable del tratamiento considera que lo tolera bien, esta dosis puede aumentarse a 9,5 mg/24 h, que es la dosis terapéutica recomendada..	Enfermedad de Alzheimer	El parche transdérmico debe sustituirse por uno nuevo cada 24 horas. Sólo debe llevarse un parche Los parches transdérmicos se deben aplicar sobre la piel intacta, sana, limpia, seca y sin pelo de la zona alta o baja de la espalda, de la parte superior del brazo o pecho o en una zona donde no roce con la ropa ajustada.. No debe utilizarse el parche transdérmico sobre la piel enrojecida, irritada o con cortes. Se debe evitar repetir exactamente la misma zona de piel para la aplicación del parche transdérmico al menos durante 14 días para minimizar el riesgo potencial de irritación de piel.	Insuficiencia renal: no es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal Las reacciones adversas son menores que con las presentaciones en cápsulas. Contraindicado en insuficiencia hepática grave (Clase C de Child-Pugh). Precaución: síndrome taquicardia-bradicardia, úlcera péptica, asma, EPOC, epilepsia, síntomas de parkinsonismo.
Galantamina (Reminyl®)	Caps lib prolong 8, 16 y 24mg	Posología inicial: 8mg/24h. Los aumentos de dosis se deben realizar cada 4 semanas. Dosis máxima: 24mg/24h	Enfermedad de Alzheimer leve o moderada	Administrar por la mañana, preferiblemente con alimento. Se recomienda tomarlas con alimentos para reducir al mínimo los efectos secundarios colinérgicos.	Insuficiencia hepática grave (Child-Pugh >9) y renal grave (Clcr<9ml/min). En insuficiencia hepática leve o moderada iniciar con 4 mg al día durante una semana, ascender a 8 mg al día y no aumentar más. Precaución: síndrome taquicardia-bradicardia, úlcera péptica, asma, EPOC, epilepsia, síntomas de parkinsonismo.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
N06DX OTROS FARMACOS CONTRA LA DEMENCIA					
Memantina (Axura®)	Comp (10 mg y 20 mg) Solución (10 mg/20 gotas)	Posología inicial: 5mg/24h. Los aumentos de dosis se deben realizar cada semana. Dosis máxima: 20mg/24h	Enfermedad de Alzheimer moderada a grave	Los comprimidos se pueden administrar con o sin alimentos.	Ajustar en IR Se debe controlar el pH urinario y todas aquellas situaciones que puedan producir un cambio drástico del mismo, ya que la modificación del pH puede dar lugar a cambios en la eliminación de la memantina. Precaución si IAM reciente, insuficiencia cardiaca de grado III o IV, epilepsia.

R

APARATO RESPIRATORIO

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
R APARATO RESPIRATORIO					
R01M SIMPATICOMIMETICOS					
Xilometazolina 0,1% (Otrivin®)	EXO Nebulizador 0,1% Spray nasal de 10mL	Vía nasal 1 nebulizacion en cada fosa nasal 2-3 veces al día.	Congestión nasal o sinusal. Rinitis.	Una vez administrado limpiar el extremo de la válvula con agua caliente. Secar con un pañó limpio.	Se recomienda no utilizar en tratamientos superiores a 3 días para evitar congestión de rebote.
R01AD PREPARADOS NAALES: CORTICOSTEROIDES					
Budesonido (Rhinocort®)	Inhalador 64 mcg/dosis	Vía nasal 128 mcg/24 h en cada fosa nasal. Mantenimiento: 64 mcg/24 h en cada fosa nasal, por la mañana.	Rinitis alérgica. Rinitis vasomotora.	Usar el inhalador en posición vertical, limpiar las foasa nasales antes de aplicar.	En tratamientos prolongados debe inspeccionarse la mucosa nasal periódicamente. Los efectos máximos se obtienen después de varios días de tratamiento.

Fases de Tratamiento EPOC:

- 1ª)
- Disnea variable: β_2 - agonistas a demanda.
 - Disnea continua: Bromuro de ipratropio/bromuro de tiotropio. Si no hay mejoría: 1º) subir a dosis máxima, 2º) asociar a β_2 agonistas.
- 2ª)
- Bromuro de ipratropio/bromuro de tiotropio + β_2 agonistas a dosis máximas.
 - Si no mejora, añadir teofilina retardada.
 - Si no mejora, añadir corticoide oral (prednisona 0,5mg/kg/día durante 2-4 semanas). Cuando se pueda, pasar a corticoide aerosol.
- 3ª)
- Bromuro de ipratropio + β_2 agonistas a dosis máximas.
 - +
- Teofilina retardada.
 - +
- Corticoide oral (prednisona 0,5mg/kg/día durante 2-4 semanas). Cuando se pueda, pasar a corticoide aerosol.
 - +
- Oxigenoterapia continua (si hay hipoxemia, en esfuerzo ó en reposo), duración 16-18 horas/día.
- ◆ Insistir en suspensión de hábito tabáquico.
 - ◆ Es necesario recalcar la importancia del aprendizaje de la correcta aplicación de estos medicamentos inhalados para conseguir una buena dosificación.

Modo de empleo, recomendado por la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), del aerosol presurizado:

- Debe estar incorporado o semiincorporado para permitir los movimientos del pecho con facilidad.
- Destapar el inhalador, ponerlo en posición vertical (en forma de "L") y agitar.
- Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar. Índice arriba y pulgar abajo.
- Efectuar una espiración.
- Colocar el inhalador en la boca, cerrando la boca alrededor de la boquilla.
- Inspirar lentamente por la boca. La lengua debe estar en la parte inferior de la boca para que no dificulte la entrada del medicamento.
- Una vez iniciada la inspiración presionar el inhalador (una sola vez) y seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar completamente los pulmones. Es muy importante que efectúe la pulsación del inhalador después de haber iniciado la inspiración.
- Retirar el inhalador de la boca y aguantar la respiración durante unos diez segundos (importante).
- Si se debe repetir una ó más dosis de éste u otro medicamento inhalado, espere un mínimo de treinta segundos entre cada toma.
- Tapar el inhalador y guardarlo en lugar seguro.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
R03AC ANTIASMATICOS: AGONISTAS BETA2-ADRENEGICOS SELECTIVOS INHALADOS					
Salbutamol (Ventolin®)	Inhalador (100 mcg/puls) Soluc. Respirador (0,5%)	Vía inhalatoria Inhalación: Máximo 2 inhalaciones/6-8 horas. Solución nebulizadora: Máximo 2.5-5 mg/6 horas.	Crisis asmática. Prevención del asma de esfuerzo o exposición a alérgenos. Obstrucción aguda en EPOC.	Conviene utilizar la cámara espaciadora de inhalación. En caso de asociarlo a simpaticomiméticos o corticoides, espaciarlos 10 minutos, primero el β_2 y luego los otros inhaladores. Solución respirador: Diluir 0.5 ml en 2.5ml de suero fisiológico y aplicar con el oxígeno.	Efectos secundarios más frecuentes: nerviosismo, insomnio y taquicardia.
Salmeterol (Serevent®)	Inhalador (25 mcg/puls)	Vía inhalación 2 inhalaciones/12 h.	Tratamiento prolongado del asma crónico o de EPOC.		Debido a su inicio más lento que los β_2 de corta duración, no debe utilizarse en caso de ataque agudo.
R03AK ADRENÉRGICOS Y OTROS PARA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA PULMONAR					
Fluticasona/Salmeterol (Seretide®)	Inhalador (25/125 mcg/puls) (25/250 mcg/puls) Accuhaler (50/100 mcg/puls) (50/250 mcg/puls) (59/500 mcg/puls)	Deberá ajustarse la dosis a fin de que se administre la más baja con la que se mantenga un control eficaz de los síntomas. Administrar dos veces al día.	Asma o tratamiento sintomático de pacientes con EPOC, con un VEMS < 60% del normal y un historial de exacerbaciones repetidas, que continúan presentando síntomas significativos a pesar del uso regular de una terapia broncodilatadora.		Precaución en cardiopatía, diabetes, epilepsia, glaucoma, hipotiroidismo. Contraindicado si hipotasemia.
R03BA ANTIASMATICOS: GLUCOCORTICOIDES					
Budesonido (Pulmicort ®)	Inhalador (200 mcg/puls) Aerosol 0,5 mg/ml monodosis nebulización	Vía inhalación 200-1600 mcg/día, dividir las dosis en 2-4 administraciones. Dosis de mantenimiento: 2 inhalaciones al día.	Asma bronquial crónico	Si se asocia a β_2 , primero aplicar el β_2 y después el corticoide. Si se asocia a anticolinérgico, primero se aplica el anticolinérgico y después el corticoide.	En paciente no corticoide dependiente: el efecto terapéutico, a los 10 días. Si hay excesiva secreción mucosa bronquial: administrar conjuntamente un corticoide oral durante 2 semanas. En pacientes corticoide dependientes: se recomienda administrar en combinación con el corticoide oral durante 10 días, reduciendo la dosis del corticoide oral.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
R03BB ANTIASMATICOS: ANTICOLINERGICOS					
Bromuro de ipratropio (Atrovent®)	Inhalador (20 mcg/puls) Soluc Respirador (500 mcg/2 ml)	Vía inhalación Inicio: 2 inh./ 6-8 h. Máximo: 6 inh./4-6 h.	Tratamiento de fondo en obstrucción del flujo aéreo en EPOC.	Si se asocia a β_2 , primero se administra el β_2 y luego el Bromuro de Ipratropio. Si se asocia a corticoides, primero se administra el bromuro de ipratropio y después los corticoides. La solución nebulizadora se asocia a β_2 : 0,5 cc de ventolin + 1 cc de Atrovent + 2,5 cc de suero fisiológico.	El inicio de acción es lento, por lo que no se debe utilizar en tratamiento de crisis agudas. El efecto secundario más frecuente es la sequedad de boca.
Bromuro de tiotropio (Spiriva®)	Dispositivo Habdihaler: 18 mcg	Vía inhalación 18 mcg/día	Tratamiento de mantenimiento de la EPOC		El efecto secundario más frecuente es la sequedad de boca. Su efecto broncodilatador es prolongado, por lo que sólo se administra cada 24 horas.
R05CB MUCOLITICOS					
No existe evidencia clínica de que el tratamiento con mucolíticos mejore la función pulmonar o el control de los síntomas, aunque en algunos estudios de EPOC parece que disminuyen el número de exacerbaciones.					
N-acetilcisteína (Flumil®)	Comp eferv (600 mg) Sobres (200 mg) Amp (300 mg)	Vía oral. Comp: 1 comp forte/día Sobres: 1 sobre /8 h.	Procesos bronquiales crónicos o infecciosos.	Diluir el sobre en un gran vaso de agua para mejorar la fluidificación y la hidratación. Repartir los sobres en 3 tomas diarias.	
R05D ANTITUSIVOS					
Dextrometorfano (Romilar)	Jarabe (15mg/5ml) y comp (15 mg)	Vía oral 10-20mg/4-6 horas	Tratamiento sintomático de la tos improductiva		Efectos secundarios: somnolencia, confusión, náuseas. Interacciona con ISRS (síndrome serotoninérgico).
R06AA ANTIHISTAMINICOS PREVENCIÓN MAREO CINETICO					
Dimenhidrinato (Biodramina®) EXO	Comp (50 mg)	Oral 50-100 mg 20 o 30 min antes de iniciar el viaje, repetir a las 4-6 horas si fuera necesario.	Prevención del mareo cinético.	Ingerir los comp. con un poco de agua para reducir la irritación gástrica.	Su toxicidad puede potenciarse si se asocia a depresores del SNC o fármacos con efectos anticolinérgicos.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
R06AX ANTIHISTAMINICOS VIA SISTEMICA SOLOS					
Fexofenadina (Telfast®) Para Intercambio terapéutico mirar anexo VI	Comp (120 y 180 mg)	Vía oral En rinitis alérgica: 120 mg/día. En urticarias: 180 mg/día	Tratamiento sintomático de rinitis alérgica estacional y urticarias.	Tragar entero, acompañado de una pequeña cantidad de agua. Administración por SNG: pulverizar finamente el comp. y diluir en 15 ml de agua.	Pocos efectos secundarios sedantes.
Dexclorfeniramina (Polaramine®)	Ampollas (5 mg)	IV directa, IM y sc. 5 mg (1 amp) al día. La dosis máxima recomendada es de 20 mg/día.	Tratamiento de reacciones alérgicas postrafusionales, reacciones anafilácticas y alérgicas.		Efectos secundarios más frecuentes: somnia y espesamiento de las secreciones bronquiales. Precauciones en enfermedad cardiovascular e HTA graves, úlcera péptica, glaucoma, asma, hipertiroidismo y obstrucción piloroduodenal. No asociar con alcohol u otros depresores del SNC, antidepresivos tricíclicos o IMAO.
Hidroxicina (ver grupo N05BB (Atarax®))					

