

GRUPO A-APARATO DIGESTIVO

- A01- ANTISEPTICOS DE APLICACIÓN BUCAL
- A02- ANTIÁCIDOS Y ANTIÚLCERA PÉPTICA
- A03- ANTIESPASMÓDICOS Y ANTICOLINÉRGICOS
- A04- ANTIEMÉTICOS Y ANTINAUSEOSOS
- A06- LAXANTES
- A07- ANTIDIARREICOS Y RESTAURADORES ELECTROLÍTICOS ORALES
- A09- ENZIMAS PANCREÁTICOS
- A10- ANTIDIABÉTICOS
- A11- VITAMINAS
- A12- SUPLEMENTOS MINERALES VÍA ORAL
- A16- OTROS PRODUCTOS PARA EL APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

GRUPO B-SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS

- B01- ANTITROMBÓTICOS
- B02- HEMOSTÁTICOS
- B03- ANTIANÉMICOS
- B05- SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSIÓN
- B06- OTROS AGENTES HEMATOLÓGICOS

GRUPO C-APARATO CARDIOVASCULAR

- C01- TERAPIA CARDIACA
- C02- ANTIHIPERTENSIVOS
- C03- DIURÉTICOS
- C04- VASOTERAPIA CEREBRAL Y PERIFÉRICA
- C05- PREPARACIONES ANTIVARICOSAS Y ANTI-HEMORROIDALES
- C07- BETABLOQUEANTES
- C08- BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO
- C09- ANTIHIPERTENSIVOS DE ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA
- C10- HIPOLIPEMIANTES

GRUPO D-DERMATÓLOGICOS

- D01- ANTIFÚNGICOS DE USO TÓPICO
- D03- PREPARADO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Y ÚLCERAS (CICATRIZANTES)
- D04- ANTIPRURIGINOSOS
- D06- ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS
- D07- CORTICOSTEROIDES TÓPICOS
- D09- APÓSITOS MEDICAMENTOSOS
- D11- OTROS PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS

GRUPO G-PRODUCTOS GENITOURINARIOS Y HORMONAS SEXUALES

- G01- ANTIINFECCIOSOS GINECOLÓGICOS
- G02- OTROS PRODUCTOS GINECOLÓGICOS
- G03- HORMONAS SEXUALES
- G04- UROLÓGICOS.

GRUPO H-PREPARADOS HORMONALES VÍA GENERAL

- H01A- ACTH Y EQUIVALENTES SINTÉTICOS
- H02- CORTICOSTEROIDES VÍA GENERAL
- H03- TERAPIA TIROIDEA
- H05- HOMEOSTASIS DEL CALCIO
- H0X- OTRAS HORMONAS

GRUPO J-ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL

- J01- ANTIIBIÓTICOS VÍA GENERAL.
- J02- ANTIMICÓTICOS SISTÉMICOS
- J04- ANTITUBERCULOSOS
- J05- ANTIVIRALES
- J06- SUEROS Y GAMMAGLOBULINAS
- J07- VACUNAS

GRUPOS FARMACOLÓGICOS

GRUPO L-TERAPIA ANTINEOPLÁSICA Y AGENTES INMUNOMODULADORES

- LO1A- AGENTES ALQUILANTES
- LO1B- ANTIMETABOLITOS
- LO1C- ANTINEOPLÁSICOS DE ORIGEN VEGETAL
- LO1D- ANTIBIÓTICOS CITOSTÁTICOS Y ANÁLOGOS
- LO1XA- DERIVADOS DEL PLATINO
- LO1XC- ANTICUERPOS MONOCLONALES
- LO2- TERAPIA ENDOCRINA
- LO3- INMUNOMODULADORES
- LO3AA- ESTIMULANTES DE COLONIAS
- LO3AB- INTERFERONES
- LO3AC- INTERLEUKINAS
- LO4- INMUNOSUPRESORES

GRUPO M-APARATO LOCOMOTOR

- MO1- ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDALES
- MO2- ANTIRREUMÁTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS
- MO3- MIORRELAJANTES
- MO4- ANTIGOTOSOS
- MO5- PREPARADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ÓSEAS

GRUPO N- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- NO1- ANESTÉSICOS
- NO2- ANALGÉSICOS
- NO3- ANTIEPILÉPTICOS
- NO4- ANTIPARKINSONIANOS
- NO5- PSICOLÉPTICOS
- NO6- PSICOANALÉPTICOS
- NO6A- ANTIDEPRESIVOS
- NO7- OTROS FÁRMACOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO

GRUPO P-PARASITOSIS

- PO1- ANTIPROTOZOARIOS
- PO1A- AMEBICIDAS
- PO1B- ANTIPALÚDICOS (ANTIMALÁRICOS)
- PO1C- LEHISMANCIDAS Y TRIPANOSOMICIDAS
- PO2- ANTIHELMÍNTICOS
- PO3- ESCABICIDAS Y ECTOPARASITICIDAS

GRUPO R-APARATO RESPIRATORIO

- RO1- DESCONGESTIONANTES NASALES
- RO2- DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS FARÍNGEOS
- RO3- FÁRMACOS PARA ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS PULMONARES
- RO5- EXPECTORANTES Y ANTITUSÍGENOS
- RO6- ANTIHISTAMÍNICOS SISTÉMICOS
- RO7- OTROS PRODUCTOS PARA EL APARATO RESPIRATORIO

GRUPO S-ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

- SO1- OFTALMOLÓGICOS
- SO1A- ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS
- SO1AA- ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS
- SO1AD- ANTIVIRALES OFTÁLMICOS
- SO1B- ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS
- SO1E- ANTIGLAUCOMA Y MIÓTICOS
- SO1F- MIDRIÁTICOS Y CICLOPÉJICOS
- SO1G- DESCONGESTIONANTES Y ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS
- SO1H- ANESTÉSICOS OFTÁLMICOS
- SO1J- AGENTES DE DIAGNÓSTICO OFTÁLMICOS
- SO1K- COADYUVANTES QUIRÚRGICOS. SUSTITUTIVOS Y PROTECTORES INTRAOCULARES
- SO1XA- COLIRIOS HUMECTANTES
- SO1X- OTROS OFTALMOLÓGICOS

GRUPO V-VARIOS (DIAGNÓSTICO, NUTRICIÓN, ANTIDOTOS, OTROS)

- VO1- ALÉRGICOS
- VO3- TODOS LOS DEMÁS PRODUCTOS TERAPÉUTICOS
- VO3AB- ANTIDOTOS
- VO3X- OTROS PRODUCTOS
- VO4- AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO
- VO6- NUTRITIVOS GENERALES
- VO8- MEDIOS DE CONTRASTE
- VO9- RADIOFÁRMACOS UTILIZADOS EN DIAGNÓSTICO
- VO10- RADIOFÁRMACOS UTILIZADOS EN TERAPÉUTICA



Descripción de medicamentos

A-APARATO DIGESTIVO**A01-ANTISÉPTICOS DE APLICACIÓN BUCAL**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clorhexidina + Benzocaína	Comp 5 mg + 2 mg	TOP	<i>Hibitane oral</i>
Clorhexidina (1)	Sobres 10mg /12 ml	TOP	<i>Cariax</i>

(1) Hexetidina (*Oraldine*) es un medicamento no incluido en la Guía y se considera equivalente terapéutico de CLORHEXIDINA.

A02-ANTIÁCIDOS Y ANTIÚLCERA PÉPTICA**A02A-Antiácidos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Almagato (1)	Sobres 1500mg/15ml	OR	<i>Almax forte</i>
Aluminio hidróxido	Jbe 350 mg/5ml	OR	<i>Alugel</i>
	Comp 233 mg	OR	<i>Pepsamar</i>

(1) Magaldrato (*Bemolan*) y asociaciones de antiácidos con derivados de Aluminio y Magnesio (*Gelodrox*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de ALMAGATO.

A02B-Antiúlceras péptica**A02BA-Antagonistas de los receptores H2**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Ranitidina (1)(2)	Comp 150 mg	OR	<i>Ranuber, Zantac, Toriol, Tanidina</i>
	Comp 300 mg	OR	
	Amp 50 mg/5 ml	IV,IM	

(1) Famotidina (*Tamin, Gastrion, Brolin*), se considera equivalente terapéutico de RANITIDINA según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

(2) Cimetidina (*Tagamet, Mansal*) y Roxatidina (*Sarilen*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de RANITIDINA y Famotidina.

A02BC-Inhibidores de la bomba de protones

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Omeprazol (1)	Caps 20 mg	OR	<i>Mopral, Losec, Ompranyl, Omapren</i>
	Vial 40 mg	IV	

(1) Lansoprazol (*Bamalite, Opiren*) y Pantoprazol (*Anagastra, Pantecta, Ulcotenol*) y Rabeprazol (*Parief*) se consideran equivalentes terapéuticos de OMEPRAZOL.

A02BX- Otros (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Sucralfato	Sobres 1 g	OR	<i>Urbal, Gastrall</i>

(1) Dimeticona (*Aerored*) es un medicamento no incluido en Guía y se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento mientras el paciente permanezca ingresado.

A03-ANTIESPASMÓDICOS Y ANTICOLINÉRGICOS GASTROINTESTINALES (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Butilescopolamina, bromuro (1)	Amp 20 mg/1 ml	IV,IM	<i>Buscapina</i>
Butilescopolamina + Metamizol (1)	Amp 20mg+2,5g/5ml	IV,IM	<i>Buscapina compositum</i>
Magnesio sulfato	Sup inf 140 mg	REC	<i>Sulmetin papaverina rectal</i>
+ Atropina	+ 0,1 mg		
+ Papaverina	+ 21 mg		
+ Propifenazona	+ 105 mg		

(1) La Butilescopolamina prácticamente no se absorbe después de su administración oral o rectal. El efecto farmacológico es debido principalmente al analgésico que lleva asociado.

(2) Bromuro de Otilonio (*Spasmocetyl*), Mebeverina (*Dusphatalin*) Butilescopolamina vía oral (*Buscapina*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento mientras el paciente permanezca ingresado.

A04-ANTIEMÉTICOS Y ANTINAUSEOSOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Dimenhidrinato	Comp 50 mg	OR	<i>Biodramina</i>
	Sup 100 mg	REC	<i>Biodramina supos ad</i>
Metoclopramida (1)	Amp 10 mg/2 ml	IM,IV	<i>Primperan</i>
	Comp 10 mg	OR	
	Jbe 5 mg/5ml	OR	
Ondansetron (2)	Comp 8 mg	OR	
	Amp 8 mg/4 ml	IV	<i>Zofran, Datron, Yatrox</i>
Tietilperazina	Comp 6,5 mg	OR	
	Sup 6,5 mg	REC	<i>Torecan</i>

(1) Domperidona (*Motilium*) es un medicamento no incluido en la Guía y se considera equivalente terapéutico de METOCLOPRAMIDA, excepto para pacientes pediátricos y de neurología, en los que se considera adecuado su empleo.