S

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
------------------	--------------	-----------------	--------------	--------------------------	---------------

S01 OFTALMOLOGICOS

Normas para la conjuntivitis bacteriana:

- Higiene ocular: evitar compartir toallas, envases de colirios y pomadas oculares.
- Puede aliviar el uso de gafas oscuras.
- Evitar vendajes oculares.
- En conjuntivitis de un sólo ojo, es necesaria la aplicación preventiva de colirio en el ojo sano, pues es muy frecuente el traslado por el propio huésped de gérmenes de un ojo a otro.
- El colirio o pomada sobrante, después de finalizado el tratamiento, no debe ser guardado para otras ocasiones, por peligro de contaminación.
- La administración del colirio debe realizarse echando la cabeza hacia atrás, poniendo la medicación en el fondo del saco conjuntival y cerrando posteriormente los ojos.
- En conjuntivitis crónicas o recurrentes, remitir al oftalmólogo.

S01AA OFTALMOLÓGICOS ANTIINFECCIOSOS. ANTIBIOTICOS

Tobramicina (Tobrex®)	Colirio 0,3% 5 ml Pomada 0,3% 3,5g	Vía tópica oftálmica 1-2 gtas cada 4 horas durante el día, reduciendo la frecuencia de aplicación una vez controlada la infección	Tratamiento de infecciones oftalmológicas externas del ojo y sus anejos, causadas por microorganismos sensibles a tobramicina		El uso prolongado de antibióticos tópicos puede producir sobrecrecimiento de gérmenes no susceptibles. No se puede descartar el desarrollo de resistencia a este antibiótico
Clortetraciclina (Oft C aureomicina®)	Pomada 0,5% 3g	Vía tópica oftálmica 1 aplicación cada 3-4 horas durante el día, reduciendo la frecuencia de aplicación una vez controlada la infección	Ulceras corneales. Infecciones superficiales del ojo y partes adyacentes. Blefaritis, conjuntivitis.		

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
S01AD OFTALMOLOGICOS ANTIINFECCIOSOS: ANTIVIRALES					
Aciclovir (Zovirax oftalmico®)	Pomada 3% 4,5 g	Tópica Cada 4-6 horas	Queratitis por herpes simple y queratoconjuntivitis herpética.		Continuar el tratamiento durante tres días después de la curación.
S01BA OFTALMOLOGICOS ANTIINFLAMATORIOS: CORTICOSTEROIDES					
Dexametasona (Colirc. Dexametasona®) (Oft C Dexametasona®)	Colirio Pomada	Tópica 1 gta/3-6 veces/día	Afecciones inflamatorias y alérgicas del segmento anterior del ojo: edema parpebral, conjuntivitis alérgica o primaveral.		El uso prolongado de corticoides puede producir aumento de la presión intraocular y cataratas subcapsulares. No prolongar el tratamiento más de siete días.
S01CA CORTICOIDES Y ANTIINFECCIOSOS EN COMBINACIÓN					
Dexametasona+ Tobramicina (Tobradex®)	Colirio	Tópica 1-2 gtas/4-6 horas	Procesos infecciosos e inflamatorios oculares superficiales.		Ofrece actividad antibacteriana de amplio espectro junto con la actividad antiinflamatoria de la dexametasona.
S01E ANTIGLAUCOMA Y MIOTICOS					
S01EA: SIMPATICOMIMETICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA					
Brimonidina (Alphagan®)	Colirio 0,2% 5 ml	Tópica 1 gta/12 horas	Hipertensión ocular o glaucoma en angulo abierto.		Como monoterapia en los pacientes que no toleren o tengan contraindicados los beta-bloqueantes o como terapia coadyuvante a otro principio activo.

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
S01ED BETABLOQUEANTES TOPICOS					
Timolol (Timoftol®)	Colirio (0.25% y 0.5%)	Tópica 1 gta/12 horas Se recomienda comnzar con el de 0,25% y si la respuesta es insuficiente continuar con 0,5%.	Hipertensión ocular, glaucoma agudo de ángulo abierto, afáquicos con glaucoma y reducción de la presión intraocular		Tener en cuenta los efectos secundarios de los betabloqueantes.
S01EE: ANTIGLAUCOMA ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDIMAS					
Latanoprost (Xalatan®)	Colirio 0,005% 2,5ml	Tópica 1 gta/24 horas en cada ojo afectado.	Reducción de la presión intraocular elevada en pacientes con hipertensión ocular o glaucoma en angulo abierto.	Se recomienda administrar el latanoprost por la noche, cuando se alcanza un efecto óptimo.	
S01XA OTROS OFTALMOLOGICOS					
Carmelosa (Viscofresh 1%®)	Colirio monodosis	Vía tópica 1 gota en cada ojo, tantas veces como se considere necesario.	Tratamiento de la sequedad del ojo (alivio sintomático).		
Carbómero (Siccafluid®)	Gel oftálmico 0,25%, 10g	Vía tópica 1 gota del gel en cada ojo, tantas veces como se considere necesario.	Instilar una gota del gel en la parte media del saco conjuntival inferior, de 2-4 veces/día a intervalos regulares o cada vez que se sientan molestias oculares asociadas a la sequedad ocular.	Administrado aproximadamente 30 minutos antes de acostarse previene que se peguen los párpados.	

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
S02AA ANTIINFECCIOSOS OTOLÓGICOS					
Ciprofloxacina (Baycip otico®)	Monodosis 1mg, 0,5 ml	Vía tópica 1 envase cada 12 horas, instiladas en el conducto auditivo externo durante 7 días	Otitis externa.	Aplicar en el conducto externo, manteniendo la cabeza ligeramente inclinada. Luego presionar un poco, con el fin de que penetre bien la solución. Mantener 5 minutos, después de los cuales, debe inclinarse la cabeza en sentido contrario para vaciar las gotas sobrantes.	
S02CA: COMBINACIONES DE CORTICOSTEROIDES Y ANTIINFECCIOSOS					
Fluocinolona + Neomicina+ Polimixina B (Synalar otico®)	Gotas óticas 10 ml	2-4 gotas 4-6 veces al día. Vía ótica.	Otitis externa de origen infeccioso o alérgico. Otagia.		La duración del tratamiento no debe ser superior a 10 días.
S02DC REBLANDECEDORES DEL CERUMEN					
Laurilsulfato, sódico (Anticerumen Liade®) EXO	50 mg/ml, 10 ml	Instilar 4-5 gotas al día, tapar con una torunda de algodón y dejar actuar durante 30 minutos. A continuación, irrigar el oído con agua templada.	Reblandecimiento de cerumen del conducto auditivo externo.		

V

VARIOS

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	VIA Y POSOLOGIA	INDICACIONES	NORMAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
V VARIOS					
V03AB ANTIDOTOS					
Flumazenilo (Anexate®)	Ampollas (0,5 mg/5 ml)	IV directa. Administrar en 15-30 seg. IV intermitente: en 500 ml de G5%.	Flumazenil está indicado para neutralizar total o parcialmente el efecto sedante central de las benzodiazepinas.		
Naloxone (Naloxone®)	Ampollas (0.4 mg)	Vá IM , IV y subcutánea	Intoxicación por opiáceos.		
V06DC OTROS					
Glucosa 50% (Glucosmon R 50®)	Ampolla 10 g, 20 ml	IV Según criterio	Tratamiento de urgencias de hipoglucemias.		No debe mezclarse en la jeringa con sangre.
Placebo (lactosa)	Cápsulas rojas Cápsulas blancas				

ANEXO

I

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA

Normas para la administración de medicamento por Sonda Nasogástrica:

- No incorporar el medicamento a un frasco de nutrición enteral.
- Intentar hacer coincidir los horarios de administración con los cambios de frasco.
- En caso contrario, interrumpir la administración de la NE y administrar el medicamento previo y posterior lavado de la sonda con agua.
- Las formas orales sólidas se pulverizan y se administran diluidas en 15-20 ml de agua.
- Las cápsulas se vacían y se disuelven en 15-20 ml de agua
- Diluir los jarabes o soluciones viscosas en un volumen de agua tibia de 15-20 ml.
- Lavar la sonda antes y después de la administración del medicamento.
- No utilizar formas Retard. Al cambiar formas farmacéuticas retard por otras de liberación rápida, se requiere un ajuste de la dosis y frecuencia de administración.