(2) Granisetron (*Kytril* amp 3mg/3ml) y Tropisetron (*Navoban* amp 5 mg/5 ml) se consideran equivalentes terapéuticos de ONDANSETRON según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

A06-LAXANTES

A06AA-Laxantes suavizadores/emolientes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aceite de parafina	Jbe 4 g/5ml	OR	<i>Hodernal</i>

A06AB-Laxantes drásticos/estimulantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bisacodilo	Comp 5 mg	OR	<i>Dulco-laxo</i>
Senósidos A y B	Jbe 150 mg	OR	<i>X-Prep, Puntualex (1)</i>

(1) *X prep* y *Puntualex* se emplean previamente a pruebas exploratorias diagnósticas. Ambos contienen 150 mg de Senósidos. *Puntualex* no contiene azúcar ni alcohol por lo que está indicado en pacientes diabéticos.

A06AC-Laxantes incrementadores del bolo intestinal

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Metilcelulosa (1)	Caps 500 mg	OR	<i>Muciplasma</i>

(1) Plantago Ovata (*Metamucil, Plantaben*) es un medicamento no incluido en la Guía y se considera equivalente terapéutico de METILCELULOSA según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

A06AD-Laxantes osmóticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Lactulosa (1)	Sobres 10g/15 ml	OR	<i>Duphalac</i>
	Jbe 6,6g/10 ml.	OR	
	Fco 800ml	REC	

(1) Lactitol (*Emportal, Oponal* sobres de 10 g) se considera equivalente terapéutico de LACTULOZA, según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

A06AG-Enemas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Enema detergente	Canuleta	REC	<i>Micalax</i>
Enema Fosfato Na	Fco 140 ml	REC	<i>Enema Casen 140</i>
Glicerina	Sup 1,4 g	REC	<i>Sup glicerina infantil</i>
	Sup 3,3 g	REC	<i>Sup glicerina adulto</i>

A06AX-Laxantes salinos orales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fosfato sódico asociado	Fco 36 g en 45 ml	OR	<i>Fosfosoda</i>
Solución evacuante de Polietilenglicol (1)	Sobre 17,5 g	OR	<i>Solución Evacuante Bohm</i>
Magnesio hidróxido	Jbe 1 g/10 ml	OR	<i>Leche Magnesiada FM</i>

(1) Cada sobre se diluye en 250 ml de agua. Consultar protocolos de profilaxis quirúrgica. Además se dispone de Klean Prep sobres (59 g polietilenglicol/ sobre) con sabor a naranja.

A07-ANTI-DIARREICOS Y RESTAURADORES ELECTROLÍTICOS ORALES**A07D-Inhibidores de la motilidad**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Loperamida	Caps 2 mg	OR	<i>Fortasec</i>
	Sol 0,2 mg/ml	OR	

A07C-Restauradores electrolíticos orales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Glucosa + Electrolitos	Sobres 20 g	OR	<i>Sueroral Hiposódico (1)</i>
(Sodio, Potasio y otros)			
Maltoedextrina+Electrolitos	Brick 200 ml	OR	<i>OralSuero</i>
(Sodio, potasio y otros)	Brick 500 ml	OR	<i>Miltina Electrolit</i>

(1) Cada sobre se diluye en 1 litro de agua. En el hospital también se dispone del preparado *Isotonar* sobres de 18 g. *Isotonar* contiene glucosa, electrolitos con extractos de zanahoria y arroz. Cada sobre se diluye en 250 ml de agua.

A07E-Antiinflamatorios intestinales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Mesalazina (Acido 5-aminosalicílico) (5-ASA)	Comp 500 mg	OR	<i>Claversal</i>
	Sup. 500 mg.	REC	<i>Claversal</i>
	Enema 4 g/1000 ml	REC	<i>5 ASA enema FM</i>
	Enema 1 g/100 ml	REC	<i>Quintasa enema</i>
Sulfasalazina	Comp 500 mg	OR	<i>Salazopirina</i>

A07X.- Otros medicamentos para colitis crónica

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Infliximab	Vial 100 mg	IV	<i>Remicade N</i>

A09-ENZIMAS PANCREÁTICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Pancreatina (1)(2)	Caps (Unidades USP: Lipasa 4000 + Amilasa 20000 + Proteasa 25000)	OR	Pancrease

(1) Es un producto biológico de composición enzimática variable, cuya actividad disminuye gradualmente entre la fecha de fabricación y la de caducidad. *Pankreoflat gg* es un medicamento no incluido en la Guía y se considera equivalente terapéutico de PANCREATINA según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

(2) Para pacientes de mucoviscidosis ambulatorios se dispone de *Kreon caps* (dos presentaciones: en sobres de 20.000 y en cápsulas de 10.000 UI. Cada cápsula contiene 150 mg de pancreatina, 8000 UI de amilasa, 10.000 UI de lipasa y 600 UI de proteasa; cada sobre contiene 22.500 UI de amilasa, 20.000 UI de lipasa y 1.125 UI de proteasa).

(3) Para casos especiales se dispone de Budesonida comp. 3 mg lib sost. (*Entocord*)

A10-ANTIADIABÉTICOS

A10A-Insulinas (Ver notas 1, 2, 3, 4 y 5)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Insulina rápida humana (Insulina regular)	100 UI/ml vial de 10 ml	SC, IV	ActrapidHM (VIAL) N Humulina regular (VIAL) N
	100 UI/ml jeringa-reloj de 3 ml	SC, IV	Actrapid Innolet (RELOJ) N
Insulina intermedia humana NPH (Insulina isofánica)	100 UI/ml vial de 10 ml (1)	SC	Humulina NPH (VIAL) N Insulatard NPH (VIAL) N
	100 UI/ml pluma o jeringa-reloj de 3ml	SC	Insulatard NPH Flexpen (PLUMA) N Humulina NPH (PLUMA) N Insulatard NPH Innolet (RELOJ) N

(1)- Nota 28 de Febrero del 2001: A partir de esta fecha la concentración de los viales de insulina pasa a ser de 100 UI/ml. Es importante tenerlo en cuenta para dosificar correctamente. Deben emplearse jeringas de insulina graduadas para 100 UI/ml y desecharse las jeringas de 40 UI/ml.

(2)- Nota 1 de Marzo de 2004: A partir de esta fecha las siguientes especialidades de Insulina rápida ya no están disponibles en el hospital: Actrapid Novolet (Pluma de 100 UI/ml, 3 ml. Pluma 100 UI/ml 1,5 ml), Actrapid Penfill (Cartucho 100 UI/ml cartucho 1,5 ml)

(3)- Nota 1 de Marzo de 2004: A partir de esta fecha las siguientes especialidades con Insulina NPH ya no están disponibles en el hospital: Insulatard NPH Novolet (pluma) Insulatard NPH Penfill (cartucho).

(4)- Otros tipos de Insulina para casos especiales:

a- ULTRARÁPIDAS:

-INSULINA LISPRO: Humalog 100 UI/ml (Vial de 10 ml), Humalog Humajet 100 UI/ml (Pluma de 3 ml)

-INSULINA ASPARTATO: Novorapid Flexpen 100 UI/ml (Pluma de 3 ml)

b- BIFÁSICAS O MEZCLAS

-INSULINA RÁPIDA E ISOFÁNICA: Insulina Mixtard 20 Novolet 100 UI/ml (Pluma de 3 ml); Humulina 30:70 PEN 100 UI/ml (Pluma de 3 ml); Insulina Mixtard 30 Innolet 100 UI/ml (Reloj de 3 ml).

-INSULINA LISPRO Y LISPRO PROTAMINA: Humalog Mix 25 pen 100 UI/ml (pluma 3 ml); Humalog Mix 50 pen 100 UI/ml (pluma 3 ml)

-INSULINA ASPARTATO Y ASPARTATO PROTAMINA: Novomix 30 Flexpen 100 UI/ml (pluma 3 ml).

c. PROLONGADA (5)-Pendiente de evaluar por la comisión de farmacia y terapéutica:

-INSULINA GLARGINA: Lantus 100 UI/ml (Vial de 10 ml). De próxima comercialización: Lantus Optiset 100 UI/ml (Pluma de 3 ml) y Lantus 100 UI/ml (Cartucho de 3 ml), actualmente (3-05-04) solo disponibles como medicamento extranjero.

CLASIFICACIÓN INSULINAS DISPONIBLES EN EL MERCADO: Tipod de preparado, origen, nombre genérico y comercial, duración de acción. Nota: los tiempos de inicio de la acción de la insulina, máximo y duración son aproximados.

TIPO	ORIGEN	NOMBRE GENÉRICO (COMERCIAL)	COMIENZO	MÁXIMO	DURACIÓN
ULTRARÁPIDAS	ANÁLOGOS HUMANOS	Insulina Lispro (HUMALOG)	15'	0,5 - 1,2 h	2 - 5 h
		Insulina Aspartato (NOVORAPID)	10 - 20'	1 - 3 h	3 - 5 h
RÁPIDAS	HUMANAS	Insulina Rápida humana, Normal (Insulina Regular) (HUMULINA REGULAR, ACTRAPID HM)	30'	1 - 3 h	5 - 8 h
INTERMEDIAS	HUMANAS	Insulina NPH (isofánica) (INSULATARD, HUMULINA NPH)	60' - 90'	2 - 12 h	18 - 24 h
PROLONGADAS	ANÁLOGOS HUMANOS	Insulina Glargina (LANTUS)	1 h	1 - 24 h	24 h
MEZCLAS /BIFÁSICAS	HUMANAS	Insulina Regular-Isofánica	30'	1,5 - 7 h	16 - 18 h
		HUMAPLUS Y HUMULINA 10:90	30'	1 - 8 h	14 h
		HUMAPLUS Y HUMULINA 30:70	30'	1 - 8 h	14 h
		HUMAPLUS Y HUMULINA 40:60	30'	1 - 8 h	14 h
		HUMAPLUS Y HUMULINA 50:50	30'	2 - 8 h	24 h
		MIXTARD 10	30'	2 - 8 h	24 h
		MIXTARD 20	30'	2 - 8 h	24 h
		MIXTARD 30	30'	2 - 8 h	24 h
		MIXTARD 40	30'	2 - 8 h	24 h
		MIXTARD 50	30'	2 - 8 h	24 h
	ANÁLOGOS HUMANOS	Insulina Lispro-Lispro Protamina	15'	0,5 - 1,2 h	15 h
		HUMALOG MIX 25	15'	0,5 - 1,2 h	15 h
		HUMALOG MIX 50			
		Insulina Aspartato-Aspartato Protamina NOVOMIX 30	10 - 20'	1 - 4 h	24 h

A10B-Antidiabéticos orales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Gliclazida (1)	Comp 80 mg	OR	<i>Diamicon</i>
Metformina	Comp 850 mg	OR	<i>Dianben, Glucophage</i>

(1) Glibenclamida (*Euglucon, Daonil*); Glipizida (*Glibinase, Minodiab*), Glicentida (*Staticum*), Tolbutamida (*Rastinon*), Glimiperida (*Amaryl*), Clorpropamida (*Diabinese*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de GLICLAZIDA. Gliquidona (*Glurenor*) es de elección en caso de Insuficiencia renal, en este caso su empleo se considera adecuado.

(2) Acarbosa (*Glucobay*), Miglitol (*Diastabol, Plumarol*) es un medicamento no incluido en Guía y se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento mientras el paciente permanezca ingresado.