Ante cualquier duda, consultar al Servicio de Atención Farmacéutica.

La siguiente tabla muestra los medicamentos que **NO** se deben administrar por Sonda Nasogástrica, así como el motivo y las posibles alternativas.

MEDICAMENTO	MOTIVO	ALTERNATIVA
Akineton® Retard 4 mg comprimido (Biperideno)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Akineton® 2 mg comprimido (ajustar la frecuencia de dosificación) (Biperideno)
Ciprofloxacino 500 mg® comprimidos	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Cetraxal® 500 mg / 5 ml suspensión ó 500 mg sobres (Ciprofloxacino)
Claritromicina (Klacid®) comp 500 mg	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Klacid® sobres 500 mg
Clometiazol (Distraneurine®) caps	No se recomienda porque el líquido es muy espeso y puede quedar adherido a la sonda (dosificación incorrecta)	
Largactil® 25, 100 mg comprimido (Clorpromazina)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Largactil® 40 mg / ml gotas (Clorpromazina)
Colchicine Houde® 1 mg gránulo (Colchicina)	No se recomienda por ser el principio activo muy irritante	
Diclofenaco® 50 mg, Retard 100 mg (Diclofenaco)	Comprimidos con sistema liberación entérica.	Puede administrarse el vial de Diclofenaco por sonda
Dinisor Retard® 120 mg (Diltiazem)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Dinisor® 60 mg comp. (ajustar la frecuencia de dosificación).

Motilium® 10 mg comprimidos (Domperidona)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Motilium® suspensión 1 mg/ml. (Domperidona)
Sinergina® 100 mg comprimido (Fenitoína)	Formación de grumos que puede obstruir la sonda.	Epanutin® 100 mg cápsula (Fenitoína). Administrar 2 h antes o después de NE, si no es posible pasar a vía IV. Interrumpir la NE 2 h antes y 2 h después de la administración del medicamento, ya que disminuye su absorción por unión a las proteínas o al calcio de la NE.
Fero Gradumet® 525 mg (=105 mg Fe ⁺²) comprimidos (Hierro (II), sulfato)	Comprimido con matriz de liberación controlada.	Lactoferrina® vial bebible 70 mg/ml (= 40 mg Fe / vial (Hierro III))
Reminyl® caps liberación controlada (galantamina)	Cápsulas con sistema liberación controlada	Recurrir a la solución oral
Haloperidol® 10 mg comprimido (Haloperidol)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Haloperidol® 2 mg / ml gotas (Haloperidol)
Uniket® Retard 50 mg comprimido (Isosorbide, mononitrato)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Utilizar la presentación no Retard (ajustar la frecuencia de dosificación).
Sinemet Retard® 200-50 mg compr. (Levodopa- Carbidopa)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Emplear comp de liberación inmediata (Sinemet® 250-25 mg comp (Levodopa-Carbidopa) o Sinemet Plus® 100-25 mg (Levodopa-Carbidopa))ajustando la posología
MST® comprimidos de liberación controlada (morfina)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Emplear comp de morfina de liberación normal (Sevredol®) triturados y adaptando la posología
Sinogan® 25, 100 mg comprimido (Levomepromazina)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Sinogan® 40 mg / ml gotas (Levomepromazina)
Adalat® Retard y Oros (Nifedipino)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Utilizar Adalat® cap. 10 mg, por vía sublingual.
Zyprexa 5, 10 mg comprimidos (Olanzapina)	No se recomienda triturar, por tratarse de un principio activo muy irritante.	
Omeprazol® 20 mg comprimidos	Cápsulas. No hay que triturar los gránulos y según el tamaño de la sonda pueden obstruirla.	Si SNG es de suficiente paso: abrir y dispersar gránulos en SG 5% o zumo. Si no: usar Opiren flas 20 mg comp bucodispersable (Lansoprazol).
Oxycontin® comp liberación prolongada (oxicodona)	Comprimidos con sistema liberación prolongada.	Emplear comp de liberación inmediata (Oxynorm®) ajustando la posología

Paracetamol® 500 mg comprimidos	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Paracetamol® 1g sobre efervescente
Hemovas® 600 mg comp (Pentoxifilina)	Comp con sistema liberación controlada.	Hemovas® ampolla 300 mg/15 ml vía oral. Equivalencia: 150 mg (7.5 ml) cada 3 horas.
Plantaben® 3.5 g sobres (Plantago ovata)	Obstrucción de la sonda	
Risperdal® comp (Risperidona)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Risperdal® solución (Risperidona)
Seprin Forte® 800/200 mg comp. (Sulfametoxazol / Trimetoprim)	A pesar de poderse administrar por SNG, hay otra presentación más apropiada.	Seprin® 200 / 40 mg suspensión (Sulfametoxazol / Trimetoprim)
Omnicep® comp liberación prolongada (tamsulosina)	Comprimidos con sistema liberación prolongada	
Detrusitol neo® caps liberación prolongada (tolterodina)	Caps con sistema liberación prolongada.	Usar Detrusitol® 2mg comp de liberación normal (Ajustar la frecuencia de dosificación)
Torasemida (Sutril neo®) comp liberación prolongada	Comprimidos con sistema liberación controlada	Utilizar la furosemida
Adolonta® Retard 100 mg (Tramadol)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Adolonta® 100 mg/ml gotas (Tramadol) (ajustar la frecuencia de dosificación).
Depakine® 200, 500 mg comprimido entérica Depakine Crono® 300, 500 mg comp. (Valproato)	Comprimidos recubiertos de liberación entérica o liberación controlada.	Depakine® 200 mg/ml suspensión (Valproato)
Vandral Retard 75, 150 mg (Venlafaxina)	Cápsulas con sistema liberación controlada.	Usar Vandral comp. 75 mg (ajustar la frecuencia de dosificación) (Venlafaxina)
Manidon® Retard 120 mg, HTA 240 mg (Verapamilo)	Comprimidos con sistema liberación controlada.	Utilizar la presentación Manidon® gragea 80 mg (ajustar la frecuencia de dosificación).

ANEXO
II

NUTRICION ENTERAL

Dietas poliméricas:

- Normoproteicas:- Sin fibra:- 1.5 kcal/ml -Fortisip 200 ml
-Clinutren 1,5 200 ml
- Hiperproteicas: -Resource hiperproteico 200 ml
- Hiperproteica + Hipercalórica+ Con fibra: -Fortimel Complete 200 ml

Dietas especiales:

- Diabetes: -Clinutren G Diabetes 200 ml
- Diabetes + hiperproteica: -Glucerna SR 230 ml
- Control de diarreas: -Novasource GI Control 500 ml
- Suplemento proteico: -Resource Protein instant, polvo 400 g

Espesante:

- Resource Espesante 227 g

Nombre	Proteínas(g)	Lípidos(g)	Glúcidos(g)	Kcal/ml	MiliOs m/l	Na(mg)	K(mg)	Ca(mg)	Mg(mg)	Cl(mg)	Fibra (g)
Fortisip (200 ml)	12 0,06 g/ml	11,6 0,058g/ml	36,8 0,184 g/ml	1,5	450	180 0,9 mg/ml	318 1,59 mg/ml	182 0,91 mg/ml	46 0,23 mg/ml	174 0,87 mg/ml	
Clinutren 1,5 (200 ml)	11,2 0,056 g/ml	10 0,055 g/ml	42 0,21 g/ml	1,5	540-580	160 0,8 mg/ml	340 1,7 mg/ml	160 0,8 mg/ml	60 0,3 mg/ml	300 1,5 mg/ml	<1 <5 mg/ml
Clinutren G Diabetes (200 ml)	7,6 0,038 g/ml	8,8 0,044 g/ml	22,0 0,11 g/ml	1	220	150 0,75 mg/ml	260 1,3mg/ml	100 0,5 mg/ml	40 0,2 mg/ml	220 1,1 mg/ml	<3 <15mg/ml
Glucerna SR (230 ml)	10,7 0,046 g/ml	7,8 0,034 g/ml	26 0,11 g/ml	0,89	399	230 1 mg/ml	437 1,9 mg/ml	147 0,64 mg/ml	41 0,18 mg/ml	304 1,3 mg/ml	1,7 7,4 mg/ml
Resource hiperproteico (200 ml)	18,8 0,094 g/ml	7 0,035 g/ml	28 0,14 g/ml	1,25	303-390	140 0,7 mg/ml	240 1,2 mg/ml	280 1,4 mg/ml	50 0,25 mg/ml	120 0,6 mg/ml	1,2 6 mg/ml
Fortimel complete (200ml)	13 0,065 g/ml	8,6 0,043 g/ml	32,8 0,164 g/ml	1,3	375	130 0,65 mg/ml	278 1,39 mg/ml	158 0,79 mg/ml	40 0,2 mg/ml	152 0,76 mg/ml	4 20 mg/ml
Novasource GI Control (500ml)	20,6 0,04 g/ml	17,5 0,035 g/ml	72 0,144 g/ml	1,06	324	350 0,7 mg/ml	675 0,13 mg/ml	275 0,55 mg/ml	110 0,22 mg/ml	500 1 mg/ml	10,8 21,6 mg/ml
Resource espesante (227 g)	0	0	202 g 4 g / cuch.	3,5 kcal/g 16 kcal/cuch		0,45 g 10 mg/cuch.	0	504 mg 10 mg/cuch.	268 5,3 mg/cuch		
Resource protein instant (400 g)	364 4,6/cuch	4 0,05 g/cuch	2 0,03 g/cuch	3,75 kcal/g		60 0,75 mg/cuch	60 0,75 mg/cuch	5800 72,5 mg/cuch			