(3) Repaglinida (*Novonorm*), se recomienda mantener el mismo tratamiento durante ingreso hospitalario.

A11-VITAMINAS

A11A-Polivitaminas con minerales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Multivitamínicos + Minerales (1)	Comp	OR	<i>Dayaminal Filmtab</i>
	Gts	OR	<i>Dayaminal B12</i>

(1) Contienen vitaminas del grupo A,B,C y D, y los minerales Calcio, Potasio, Fósforo, Magnesio, Cobre y otros oligoelementos.

A11B-Polivitaminas sin minerales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Multivitamínico (1)	Vial	IV, IM	<i>Cernevit</i>

(1) Contienen vitaminas del grupo A,B,C y D (No aporta Vitamina K). Se puede administrar iv, disolviendo 5 ml de agua e inyectando lentamente o en infusión en solución salina o glucosada, o im, disolviendo el vial en 2,5 ml de agua para inyección.

A11CA-Vitaminas A

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Vitamina A (Retinol)	Vial 50.000 UI/5ml (1)	OR	<i>Biominol A Hidrosoluble</i>

(1) 1 gota = 400 UI.

A11CC-Vitaminas D

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Calcitriol	Caps 0,25 mcg	OR	<i>Rocaltrol</i>
	Caps 0,50 mcg	OR	
	Amp 1 mcg/1ml	IV	<i>Calcijex (1)</i>
Vitamina D3 (Colecalciferol)	Sol 2.000 UI/ml.	OR	<i>Vitamina D3 solución oleosa</i>
	Frasco de 10 ml (0,5 mg/ml) (2)		<i>Berenguer-Infale</i>

(1) Derivado 1-25 dihidroxicolecalciferol. De uso exclusivo para pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

(2) 3 gotas = 200 UI.

A11D-Vitaminas B

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Vitamina B1 (Tiamina) (1)	Amp 100 mg/1 ml	IM	<i>Benerva</i>
	Comp 300 mg	OR	
Vitamina B1+B6+B12 (2)	Comp 250mg	OR	<i>Hidroxil BIB6B12</i>
	+ 250mg + 0,5mg		
	Vial 100mg	IM	<i>Nervobión 5000</i>
	+100mg+5mg		
Vitamina B6 (Piridoxina)	Amp 300 mg/2 ml	IV,IM	<i>Benadon</i>
	Comp 300 mg	OR	
Vitamina B12	Amp 1000 mcg/2 ml	IM	<i>Optovite B 12</i>

(Cianocobalamina)

(1) La administración de Tiamina puede producir reacciones agudas de hipersensibilidad, sobre todo vía IV (angioedema, distrés respiratorio, colapso vascular).

(2) *Becozyme C Forte* (Complejo B y vitamina C) es un medicamento no incluido en la Guía y se considera equivalente terapéutico de Hidroxil BIB6B12 según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

A11G-Vitamina C

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Vitamina C (Acido Ascórbico)	Amp 1 g/5 ml	IM,IV	<i>Vitamina C</i>
	Sobres 1 g	OR	<i>Citrovit</i>

A11H-Otas vitaminas solas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acido fólico	Comp 5 mg	OR	<i>Acfol</i>
Acido fólnico	Comp 15 mg	OR	<i>Lederfolin</i>
	Amp 3 mg	IV,IM	<i>Folidan, Lederfolin</i>
Pantotenol (Dexpantenol)	Amp 500 mg/2 ml	IM,IV	<i>Bepanthene</i>
Vitamina E (Tocoferol)	Comp 50 mg	OR	<i>Auxina E</i>
	Comp 200 mg	OR	<i>Auxina E "200"</i>
Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Amp 10 mg/ml (1)	IV,IM	<i>Konakion</i>
	Amp pediátrica 2 mg/ml	OR	

(1) Desde Marzo 1997 se dispone de una nueva fórmula de Konakion inyectable: Se puede administrar vía intravenosa directa lentamente (al menos durante 30 segundos). No hay datos sobre la administración IV diluida en sueros. También se puede administrar vía intramuscular y vía oral.

A12-SUPLEMENTOS MINERALES VÍA ORAL

A12A-Suplementos de Calcio

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Calcio Gluconato	Comp ef 500 mg Ca	OR	<i>Calcium Sandoz Forte</i>
+ Calcio Carbonato			
Calcio, Pidolato	Sol 67,5 mg Ca/5ml	OR	<i>Ibercal</i>

A12B-Suplementos de Potasio

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Potasio, Ascorbato (1)	Comp ef 10 mEq K	OR	<i>Boi K</i>
	Comp ef 25 mEq K	OR	<i>Boi K Aspártico</i>
Potasio, Glucoheptonato	Jbe 1 mEq/ml 250 ml	OR	<i>Potasion</i>

(1) Boi K lleva asociado 250 mg de Vitamina C. Boi K Aspártico lleva asociado 500 mg de Vitamina C

A12C-Suplementos de Fosfatos y de Magnesio

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fosfato Potásico	Sol 10 mg P/ml	OR	<i>Solución oral de Fosfatos FM</i>
+ Fosfato Sódico	Sol 20 mg P/ml	OR	
Magnesio sales (1)	Comp 60 mg	OR	<i>Magnesio Boi</i>

(1) Existen diversos preparados con sales de magnesio: Actimag (174 mg/5ml); Magnogene (70 mg). Se consideran equivalentes terapéuticos según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