ANEXO
III

MEDICACION DE STOCK EN CENTROS GERONTOLOGICOS

A02 ANTIACIDOS, ANTIULCEROSOS	ANTIFLATULENTOS	Y	A10 ANTIDIABETICOS		
A02A1A	Minotón 800 mg sobres	10	A10A1A	Insulina Novorapid (Frigorífico)	1
A02B3A	Omeprazol 20 mg caps	7	A10A1A	Insulatard Novolet pluma (Frigorifico)	2
A03 ANTIESPASMÓDICOS			A10B1A	Diamicron 80 mg comp	5
A03A1A	Atropina 1 mg amp	5	B01 ANTITROMBÓTICOS		
A03A1A	Buscapina 20 mg amp	6	B01AB	Heparina 1% vial	1
A04 ANTIEMÉTICOS Y ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL			B02 HEMOSTÁTICOS Y CORRECTORES DE ALTERACIONES DE LA COAGULACION		
A04A2A	Primperan 10 mg amp	6	B02B6A	Caproamin amp	6
A04A1B	Biodramina 50 mg comp	6		Konaktion 10 mg amp	2
A07 ANTIDIARREICOS Y GASTROINTESTINALES	Y	ANTIINFECCIOSOS	C01 CARDIOTERAPIA		
A07B1A	Fortasec 2 mg caps	6	C01A1A	Lanirapid 0,1 mg comp	6
A07D1A	Sueroral hiposódico sobres	4		Digoxina comp 0,25 mg	2
			C01B1A	Trangorex 200 mg comp	6
			C01DA	Trinispray 400 mcg/puls	1
			C01CA	Adrenalina 1 mg amp	1
			C09 AA	Captoprilo 25 mg comp	5

C03 DIURETICOS

C03B1A	Furosemida 40 mg comp	3
	Seguril 20 mg amp	5

D DERMATOLOGICOS: CORTICOIDES

D07A1A	Peitel crema	1
--------	--------------	---

H02 CORTICOIDES

H02A1A	Solu moderin 40 mg vial	2
H02A2A	Dacortin 30 mg comp	6

H04 HORMONAS GLUCOGENOLITICAS

H04AA	Glucagen Hypokit® 1 mg (Glucagón)	2
-------	-----------------------------------	---

J01 ANTIBIOTICOS SISTEMICOS

J01C2A	Augmentine 500 mg sobres (Amoxicilina 500 mg/Clavulanico 125 mg)	6
J01D1C	Ceftriaxona 1 g IM	2
	Telo 200 mg comp	4
J01MA	Norfloxacin 400 mg comp	7
	Ciprofloxacino 500 mg comp	5
	Levofloxacino 500 mg comp	4

J01N3A	Monurol 3 g sobres	1
J01F1A	Klacid 500 mg comp	2

M01 ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS

M01A1A	Naproxeno 550 mg comp	6
--------	-----------------------	---

M02 ANTIINFLAMATORIOS TOPICOS

M02A1A	Voltaren emulgel	1
--------	------------------	---

N01 ANESTESICOS

N01B1A	Scandinibsa 2% amp	2
--------	--------------------	---

N02 ANALGESICOS

N02A1A	Sevredol 10 mg comp	4
	Cloruro mórfico 1% amp	4
N02B1A	Febrectal supositorios	6
N02B1B	Paracetamol 500 mg comp	10
N01B1C	Nolotil 2 g amp	5
	Nolotil 575 mg caps	10

N03 ANTIEPILEPTICOS

N03A1A	Luminal 200 mg amp	2
--------	--------------------	---

N04 ANTIPARKINSONIANOS

N04AA	Akineton® (Biperideno) 5 mg amp	2
-------	---------------------------------	---

N05 PSICOLEPTICOS

N05A1A	Haloperidol 2 mg/ml gas	1
	Haloperidol 5 mg amp	5
	Largactil 25 mg amp	5
N05B1A	Valium 10 mg amp	4
	Stesolid 10 mg microenema	2
N05B1B	Alprazolam 0,25 mg comp	6
	Sintonal comp	6
	Distraneurine 192 mg caps	10
	Idalprem 1mg comp	10

R03 ANTIASMAICOS

R03A1A	Ventolin inh 200 dosis	2
	Atrovent inh 300 dosis	1
R03A1B	Pulmicort inh 200 dosis	1

R05 ANTIGRIPALES Y ANTITUSIGENOS

R05C2A	Fluimucil oral fte 600 mg comp	6
R05DA	Romilar jb 15 mg/5 ml	1

R06 ANTIHISTAMINICOS VIA SISTEMICA

R06A1A	Telfast 120 mg comp	6
	Polaramine amp 5 mg (dexclorfeniramina)	2

S01 ANTIINFECCIOSOS OFTALMOLOGICOS

S01A1A	Colirio Tobrex	1
S01B1A	Colirio Dexametasona	1

V03 TODOS LOS DEMAS PRODUCTOS TERAPEUTICOS

V03A1A	Placebo blanco caps	10
	Placebo rojo caps	10

V03 ANTIDOTOS

V03AB	Anexate® (Flumazenilo) 1mg amp 10 ml	1
	Naloxone® amp 0,4 mg	2

V06 SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSION: GLUCIDOS

V06DC	Glucosmon R-50 amp	2
-------	--------------------	---

ANEXO
IV

MEDICACION DE STOCK
HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM

A02 ANTIACIDOS, ANTIPLATULENTOS Y ANTIULCEROSOS

A02A1A	Minotón 800 mg sobres	10
A02B3A	Omeprazol 20 mg caps	4
	Losec vial 40 mg	1

A03 ANTIESPASMÓDICOS

A03A1A	Atropina 1 mg amp	5
A03A1A	Buscapina 20 mg amp	6

A04 ANTIEMÉTICOS Y ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL

A04A2A	Primperan 10 mg amp	6
--------	---------------------	---

A07 ANTIDIARREICOS Y ANTIINFECCIOSOS GASTROINTESTINALES

A07B1A	Fortasec 2 mg caps	10
--------	--------------------	----

A10 ANTIDIABÉTICOS

A10A1A	Insulina actrapid (Frigorífico)	1
A10A1A	Insulatard vial (Frigorífico)	2
A10A1A	Insulina Lantus vial	1
A01B1A	Diamicon 80 mg comp	5
	Metformina 850 mg comp	2

B02 ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

B01AA	Sintrom 4 mg comp	2
B01AC	Adiro 100 mg	2

B02 HEMOSTÁTICOS Y CORRECTORES DE ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN

B02B6A	Caproamin amp	4
--------	---------------	---

B05 SUSTITUTOS DEL PLASMA

B05XA	ClK 40 mEq en 20 ml	4
-------	---------------------	---

C01 CARDIOTERAPIA

C01A1A	Lanirapid 0,1 mg comp	4
	Digoxina comp 0,25 mg	2
	Digoxina amp 0,25 mg	2
C01B1A	Trangorex 200 mg comp	4
	Trangorex 150 mg amp	4
C01C1A	Adrenalina 1 mg amp	1
C01DA	Trinispray 400 mcg/puls	1

Nitroderm TTS parches 5 mg	2
Nitroderm TTS parches 10 mg	2

C03 DIURETICOS

C03B1A Furosemida 40 mg comp	3
Seguril 20 mg amp	5
Aldactone 100 mg comp	2

C05 ANTIVARICOSOS

C05BA Thrombocid pomada 0,1%	2
------------------------------	---

C09 INH ANGIOTENSINA CONVERTASA

C09 AA Captoprilo 25 mg comp	5
------------------------------	---

D DERMATOLOGICOS: CORTICOIDES

D07A1A Peitel crema	1
---------------------	---

H02 CORTICOIDES

H02A1A Solu moderin 40 mg vial	2
H02A2A Dacortin 30 mg comp	4
H02AB Fortecortin 4 mg amp	5

H04 HORMONAS GLUCOGENOLITICAS

H04AA Glucagen Hypokit® 1 mg (Glucagón)	1
---	---

J01 ANTIBIOTICOS SISTEMICOS

J01C2A Amoxicilina 500 mg sobres	2
Augmentine 500 mg sobres	
(Amoxicilina 500 mg/Clavulanico 125 mg)	4
Augmentine 1g7200 mg vial	2
J01D1C Ceftriaxona 1 g IV vial	4
Telo 200 mg comp	2

J01MA Norfloxacin 400 mg comp	3
-------------------------------	---

J01F1A Ciprofloxacino 500 mg comp	2
Klacid 500 mg comp	2

M01 ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS

M01A1A Naproxeno 550 mg comp	6
M01AB Toradol 30 mg amp	10

M02 ANTIINFLAMATORIOS TOPICOS

M02A1A Voltaren emulgel	2
-------------------------	---

N01 ANESTESICOS

N01B1A Scandinibsa 2% amp	4
---------------------------	---

N02 ANALGESICOS

N02A1A Sevredol 10 mg comp	2
Cloruro mórfico 1% amp	8
N02B1A Febrectal supositorios	3
N02B1B Paracetamol 1g sobres	10

N01B1C	Nolotil 2 g amp	5
	Nolotil 575 mg caps	10

N03 ANTIEPILEPTICOS

N03A1A	Luminal 200 mg amp	4
	Rivotril amp 1 mg	4

N05 PSICOLEPTICOS

N05A1A	Haloperidol 2 mg/ml gtas	1
	Haloperidol 5 mg amp	10
	Largactil 25 mg amp	2
	Sinogan amp 25 mg	2
N05B1A	Valium 10 mg amp	4
	Valium 5 mg amp	4
N05B1B	Alprazolam 0,25 mg comp	5
	Sintonal comp	2
	Distraneurine 192 mg caps	6
	Idalprem 1mg comp	5

R03 ANTIASMATICOS

R03A1A	Ventolin inh 200 dosis	2
	Ventolin solución respirador	2
	Atrovent inh 300 dosis	1
	Atrovent 500 mg monodosis nebul	3
R03A1B	Pulmicort amp nebul 0,5 mg/ml	2

R05 ANTIGRIPALES Y ANTITUSIGENOS

R05C2A	Fluimucil oral fte 600 mg comp	3
--------	--------------------------------	---

R06 ANTIHISTAMINICOS VIA SISTEMICA

R06A1A	Telfast 180 mg comp	2
--------	---------------------	---

V03 TODOS LOS DEMAS PRODUCTOS TERAPEUTICOS

V03A1A	Placebo blanco caps	10
	Placebo rojo caps	10

V03 ANTIDOTOS

V03AB	Anexate® (Flumazenilo) 1mg amp 10 ml	2
	Naloxone® amp 0,4 mg	2

V06 SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSION: GLUCIDOS

V06DC	Glucosmon R-50 amp	6
-------	--------------------	---

En la planta de Cuidados Paliativos el stock varía moderadamente.

ANEXO

V

ULCERAS POR PRESION

(Anexo Protocolo de los Cuidados Locales de las Ulceras por Presión)

FIBRINOSA O CON ESCARA	EXUDATIVA	INFECTADA	GRANULACIÓN/EPITELIZACIÓN
1.- Desbridamiento quirúrgico	1.- Moderada o poca exudación * Varihesive placa * Varihesive hidrogel * Aquacel * Versiva XC	1.- Extremar * Limpieza y desbridamiento	*Versiva * Tules grasos, o de silicona
2.- Desbridamiento químico * Iruxol mono	2.- Muy exudativa * Aquacel * Seasorb	3.- Aplicar pomada antibiótica * Aquacel Ag * Bactroban (no más de 15 días) * Silvederma (no más de 15 días)	
3.- Desbridamiento autolítico * Varihesive hidrogel y Varihesive gel control			

- Al aplicar Iruxol mono proteger la zona periulceral con un PCNI (Cavilon)
- Al aplicar Iruxol mono, humedecer las gasas con suero fisiológico.
- Para evitar maceraciones perilesionales aplicar un PCNI (Cavilon) en los bordes de la lesión.

ANEXO VI

PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

Fecha última actualización: 21/8/2007

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS: principios activos diferentes que poseen unos perfiles de eficacia, seguridad y características farmacológicas similares, que los convierte en clínicamente intercambiables, cuando se administran a dosis equivalentes.

Con el Programa de Intercambio Terapéutico pretendemos alcanzar los siguientes objetivos:

- Favorecer el uso eficiente de los medicamentos: documento de ayuda a la prescripción que sirva para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la GFT.
- Garantizar la disponibilidad del medicamento en el lugar y momento oportunos mediante la sustitución.
- Disminuir la variabilidad y los errores.

A pesar de todo ello, se contemplará la posibilidad de realizar excepciones, de modo que, si en algún caso concreto el médico no considera adecuada la aplicación del programa de equivalentes terapéuticos, se avisará a farmacia para explicar la necesidad en concreto y farmacia traería dicho medicamento.

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR	OBSERVACIONES
A02A: ANTIACIDOS Almagato (Almax ®), almasilato (Dolcopin ®),... (Todos los antiácidos a base de sales insolubles de aluminio y magnesio)	Magaldrato (Minoton gel ®)	
A02B: ANTIULCEROSOS Famotidina 20 mg	Ranitidina 150 mg (Ranitidina EFG ®)	
Pantoprazol 40 mg (Pantecta ®)	Omeprazol 20 mg (Omeprazol EFG ®)	Si disfagia Opiren flas ® (lansoprazol)
Lansoprazol 30 mg (Opiren ®)	Omeprazol 20 mg (Omeprazol EFG ®)	Si disfagia Opiren flas ® (lansoprazol)
Esomeprazol 20 mg (Nexium ®)	Omeprazol 20 mg (Omeprazol EFG ®)	Si disfagia Opiren flas ® (lansoprazol)
A03FA: PROCINETICOS Clebopride 0,5 mg (Cleboril ®)	Metoclopramida 10 mg (Primperan ®)	
A10BB: ANTIDIABÉTICOS ORALES: SULFONILUREAS NO		

HETEROCÍCLICAS

Clorpropamida 250mg (**Diabinese®**)

Glibenclamida 5mg (**Daonil®**)

Gliquidona 30mg (**Glucenor®**)

Glisentida 5mg (Staticum®)

Unidiamicron 30®

A12AX: COMBINACIONES DE CALCIO CON OTROS FARMACOS

Los suplementos de calcio con vitamina D se sustituirán por Osteomerck.

B01AB: ANTITROMBOTICOS: HEPARINA Y DERIVADOS

Enoxaparina (**Clexane®**) 20 (profilaxis)

Clexane 40 (profilaxis)

Clexane 40/12h (tratamiento) → Peso<50kg

Clexane 50/12h (tratamiento) → Peso:50-59kg

Clexane 60/12h (tratamiento) → Peso:60-69kg

Clexane70/12h (tratamiento) → Peso:70-79kg

Clexane80/12h (tratamiento) → Peso>80kg

B01AC: ANTIAGREGANTES PLAQUET

Acido acetilsalicílico 150mg (**Tromalyt cap®**)

Acido acetilsalicílico 300mg (**Tromalyt cap®**)

Ticlopidina 250mg (**Tiklid®**)/12h

C01DA: VASODILATADORES: NITRATOS ORGANICOS

Isosorbide dinitrato (**Iso lacer®**) 5-10mg/8h

Isosorbide dinitrato (**Iso lacer®**) ret 40mg y 60mg

C03: DIURETICOS

Torasemida 10 mg (**Sutril®**)

Xipamida 20mg (**Diurex®**)

Indapamida 2,5 mg (**Tertensif®**)

Triamtereno 25/Furosemida 77,6 (**Salidur®**) 1comp

Gliclazida 80 mg (**Diamicron®**)

Gliclazida 80 mg (**Diamicron®**)

Gliclazida 80 mg (**Diamicron®**)

Gliclazida 80 mg (**Diamicron®**)

½ diamicron 80/12h

Mantener en caso de IR

Osteomerck (pauta habitual: 1 sobre/día).

Nadroparina (**Fraxiparina®**) 0,3ml

Peso<70kg → Fraxiparina 0,4ml/24h

Peso>70kg → Fraxiparina 0,6ml/24h

Peso<50kg → Fraxiparina 0,4ml/12h

Peso:50-59kg → Fraxiparina 0,5ml/12h

Peso:60-69kg →Fraxiparina 0,6ml/12h

Peso:70-79kg →Fraxiparina 0,7ml/12h

Peso>80kg → Fraxiparina 0,8ml/12h

Acido acetilsalicílico 100mg (**Adiro comp®**)

Acido acetilsalicílico 300mg (**Adiro comp®**)

Clopidogrel 75mg (**Plavix®**)/24h

Isosorbide mononitrato (**Uniket®**) 10mg/12h

Isosorbide mononitrato (**Uniket®**) ret 50mg

Furosemida 40 mg (**Furosemida EFG®**)

Hidroclorotiazida 25mg (**Hidrosaluretil®**)

½ Clortalidona 50mg (**Higrotona®**)

2 comp Furosemida 40 mg

C07: BETA-BLOQUEANTESBisoprolol (**Emconcor**)Metoprolol (**Beloken**)Carvedilol (**Carvedilol**)Nevibolol (**Lobivon**)**Dosis inicial (mg):**

1,25

12,5-25

3,125

1,25

Dosis objetivo (mg/día):

10

200

50

10

C08: ANTAGONISTAS DEL CALCIOBarnidipino 10mg (**Libradin**)Felodipino 5mg (**Plendil**)Lacidipino 2mg (**Lacipil**)Lercanidipino 10mg (**Lercadip**)Nicardipino (**Vasonase**)Nisoldipino 10mg (**Syscor**)Nitrendipino 10mg (**Baypresol**)Amlodipino 5mg (**Astudal**)Amlodipino 5mg (**Astudal**)Amlodipino 5mg (**Astudal**)Amlodipino 5mg (**Astudal**)

No intercambio, continuar tratamiento

Amlodipino 5mg (**Astudal**)Amlodipino 5mg (**Astudal**)**C09AA: IECAS**Benazeprilo 10mg (**Cibacen**)Cilazaprilol 1mg (**Inocar**, **Inhibace**)Espiraprilol 6mg (**Renpress**)Fosinoprilol 20mg (**Fositens**)Enalaprilol 10mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 5mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 20mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 20mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)

Fosinoprilol no requiere ajuste de dosis en Insuficiencia Renal, el resto de los IECAs se ajusta según CICr.

Lisinoprilol 5mg (**Doneka**, **Prinivil**, **Zestril**)Perindoprilol 4mg (**Coversyl**)Quinaprilol 5mg (**Acuprel**, **Entren**)Ramiprilol 5mg (**Acovil**)Trandolaprilol 2mg (**Gopten**)Enalaprilol 5mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 10mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 5mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 5mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)Enalaprilol 10mg (**Enalaprilol EFG**, **Renitec**)**C09CA: ARAII**Candesartan 16mg (**Atacand**, **Parapres**)Eprosartan 600mg (**Navixen**)Losartan 50mg (**Cozaar**)Olmesartan 20mg (**Openvas**)Telmisartan 40mg (**Micardis**, **Pritor**)Valsartan 80mg (**Diovan**, **Vals**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)Irbesartan 150mg (**Aprovel**)**C10AA: HIPOLIPEMIANTE**Lovastatina 20 mg (**Mevacor**, **Nergadan**)Fluvastatina 20mg (**Digaril**, **Lescol**)Simvastatina 10mg (**Pantok**)Simvastatina 10mg (**Pantok**)

Pravastatina 20mg (**Lipemol®**, **Liplat®**)

Aunque no está incluido en la guía ningún medicamento del grupo C10AB (fibratos: gemfibrozilo, bezafibrato, fenofibrato), se suministrará el tratamiento (Lopid 600®) a los pacientes que ingresen con fármacos de este grupo y deban mantener el tratamiento.