A16-OTROS PRODUCTOS PARA EL APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Calcio acetato	Caps 500 mg	OR	<i>Acetato Cálculo, Royen</i>
Calcio Carbonato	Cap 500 mg	OR	<i>Carbonato cálcico</i>
Saliva artificial	Sol	TOP	<i>Saliva sintética FM</i>
Saliva artificial+Lidocaína	Sol	TOP	<i>Saliva sintética con Lidocaína FM</i>
Sodio Bicarbonato	Comp 500 mg	OR	<i>Bicarbonato Sódico</i>

B-SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS

B01-ANTITROMBOTICOS

B01AA-Antagonistas de la vitamina K

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acenocumarol	Comp 4 mg	OR	<i>Sintrom</i>

B01AB-Heparinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Heparina de bajo peso molecular para profilaxis de bajo riesgo (1) (2) (6)	Jer 2850 UI/ 0,3ml	SC	<i>Fraxiparina</i>
	Jer 2500 UI/0,2 ml	SC	<i>Boxol, Fragmin</i>
	Jer 20 mg/0,2 ml	SC	<i>Clexane</i>
	Jer 2500 UI/0,2 ml	SC	<i>Hibor</i>
	Jer 2500 UI/0,25 ml	SC	<i>Innohep</i>
Heparina de bajo peso molecular para profilaxis de alto riesgo (1) (2) (6)	Jer 3800 UI/0,4 ml	SC	<i>Fraxiparina</i>
	Jer 5000 UI/0,2 ml	SC	<i>Boxol, Fragmin</i>
	Jer 40 mg/0,4 ml	SC	<i>Clexane</i>
	Jer 3500 UI/0,2 ml	SC	<i>Hibor</i>
	Jer 3500 UI/0,35 ml	SC	<i>Innohep</i>
Heparina de bajo peso molecular para Tratamiento(7)	Jer 10000 UI/0,4ml	SC	<i>Fragmin</i>
	Jer 12500 UI/0,5 ml	SC	<i>Fragmin</i>
	Jer 15000 UI/0,6 ml	SC	<i>Fragmin</i>
	Jer 18000 UI/0,72 ml	SC	<i>Fragmin</i>
	Jer 60 mg/0,6 ml	SC	<i>Clexane</i>
	Jer 80 mg/0,8 ml	SC	<i>Clexane</i>
	Jer 100 mg/1 ml	SC	<i>Clexane</i>
	Jer 90 mg/0,6 ml	SC	<i>Clexane"forte"</i>
	Jer 120 mg/0,8ml	SC	<i>Clexane"forte"</i>
	Jer 150 mg/1 ml	SC	<i>Clexane"forte"</i>
	Jer 5700 UI/0,6 ml	SC	<i>Fraxiparina</i>
	Jer 7600 UI/0,8 ml	SC	<i>Fraxiparina</i>

	Jer 11400 UI/0,6 ml SC	<i>Fraxiparina“forte”</i>
	Jer 15200 UI/0,8 ml SC	<i>Fraxiparina“forte”</i>
	Jer 19000 UI/1ml SC	<i>Fraxiparina“forte”</i>
	Jer 5000 UI/0,2 ml SC	<i>Hibor</i>
	Jer 7500 UI/0,3 ml SC	<i>Hibor</i>
	Jer 10000 UI/0,4ml SC	<i>Hibor</i>
	Jer 10000 UI/0,5 ml SC	<i>Innohep</i>
	Jer 14000 UI/0,7 ml SC	<i>Innohep</i>
	Jer 18000 UI/0,9 ml SC	<i>Innohep</i>
Heparina Sódica	Vial 25000 UI/5ml (3)IV	<i>Heparina Sódica 5%</i>
	Vial 5000 UI/5 ml (4)IV	<i>Heparina Sódica 1%</i>
	Vial 20 UI/ml (5) catéteres	<i>Fibrilin (Nota 8)</i>

En negrita, presentaciones disponibles actualmente en el hospital (Enero 2004)

(1) Enoxaparina (*Clexane*), Dalteparina (*Boxol, Fragmin*); Bemiparina (*Hibor*) Nadroparina (*Fraxiparina*) y Tinzaparina (*Innohep*) se consideran equivalentes terapéuticos. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

(2) Para profilaxis de bajo riesgo o de alto riesgo, se emplea una sola dosis cada 24 horas, con la dosis recomendada correspondiente para cada especialidad. Para tratamiento de la trombosis venosa profunda se emplea cada 12h o cada 24 horas según la especialidad, ajustando por Kg de peso: Dalteparina 100 UI/Kg/12h o bien 200 UI/Kg/24h. Nadroparina: 85 UI/Kg/12h o bien 171 UI/Kg/24h; Enoxaparina: 1 mg/Kg/12h o bien 1,5 mg/Kg/24h. Tinzaparina: 175 UI/Kg/24h; Bemiparina 115 UI/Kg/24h. Consultar la nota 9.

(3) Las soluciones de HEPARINA SÓDICA están tituladas de forma que 1 mg=100 UI. La Heparina sódica al 5% contiene 50 mg/ml.

(4) Exclusivamente para el Servicio de UCI se dispone de Heparina Sódica 1% vial de 5 ml.

(5) Para heparinización de catéteres, de uso preferente en pacientes de Hospital de Día se emplea Fibrilin (Consultar nota 8).

(6) Actualmente (Marzo 2004) se dispone para esta indicación de Bemiparina (*Hibor*).

(7) Actualmente (Marzo 2004) se dispone para esta indicación de Enoxaparina (*Clexane*).

Nota 8**HEPARINA SÓDICA PARA MANTENIMIENTO DE CATÉTERES**

Información básica. Marzo 2002. Información completa en Intranet.