H02: CORTICOIDES: Dosis equivalente en mg:

Hidrocortisona (Hidroaltesona®)	20
Deflazacort (Dezacor®)	6,5
Prednisona (Dacortin®)	5
Prednisolona (Estilsona®)	5
Metilprednisolona (Urbason®)	4
Dexametasona (Fortecortin®)	0,75
Fludrocortisona (Astonin®)	0,02

H03B: PREPARADOS ANTITIROIDEOS

Tiamazol 5mg comp (metabolito del carbimazol) (**Tirodril®**)

Dosis de mantenimiento: 5-15 mg/día

N05AH: ANTIPSICOTICOS

Aripiprazol 5 mg (**Abilify®**)

10mg

15 mg

25 mg

Ziprasidona 40 mg (**Zeldox®**)

60 mg

120 mg

160 mg

N05BA: BENZODIAZEPINAS

Bromazepam 3mg (**Lexatin®**)

Loprazolam 1mg (**Somnovit®**)

Triazolam 0,125mg (**Halción®**)

Flurazepam 15mg (**Dormodor®**)

Ketazolam 30mg (**Sedotime®**)

Zaleplon 10mg (**Sonata®**)

Zopiclona 7,5mg (**Limovan®**)

Simvastatina 10mg (**Pantok®**)

Actividad mineralcorticoide:

Media

Nula

Baja

Baja

Nula

Nula

Alta

Semivida biológica (horas):

8-12

12-36

12-36

12-36

12-36

36-72

18-36

Carbimazol 5mg comp

(**Neo tomizol®**)

Dosis de mantenimiento: 5-20 mg/día

Risperdal 1mg

2 mg

4 mg

6 mg

Risperdal 1mg

2 mg

4 mg

6 mg

Lorazepam 1mg (**Idalprem®**)

Lorazepam 1mg (**Idalprem®**)

Lorazepam 1mg (**Idalprem®**)

Diazepam 5mg (**Valium®**)

Diazepam 5mg (**Valium®**)

Zolpidem 10mg (**Zolpidem EFG®**)

Zolpidem 10mg (**Zolpidem EFG®**)

R06AX: OTROS ANTIHISTAMINICOS, USO SISTEMICO

Cetirizina 10mg (**Zyrtec®**)

Elastina 10mg (**Ebastel®**)

Loratadina 10mg (**Clarityne®**)

Desloratadina 5 mg (**Aerius®**)

Mizolastina 10mg (**Mizolen®, Zolistan®**)

Fexofenadina 120-180mg (**Telfast®**)

ANEXO VII

FÁRMACO	POSOLOGIA EN INSUFICIENCIA RENAL
Grupo A	
Metoclopramida	10-40 ml/min: administrar 50% de la dosis normal <10 ml/min: administrar 25% de la dosis normal >50 ml/min: no ajustar
Ranitidina	10-50 ml/min: administrar 150 mg/24h oral 50 mg/18-24h IM/IV
Grupo B	
Adiro	< 10 ml/min: evitar su uso
Grupo C	
Atenolol	>35 ml/min: no ajustar 15-35 ml/min: 50 mg/día <15 ml/min: 25mg/24 horas o 50 mg/48 horas
Bisoprolol	<20 ml/min: Dosis inicial: 2,5 mg/día. Incrementar con precaución. Dosis máxima 10 mg/día.
	Clcr (ml/min) Dosis inicial diaria Dosis máxima diaria
	>40 25-50 150
Captoprilo	21-40 25 100
	10-20 12,5 75
	<10 6,25 37,5
Clortalidona	Además en ancianos la dosis inicial debe ser baja. <10 ml/min: administrar cada 48 h.
Digoxina	10-50 ml/min: administrar 25-75% de la dosis o cada 36 h. <10 ml/min: administrar 10-25% de la dosis o cada 48 h.
Enalapril	En general, deben prolongarse los intervalos entre las dosis de enalapril y/o reducirse la posología.
Espironolactona	10-50 ml/min: administrar cada 12-24 horas.
Flecainida	<10 ml/min: evitar uso < 35 ml/min: dosis máx 50 mg/12h. Se recomienda monitorizar.
Hidroclorotiazida	Las tiazidas reducen la tasa de filtración glomerular, pudiendo aumentar la azotemia. Por lo tanto, los pacientes con insuficiencia renal suelen mostrarse resistentes al tratamiento con diuréticos tiazídicos, por lo que se recomienda evaluar periódicamente la efectividad del tratamiento. Se aconseja no utilizar en pacientes con insuficiencia renal grave (<30 ml/min).
Metildigoxina	Se aconseja disminuir la dosis en insuf renal con Cl <50

Nebivolol	ml/min
Simvastatina	<30 ml/min: Dosis inicial: 2,5 mg/día. Incrementar con precaución.
Grupo G	<30 ml/min: considerar cuidadosamente la administración de dosis superiores a 10 mg/día.
Tamsulosina	>10 ml/min: no ajustar
Grupo J	<10 ml/min: usar con precaución
Amoxicilina-clavulánico	10-30 ml/min: 500/125/12h <10 ml/min: 500/125/24h 33-50 ml/min 1 gr/8h
Cefazolina	11-34 ml/min 500 mg/12h < 10 ml/min 500 mg/18-24h
Cefditoreno	30-50 ml/min: 200/12h < 30 ml/min: 200/24h 30-50 ml/min 1 gr/12h
Ceftazidima	10-30 ml/min 0,5-1 gr/24h <10 ml/min cada 48-72h
Ceftriaxona	< 10 ml/min: ≤ 2gr/día
Cefuroxima-axetilo	< 20 ml/min: 500 mg/24h
Ciprofloxacino	<30 ml/min 500 mg/24h
Claritromicina	< 30 ml/min: mitad dosis, ↑ intervalo
Clindamicina	No ajuste dosis
Cloxacilina	No ajuste dosis
Cotrimoxazol	15-30 ml/min 50% dosis <15 ml/min no recomendado
Doxiciclina	No ajuste dosis Si dosis única no es necesario ajustar. Si dosis múltiple usar dosis normal los días 1 y 2 de tratamiento. Luego:
Fluconazol	->40 ml/min: posología normal -21-40 ml/min: intervalo de dosis de 48 horas o la mitad de la dosis diaria -10-20 ml/min: intervalo de dosis de 72 horas o un tercio de la dosis diaria
Fosfomicina	Ante IR aclaramiento ↓ pero no existen recomendaciones especiales
Gentamicina	Niveles plasmáticos

	Control Cr sérica
Imipenem-cilastatina	30-70ml/min 500 mg/8h 20-30 ml/min 500 mg/12h < 20 ml/min 250 mg/12h
Isoniazida	< 10 ml/min: administrar la mitad de la dosis normal
Levofloxacino	20-50 ml/min: Inicio 500 mg/24h Luego 250 mg/24h 10-19 ml/min: 125 mg/24 h
Linezolid	600 mg/12 h ; no ajuste dosis
Metronidazol	< 10 ml/min: mitad dosis
Moxifloxacino	No ajuste
Nitrofurantoína	<60 ml/min contraindicado
Norfloxacino	< 30 ml/min 400 mg/24h >20 ml/min, no es necesario ajuste
Piperacilina-Tazobactam	< 20 ml/min 4 gr/12h ClCr >10: 25 mg/kg/24 h. ClCr <10 mg/kg: 12-25 mg/kg/24 h.
Pirazinamida	10-50 ml/min: administrar 50-100% de la dosis.
Rifampicina	<10 ml/min: administrar 50% de la dosis.
Teicoplanina	40-60 ml/min ↓ 50% dosis, 100%/ 48h <40 ml/min: 1/3 dosis, 100%/72h
Vancomicina	10-50 ml/min 500 mg/24-48h < 10 ml/min 500 mg/48-96h Monitorizar
Grupo M	
Alendronato	>35 ml/min: no ajustar <35 ml/min no recomendado 80 ml/min: dosis de mantenimiento: 250 mg/día 60 ml/min: dosis de mantenimiento: 200 mg/día
Alopurinol	40 ml/min: dosis de mantenimiento: 150 mg/día 20 ml/min: dosis de mantenimiento: 100 mg/día 10 ml/min: dosis de mantenimiento: 100 mg/cada 2 días
Baclofeno	Aunque es necesario ajustar la dosis en la insuficiencia renal, no existen directrices al respecto
Colchicina	<10 ml/min: administrar 50% de la dosis.

Ranelato estroncio	30-70 ml/min: no ajustar <30 ml/min no recomendado
Ac alendrónico	<30 ml/min no recomendado
Grupo N	
Amitriptilina	No ajustar
Benzodiazepinas	No ajustar
Carbamazepina	< 10 ml/min: monitorizar
Citalopram	No se recomienda el uso de citalopram en pacientes con Clcr < 20 ml/min
Clometiazol	No ajustar
Diclofenaco	No es necesario ajuste pero usar con precaución en insuficiencia renal moderada-grave
Donepezilo	No ajustar
Fenitoina	No ajustar
Fenobarbital	< 10 ml/min: administrar cada 12-16 horas ≥ 80 ml/min: Dosis diaria total (administrar dividida en 3 veces a día): 900-3600 mg 50-79 ml/min: Dosis diaria total (administrar dividida en 3 veces a día): 600-1800 mg 30-49 ml/min: Dosis diaria total (administrar dividida en 3 veces a día): 300-900 mg 15-29 ml/min: Dosis diaria total (administrar dividida en 3 veces a día): 150-600 mg <15 ml/min: Dosis diaria total (administrar dividida en 3 veces a día): 150-300 mg
Gabapentina	<30 ml/min: Dosis máxima: 16 mg/día <10 ml/min: no recomendado
Galantamina	<30 ml/min: Dosis máxima: 16 mg/día <10 ml/min: no recomendado
Haloperidol	No ajustar >80 ml/min: 500 a 1500 mg/día dos veces al día 50-79 ml/min: 500 a 1000 mg/día dos veces al día 30-49 ml/min: 250 a 750 mg/día dos veces al día <30 ml/min: 250 a 500 mg/día dos veces al día 50-79 ml/min: No ajustar
Levetiracetam	30-49 ml/min: inicialmente: 10 mg/día. Si se tolera bien aumentar a 20 mg/día después de una semana. 5-29 ml/min: 10 mg/día Si Clcr<40 ml/min, disminuye el aclaración del fármaco pero no existen directrices de ajuste de dosis al respecto. Usar con precaución en estos casos
Memantina	No es necesario ajuste pero usar con precaución en insuficiencia renal moderada-grave
Mirtazapina	No usar tto crónico con naproxeno en pacientes con Clcr<20ml/min.
Nabumetona	Dosis inicial 5 mg/día, luego no requiere ajuste
Naproxeno	
Olanzapina	

Paracetamol	< 10 ml/min: intervalo entre dos tomas no menor de cada 8 horas
Paroxetina	Aunque es necesario ajustar la dosis si Clcr<30 ml/min, no existen directrices al respecto. Usar con precaución en estos casos
Pregabalina	>60 ml/min: Dosis inicial: 150 mg/día dos/tres veces al día. Dosis máxima: 600 mg/día dos/tres veces al día. 30-60 ml/min: Dosis inicial: 75 mg/día dos/tres veces al día. Dosis máxima: 300 mg/día dos/tres veces al día. 15-30 ml/min: Dosis inicial: 25-50 mg/día dos/tres veces al día. Dosis máxima: 150 mg/día una/dos veces al día. <15 ml/min: Dosis inicial: 25 mg/día dos/tres veces al día. Dosis máxima: 75 mg/día una vez al día.
Primidona	50-80 ml/min: administrar cada 8 horas 10-50 ml/min: administrar cada 8-12 horas <10 ml/min: administrar cada 12-24 horas
Rivastigmina	No ajustar <10 ml/min: usar con precaución
Quetiapina	No ajustar
Risperdal	Ir aumentando las dosis poco a poco en insuficiencia renal severa hasta un máximo de 3 mg/día
Sertralina	No ajustar
Sinemet	No ajustar
Tramadol	< 30 ml/min: intervalo entre dos tomas no menor de cada 12 horas
Trazodona	No ajustar
Trileptal	En los pacientes con función renal alterada (aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min), el tratamiento con Trileptal debe iniciarse con la mitad de la dosis inicial habitual (300 mg/día), e incrementarse a intervalos mínimos semanales hasta alcanzar la respuesta clínica deseada. El escalado de dosis en pacientes con insuficiencia renal puede requerir un mayor control.
Valproato sódico	< 10 ml/min: administrar monitorizar
Venlafaxina	<30 ml/min: administrar 50% de la dosis.
Zolpidem	No ajustar

ANEXO VIII

FÁRMACOS OTOTÓXICOS:

Incluimos este apartado porque en pacientes con función renal alterada y/o daño sensorial son más vulnerables a la ototoxicidad y los pacientes ancianos son un colectivo que puede tener estas 2 características. Valorar alternativas o, si se utilizan, ajustar al menor tiempo posible y estudiar la función auditiva durante el tratamiento.