Nueva presentación: Heparina 20 UI/ml en vial de 5 ml (Fibrilin nr)

CATÉTERES CENTRALES: Para la heparinización de catéteres centrales se recomienda emplear la concentración de Heparina 20 UI/ml, para lo cual en el hospital se ha introducido una nueva presentación: Heparina 20 UI/ml en vial de 5 ml (Fibrilin nr). Puede emplearse directamente para la heparinización de catéteres centrales, sin necesidad de dilución ni manipulación.

CATÉTERES PERIFÉRICOS: Diversos estudios y recomendaciones ponen de manifiesto que para mantener la permeabilidad de los catéteres de tipo periférico no es necesario emplear Heparina. El lavado y cebado con Suero Fisiológico ofrece los mismos resultados sin los inconvenientes derivados de la presencia de heparina (incompatibilidades con otros medicamentos, alteración de parámetros analíticos al afectar la extracción de muestras, posibles efectos sistémicos de la heparinización repetida, comodidad de enfermería y del coste).

TIPO DE CATÉTER	VÍA	MANTENIMIENTO	VOLUMEN
Palomitas	Vía periférica	S.Fisiológico	12 cc cada vez que se utiliza o cada 48 horas
Intránula Venocath	Vía periférica	S.Fisiológico	12 cc cada vez que se utiliza o cada 48 horas
Drum	De vía central y acceso periférico	Heparina 20 UI/ml (FIBRILIN)	3 cc cada vez que se utiliza o cada 48 horas
Catéter Central	Catéter para vía central de 12 o 3 vías para subclavia o yugular	Heparina 20 UI/ml (FIBRILIN)	1 cc en cada luz cada vez que se utiliza o cada 48 horas
Hickman	Catéter tunelizado	Heparina 20 UI/ml (FIBRILIN)	2 cc en cada luz cada vez que se utiliza o cada 4 días
Port-a-cath	subcutáneamente de 1, 2 o 3 vías	Heparina 20 UI/ml (FIBRILIN)	5 cc cada vez que se utiliza o cada mes
Catéter diálisis	Tienen un reservorio de membrana situado debajo de la piel Catéter semirrígido de gran calibre para aféresis y/o diálisis	Heparina 20 UI/ml (FIBRILIN)	12 cc en cada luz cada vez que se utiliza o cada 48 horas

Nota 9			
Heparinas fraccionadas disponibles en España: Presentaciones, marcas e indicaciones			
Revisión Agosto 2002. >>En negrita, las especialidades y presentaciones disponibles en HSD durante el año 2002. La posología recomendada para cada indicación, la dosis, el volumen de las jeringas es diferente para cada marca de heparina, por lo que se recomienda familiarizarse con las dos disponibles en HSD.			
Presentaciones disponibles en el mercado	Dosis profilaxis quirúrgica o médica: Bajo riesgo (BR) y Alto riesgo (AR)	Dosis tratamiento de Trombosis Venosa Profunda	Dosis Angina inestable e Infarto de Miocardio sin onda Q
Bemiparina -Hibor 2500 en 0,2 ml jeringa -Hibor 3500 en 0,2 ml jeringa Hibor 5000 en 0,2 ml jeringa Hibor 7500 en 0,3 ml jeringa Hibor 10000 en 0,4 ml jeringa	-BR:2500 UI/24h -AR:3500 UI/24h	115 UI antiXa/Kg/día <50 Kg :5000 UI/24h 50-70Kg: 7500 UI/24h >70 Kg : 10000 UI/24h >100 Kg, ajustar a peso 115 UI/Kg/día	No autorizada
Enoxaparina Clexane 20 mg en 0,2 ml jeringa Clexane 40 mg en 0,4 ml jeringa -Clexane 60 mg en 0,6 ml jeringa* -Clexane 80 mg en 0,8 ml jeringa* -Clexane 100 mg en 1 ml jeringa* *Jeringas graduadas Clexane forte 90 mg en 0,6 ml jeringa Clexane forte 120 mg en 0,8 ml jeringa Clexane forte 150 mg en 1 ml jeringa	BR: 20 mg/24h* AR:40 mg/24h* (*No disponibles en HSD)	-1 mg/Kg/12h o bien 1,5 mg/Kg/24h 50-60 Kg: 60 mg/12h 61-80 Kg: 80 mg/12h >80 Kg: 100 mg/12h 1 mg =100 UI	-1 mg/Kg/12h o bien 1,5 mg/Kg/24h 50-60 Kg: 60 mg/12h 61-80 Kg: 80 mg/12h >80 Kg: 100 mg/12h
Nadroparina Fraxiparina 2850 en 0,3 ml jeringa Fraxiparina 3800 en 0,4 ml jeringa Fraxiparina 5700 en 0,6 ml jeringa Fraxiparina 7600 en 0,8 ml jeringa Fraxiparina forte 11400 en 0,6 ml jeringa Fraxiparina forte 15200 en 0,8 ml jeringa Fraxiparina forte 19000 en 1 ml jeringa	BR: 2850 UI en 0,3 ml/24h AR: 3800 UI en 0,4 ml/24h* *Peso <70 Kg: 2850 UI en 0,3 ml los tres primeros días. *Peso >70 Kg: 5700 UI en 0,6 ml a partir del cuarto día.	85,5 UI/Kg/12h o 171 UI/Kg/24 h -Fraxiparina "normal": <50 kg:0,4 ml/12h 50-59 kg:0,5 ml/12h 60-69 kg:0,6 ml/12h 70-79 kg:0,7 ml/12h >80 kg:0,8 ml/12h -Fraxiparina forte: Aprox 0,1ml/10Kg una vez al día	86 UI/Kg/12h 0,1 ml/10 Kg de peso en bolus IV seguido de la misma dosis cada 12h. No superar la dosis de 1 ml En pacientes de <50Kg 0,4 ml
Dalteparina Boxol 5000 en 0,2 ml jeringa, Boxol 2500 en 0,2 ml jeringa Fragmin 5000 en 0,2 ml jeringa, Fragmin 2500 en 0,2 ml jeringa, Fragmin 10000 en 0,4 ml jeringa, Fragmin 12500 en 0,5 ml jeringa, Fragmin 15000 en 0,6 ml jeringa, Fragmin 18000 en 0,72 ml jeringa, Fragmin 10000 en 1 ml ampolla	BR: 2500 UI/24h AR:5000 UI/24h	100 UI/Kg/12h o bien 200 UI/Kg/24h (máx:18000 UI/día) 46-56 Kg:10000 (0,4ml jer)/24h 57-68 Kg:12500 (0,5 ml jer)/24h 69-82 Kg: 15000 (0,6 ml jer)/24h 83 Kg o más:18000(0,72 ml jer)/24h	120 UI/Kg/12h (Máx:10000 UI /12h)
Tinzaparina Innohep 2500 en 0,25 ml jeringa Innohep 3500 en 0,35 ml jeringa Innohep 4500 en 0,45 ml jeringa Innohep 10000 en 0,5 ml jeringa Innohep 14000 en 0,7 ml jeringa Innohep 18000 en 0,9 ml jeringa	BR:3500 UI/24h AR:4500 UI/24h* *en pacientes de peso <60 Kg o >90 Kg: 50 UI /Kg/día	175 UI/Kg/24h	No autorizada