- Aminoglucósidos: tobramicina, amikacina, gentamicina
- Vancomicina, teicoplanina
- Claritromicina, azitromicina
- Diuréticos: acetazolamida, diuréticos de alto techo (furosemida)
- Antimaláricos: cloroquina, quinina
- Salicilatos en altas dosis
- Lopinavir + ritonavir

(Meyler´s side effects of drugs 15th 2006)

ANEXO IX

MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES: conservación ante incidencias.

Conservar entre 2-8°C

En caso de congelación de un medicamento, desecharlo.

- Aleudrina 0,2mg amp:** Estable durante 6 meses a T^a = +25°C. A dicha T^a, la caducidad del producto se reduce en 3 meses.
- Anatoxal tedi berna:** Estable durante 1 semana a T^a = +25°C.
- Aranesp:** Estable durante 1 semana a T^a = +25°C. No congelar.
- Brentan crema 30 g:** Estable durante 1 mes a T^a = +25°C.
- Calcitonina almirall 100 UI amp:** Conservar entre +2°C y +8°C. No congelar. 1 mes a temperatura no superior a 25°C.
- Calsynar nasal 200 UI:** Estable durante 4 semanas a T^a = +22°C (incluido el tiempo de utilización). No congelar. 1 mes a temperatura no superior a 25°C.
- Casentilus:** Conservar entre +2°C y +8°C. No congelar.
- Chiromas:** Estable durante 4 días a T^a = +25°C.
- Eporex:** Estable durante 1 hora a T^a = +25°C. No congelar.
- Gamma antitetanos Grifols 500 UI:** Estable durante 1 año a T^a = +25°C. Estable durante 3 meses a T^a = +35°C (una vez transcurrido este tiempo desechar).
- Glucagon gen hypokit 1mg:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 18 meses a T^a = +25°C. No congelar.
- Insulina actrapid vial:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 6 semanas a T^a = +25°C. No congelar
- Insulina insulatard flexpen:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 4 semanas a T^a = +25°C. No congelar.
- Insulina insulatard vial:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 6 semanas a T^a = +25°C. No congelar.
- Insulina lantus optiset:** Estable durante 1 mes a T^a = +25°C (incluido el tiempo de utilización). No congelar.
- Insulina lantus vial:** Estable durante 1 mes a T^a = +25°C (incluido el tiempo de utilización). No congelar.
- Insulina levemir: ¿?**
- Insulina mixtard 30/70 innolet:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 6 semanas a T^a = +25°C. No congelar
- Insulina mixtard 30/70 vial:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 6 semanas a T^a = +25°C. No congelar
- Insulina novomix 30 flexpen:** Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a T^a = +25°C. Una vez en uso, estable hasta 4 semanas a T^a = +25°C. No congelar.

-Insulina novorapid flexpen: Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 24 horas a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$. Una vez en uso, estable hasta 4 semanas a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$. No congelar.

-Monocid 1g vial IM: Estable durante 18 meses a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$

-Monocid 1g vial IV: Estable durante 18 meses a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$

-Neupogen 300 y 480: Máximo 7 días entre 9 y 30°C .

-Nuvachten depot 1mg/ml: Conservar entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+8^{\circ}\text{C}$. Si no se usa en 3-4 horas hay que desecharlo.

-Pneumovax 23: Conservar entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+8^{\circ}\text{C}$. No congelar

-Sandostatin 100mcg amp: Estable durante 14 días a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$ (una vez transcurrido este tiempo desechar).

-Sandostatin 50mcg amp: Estable durante 14 días a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$ (una vez transcurrido este tiempo desechar).

-Tuberculina PPD 2UT: Estable durante 1 semana a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$

-Xalacom colirio: Ante incidencias en el almacenamiento, estable durante 48 horas a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$. Una vez en uso, estable durante 4 semanas a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$.

-Xalatan colirio: Una vez en uso, estable durante 4 semanas a $T^a = +25^{\circ}\text{C}$.

ANEXO X

NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS

FARMACOVIGILANCIA

Antes de ser comercializados, todos los fármacos son sometidos a estudio, primero sobre animales y luego sobre humanos, con objeto de estimar su seguridad y eficacia. Estos “ensayos clínicos” sólo incluyen unos pocos miles de personas, lo que hace que las reacciones adversas menos frecuentes sean difícilmente detectables.

De este hecho surge la necesidad de la Farmacovigilancia, entendida como el conjunto de métodos que permita la identificación, notificación, evaluación sistemática y registro de reacciones adversas de los medicamentos ya comercializados.

En nuestra Comunidad Autónoma existe un Centro de Farmacovigilancia conectado con el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

La notificación por parte de profesionales sanitarios se hará a través de la TARJETA AMARILLA ante cualquier sospecha de reacción adversa a un medicamento.

La relación causa-efectosa realizará por los técnicos de estos Centros, por lo que en ningún caso se debe dejar de notificar por no tener seguridad de que la causa fue el medicamento consumido.

NOTIFICACIONES DE EFECTOS ADVERSOS EN GERIATRÍA

La necesidad de una óptima Farmacovigilancia mediante la notificación de Efectos Adversos se ve acrecentada aún más en el colectivo geriátrico dado que las personas mayores:

- Poseen un organismo en gran medida deteriorado en el que la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos se ve afectada.
- Son pacientes polimedcados, por lo que se podrán detectar con más probabilidad las interacciones medicamentosas.
- Es un colectivo diana, ya que consumen más del 60% de los fármacos que consume el total de la población.
- Son muy escasos los ensayos clínicos de medicamentos realizados en ancianos.

TARJETA AMARILLA

Para solicitar la tarjeta, se puede hacer al propio Centro de Farmacovigilancia del País Vasco o al Servicio de Atención Farmacéutica de undación Matia.

CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA

- Dirección: Centro de Farmacovigilancia del País vasco. Hospital de Galdakao (Bizkaia)
- Teléfono: 944007070
- Correo electrónico: farmacovigilancia@osakidetza.net

INDICE
ALFABETICO

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Acarbosa.....	13
Acenocumarol.....	16
Acetilsalicílico, ácido.....	17, 98
Acfol.....	19
Aciclovir.....	147
Acido fólico.....	19
Acido fusídico.....	40
Actocortina.....	55
Actrapid.....	10
Adalat.....	33
Adenosina.....	27
Adenocor.....	27
Adiro.....	17, 98
Adolonta.....	97
Adrenalina.....	24
Aeroflat.....	5
Akineton.....	111
Albúmina.....	19
Alcohol.....	44
Aldactacine.....	29
Aldactone.....	29
Alendrónico, ácido.....	86
Aleudrina.....	25
Algidol.....	99
Alopurinol.....	85
Alphagan.....	147
Alprazolam.....	124
Amikacina.....	76
Aminicaproico, ácido.....	18
Amiodarona.....	24
Amitriptilina.....	131
Amlodipino.....	33
Amorolfina.....	38
Amoxicilina.....	72
Amoxicilina – clavulánico.....	73

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Anexate.....	151
Anticerumen Liade.....	149
Apocard.....	23
Aprovel.....	35
Aricept.....	137
Astudal.....	33
Atarax.....	125, 144
Atenolol.....	31
Atropina.....	4
Atrovent.....	143
Augmentine.....	73
Axura.....	138
Azilect.....	112
Baclofeno.....	85
Bactroban.....	40
Bactroban nasal.....	40
Baycip otico.....	149
Bencidamina.....	2, 48
Benerva.....	13
Betadine.....	44
Betametasona.....	55
Betametasona + gentamicina.....	44
Bicarbonato sódico 1 M.....	20
Bicarbonato sódico 1/6 M.....	20
Biclin.....	76
Biodramina.....	143
Biperideno.....	111
Boi K.....	14
Brimonidina.....	147
Brotizolam.....	123
Bucalsona.....	2
Budesonido.....	140, 142
Buscapina.....	4
Buscapina Compositum.....	5
Butilescopolamina.....	4

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Butilescopolamina-metamizol.....	5
Calcio – Colecalciferol.....	14
Calcitonina.....	57
Calsynar.....	57
Caproamin.....	18
Captoprilo.....	34
Carbamazepina.....	103
Carbimazol.....	57
Carbómero.....	148
Carmelosa.....	148
Carvedilol.....	32
Cefditoreno.....	74
Ceftazidima.....	74
Ceftriaxona.....	74
Celestone cronodose.....	55
Ceneo.....	43
Cetraxal.....	77
Cianocobalamina.....	19
Cilostazol.....	18
Cipraxal.....	131
Ciprofloxacino.....	77, 149
Cl K.....	14
Claritromicina.....	75
Clindamicina.....	76
Clinutren 1,5 200 ml.....	157, 158
Clinutren G Diabetes 200 ml.....	157, 158
Clobetasol.....	44
Clometiazol.....	125
Clonazepam.....	105
Clopidrogel.....	17
Clorazepato.....	121
Clorhexidina.....	2,44
Clorpromazina.....	119
Cloruro Morfico.....	96
Clortalidona.....	27

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Clortetraciclina.....	146
Clotrimazol.....	48
Clovate.....	44
Cloxacilina.....	73
Clozapina.....	120
Cobre, sulfato.....	39
Cod-Efferalgan.....	99
Colchicina.....	86
Colchicine Houde.....	86
Colircusi aureomicina.....	146
Colircusi dexametasona.....	147
Colpotrofin.....	48
Coropres.....	32
Cristalmina.....	44
Cymbalta.....	133
Dacortin.....	56
Daflon.....	31
Dalacin.....	76
Deflazacort.....	56
Depakine.....	106
Deprax.....	131
Detrusitol neo.....	48
Dexametasona.....	55,147
Dexametasona + tobramicina.....	147
Dexclorfeniramina.....	144
Dextrometorfano.....	143
Dezacor.....	56
Diamicron.....	11
Diazepam.....	84,104, 121
Diclofenac.....	84
Digoxina.....	22
Diltiazem.....	34
Dimenhidrinato.....	143
ivisor.....	34

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Diosmina.....	31
Diprogenta.....	44
Distraneurine.....	125
Domperidona.....	5
Donezepilo.....	137
Dopamina.....	25
Doxiciclina.....	72
Duloxetina.....	133
Duphalac.....	7
Ekistol.....	18
Enalapril.....	34
Enalapril-hidroclorotiazida.....	34, 35
Enema Casen.....	8
Epanutin.....	105
Escitalopram.....	131
Escopolamina.....	6
Espironolactona.....	29
Espironolactona – altizida.....	29
Espongostan.....	18
Exelon.....	137
Famciclovir.....	80
Famvir.....	80
Fenitoina.....	23, 105
Fenobarbital.....	106
Fentanest.....	96
Fentanilo.....	96
Ferbisol.....	18
Fero Gradumet.....	19
Ferroglicina, sulfato.....	18
Fexofenadina.....	144
Finasteride.....	49
Fisiologico.....	20
Fitomenadiona.....	18
Flagyl vaginal.....	48
Flecainida.....	23

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Fluconazol.....	79
Flumazenilo.....	151
Flumil.....	143
Flunitrazepam.....	122
Fluocinolona+neomicina+polimixina B.....	149
Fluticasona+salmeterol.....	142
Flutrimazol.....	38
Fólico, ácido.....	19
Fórmula magistral.....	39, 40,45
Fortam.....	74
Fortasec.....	8
Fortecortin.....	55
Fortimel complete.....	157, 158
Fortisip 200 ml.....	157, 158
Fosfomicina.....	79
Fraxiparina.....	16
Fraxiparina forte.....	16
Fucidine.....	40
Furantoína.....	78
Furosemida.....	28
Fusidico, ácido.....	40
Gabapentina.....	106
Galantamina.....	137
Gliclazida.....	11
Glicerol.....	8
Glimepirida.....	12
Glipizida.....	12
Glucagen Hypokit.....	57
Glucagon.....	57
Glucerna SR.....	158, 159
Glucobay.....	13
Glucosa 5%.....	20
Glucosa 50%.....	151
Glucosmon R 50.....	151
Haloperidol.....	117

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Hemovas.....	30
Heparina sódica.....	16
Hidrocortisona.....	43, 55
Hidroxicina.....	125, 144
Hidroxil B1, B6, B12.....	14
Hierro II, sulfato.....	19
Higrotona.....	27
Hodernal.....	6
Idalprem.....	123
Imipenem – Cilastatina.....	75
Insulatard NPH.....	10
Insulina Actrapid.....	10
Insulina Lantus.....	10
Insulina Mixtard.....	10
Ipratropio, bromuro.....	143
Irbesartan.....	35
Iruxol-mono.....	39
Isoniacida –Pirazinamida – - Rifampicina.....	79
Isoniazida – Rifampicina.....	79
Isoprenalina.....	25
Isosorbide, mononitrato.....	26
Keppra.....	107
Ketoconazol.....	38
Ketorolaco.....	84
Kin Forte encías.....	2
Klacid.....	75
Konakion.....	18
l- dopa-carbidopa.....	111
l- dopa-carbidopa-entacapona.....	111
Labetalol.....	32
Lactitol.....	7
Lactulosa.....	7
Lanirapid.....	23
Lansoprazol.....	4

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Largactil.....	119
Latanoprost.....	148
Laurilsulfato sódico.....	8,149
Leponex.....	120
Levetiracetam.....	107
Levofloxacin.....	77
Levomepromazina.....	118
Levothroid.....	56
Levotiroxina.....	56
Lioresal.....	85
Lobivon.....	31
Loitin.....	79
Loperamida.....	8
Lorazepam.....	123
Lormetazepam.....	124
Losec.....	4
umar.....	106
Lyrica.....	107
Magaldrato.....	3
Magnesio, sulfato.....	7
Manidon.....	33
Matrifen.....	96
Memantina.....	138
Mepivacaina.....	89
Metamizol.....	99
Metformina.....	12
Metildigoxina.....	23
Metilnaltrexona.....	8
Metilprednisolona.....	55
Metoclopramida.....	5
Metoclopramida + dimeticona.....	5
Metronidazol.....	41, 48,78
Metronidazol Viñas 0,75%.....	41
Micetal.....	38
Micalax.....	8

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Midazolam.....	124
Minodiab.....	12
Minoton.....	3
Mirtazapina.....	133
Monurol.....	79
Morfina.....	96
Motilium.....	5
Movicol.....	7
MST.....	96
Mupirocina.....	40
Mycostatin.....	2
N- acetilcisteina.....	143
Nabumetona.....	84
Nadroparina.....	16
Naloxone.....	151
Naproxeno.....	84
Naproxyn.....	84
Nebivolol.....	31
Neo Tomizol.....	57
Neurontin.....	106
Nifedipino.....	33
Nistatina.....	2
Nitroderm TTS.....	26
Nitrofurantoina.....	78
Nitroglicerina.....	26
Nolotil.....	99
Norfloxacin.....	77
Novasource GI Control 500 ml.....	157, 158
Odenil uñas.....	38
Oftalmolosa cusi aureomicina.....	146
Oftalmolosa dexametasona.....	147
Olanzapina.....	117
Omeprazol.....	4
Omnicec.....	49
Opiren flas.....	4

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Oponaf.....	7
Optovite B12.....	19
Orbenin.....	73
Osteomerck.....	14
.	
Otrivin.....	140
Oxcarbazepina.....	104
Oxicodona.....	97
Oxynorm.....	97
Oxycontin.....	97
Panfungal.....	38
Paracetamol.....	99
Paracetamol – Codeína.....	99
Paracetamol-codeína-ác.ascórbico	99
Parafina.....	6
Pasta lassar.....	39
Peitel.....	44
Pentoxifilina.....	30
Permanganato potásico.....	45
Piperacilina-tazobactam.....	74
Placebo.....	151
Plantaben.....	7
Plántago ovata.....	7
Plavix.....	17
Polaramine.....	144
Polietilenglicol 3350.....	7
Potasio, ascorbato.....	14
Potasio, cloruro.....	14
Povidona iodada.....	44
Prednicarbato.....	44
Prednisona.....	56
Pregabalina.....	107
Primperan.....	5
Proctolog.....	30
Promestrieno.....	48

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Propafenona.....	23
Proscar.....	49
Protelos.....	88
Pulmicort.....	142
Quetiapina.....	117
Racecadotriilo.....	9
Ranelato de estroncio.....	88
Rasagilina.....	112
Relif.....	84
Relistor.....	8
Reminyl.....	137
Resource espesante 227 g.....	157, 158
Resource hiperproteico.....	157, 158
Resource protein 227 g.....	157, 158
Retens.....	72
Rhinocort.....	140
Rifater.....	79
Rifinah.....	79
Risperdal.....	117
Risperidona.....	117
Rivastigmina.....	137
Rivotril.....	105
Rohipnol.....	122
Romilar.....	143
Rosalgin.....	48
Rytmonorm.....	23
Salbutamol.....	142
Salmeterol.....	142
Scandinibsa.....	89
Seguril.....	28
Senósidos A y B.....	6
Septin.....	75
Seretide.....	142
Serevent.....	142
Sevredol.....	96

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Siccafluid.....	148
Silverderma.....	41
Simvastatina.....	35
Sinemet.....	111
Sinergina.....	105
Sintonal.....	123
Sintrom.....	16
Sodio, cloruro 0.9%.....	20
Sodio, cloruro 20%.....	20
Solu Moderin.....	55
Spiriva.....	143
Stalevo.....	111
Stesolid.....	121
Suero fisiológico.....	20
Sueroral Hiposódico.....	8
Sulfadiazina de plata.....	41
Sulfametoxazol – trimetoprin.....	75
Sulfato cobre/zinc.....	39
Supositorios Rovi.....	8
Sutril neo.....	29
Synalar ótico.....	149
Synalar rectal simple.....	30
Tamsulosina.....	49
Tantum verde.....	2
Tazocel.....	74
Tegretol.....	103
Telfast.....	144
Telo.....	74
Thrombocid.....	30
Tiamina.....	13
Tiamina – Piridoxina	
– Hidroxicobalamina.....	14
Tienam.....	75
Timofтол.....	148
Timolol.....	148

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Tiorfan.....	9
Tiotropio.....	143
Tobramicina.....	76,146
Tobradex.....	147
Tobrex.....	146
Tolterodina.....	48
Toradol.....	84
Torasemida.....	29
Tramadol.....	97
Trandate.....	32
Trangorex.....	24
Tranxilium.....	121
Trazodona.....	131
Trileptal.....	104
Trinispray.....	26
Tryptizol.....	131
Tulgrasum cicratizante.....	46
Uniket.....	26
Urbason.....	55
Urea.....	39,40
Vacunas.....	80
Valium.....	121
Valproico, ácido.....	106
Vancomicina.....	77
Vandral.....	131
Varihesive.....	46
Vaselina pura.....	39
Vastat flas.....	133
Venlafaxina.....	131
Ventolin.....	142
Verapamilo.....	33
Viscofresh.....	148
Voltaren emulgel.....	84
Xalatan.....	148
X-prep.....	6

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
Xilometazolina.....	140
Zinc, sulfato.....	39
Zolpidem.....	125
Zovirax.....	147
Zyloric.....	85
Zyprexa.....	117

<u>Principios activos y especialidades</u>	<u>Página</u>
--	---------------

Principios activos y especialidades Página

Principios activos y especialidades Página

Principios activos y especialidades Página

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.