B01AX-Otros antitrombóticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Lepirudina (1)	Vial 50 mg	IV	<i>Refludin</i>

(1)Lepirudina. Uso controlado de prescripción de Hematología, para trombocitopenia tipo II por heparina.

B01AC-Inhibidores de la agregación plaquetaria

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Abciximab (1)	Vial 10 mg/5ml	IV	<i>Reopro</i>
Acido Acetilsalicílico	Comp 125 mg	OR	<i>Aspirina infantil</i>
(2)(3)(5)(6)	Comp 300 mg	OR	<i>Adiro Tromalyt 300</i>
Alprostadilol	Amp 20 mcg/5 ml	IV	<i>Sugiran</i>
(prostaglandina E1)			
Clopidogrel	Comp 75 mg	OR	<i>Plavix, Iscover</i>
Dipiridamol	Comp 50 mg	OR	<i>Persantin</i>
	Comp 100 mg	OR	
Iloprost	Amp 50 mcg 0,5 ml	IV	<i>Ilomedin, Illocit</i>
Ticlopidina (4)	Comp 250 mg	OR	<i>Tiklid</i>
Tirofiban (7)	Vial 12,5 mg/50 ml	IV	<i>Agrastat</i>

(1) Medicamento de uso restringido para el Servicio de Cardiología. Se solicita mediante petición individualizada e indicación aprobada en el hospital.

(2) En caso de sospecha de infarto agudo de miocardio o angina inestable debe iniciarse inmediatamente tratamiento con Aspirina a la dosis mínima de 160 mg. Las dosis entre 75 mg y 325 mg han demostrado efecto protector como profilaxis secundaria.

(3) En ictus isquémico de origen aterotrombótico se recomienda profilaxis secundaria inicial con 300 mg de Aspirina/día con dosis de mantenimiento entre 50 y 325 mg.

(4) Ticlopidina está indicada principalmente cuando se contraindica Aspirina y en las endoprótesis coronarias. (Produce agranulocitosis en 2,8% de los pacientes (0,8% severas) y anemia aplásica (1/25000).

(5) Otras dosis de Aspirina se ajustarán a las presentaciones incluidas en el hospital. Tromalyt 150 mg se considera equivalente terapéutico de Aspirina infantil 125 mg.

(6) Trifusal se considera equivalente terapéutico de aspirina. Consultar Programa de equivalentes terapéuticos

(7) Tirofiban (Agrastat) y Eptifibatide (Integrilin) se consideran equivalentes terapéuticos. Consultar programa de equivalentes terapéuticos del hospital.

B01AD-Fibrinolíticos (Enzimas)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alteplasa (tPA) (Activador	Vial 20 mg/20 ml	IV	Actilyse N
Tisular del Plasminógeno) (1) (2)	Vial 50 mg/50 ml	IV	Actilyse N
Drotrecogina alfa activada	Vial 5 mg	IV	Xigris
(Proteína C activada) (4)	Vial 20 mg	IV	
Estreptoquinasa	Vial 750000 UI	IV	Streptase N
Tenecteplasa (TNK-tPA) (1)	Vial 50 mg (10.000)	IV	Metalyse
	+ jer 10 ml (3)		
Uroquinasa	Vial 100000 UI	IV	Urokinase Roger , Uroquidan
	Vial 250000 UI	IV	

(1) Tenecteplasa pasa a ser el agente trombolítico de referencia en el tratamiento trombolítico del infarto agudo de miocardio, debido a su facilidad de administración vía IV en bolus. Tenecteplasa y Alteplasa se consideran equivalentes terapéuticos para esta indicación.

(2) Alteplasa tiene aprobada la indicación de tratamiento del tromboembolismo pulmonar y se mantiene en guía para ésta indicación.

(3) También existe una presentación comercial de 40 mg (8.000 UI), no disponible en el hospital.

Nota 4**Drotrecogina alfa activada: Condiciones de uso en HSD**

Comisión de Farmacia y Terapéutica 19-03-2003. Ver información ampliada en intranet

-Condiciones de uso en HSD, teniendo en cuenta el riesgo-beneficio del fármaco y los datos disponibles en función de la gravedad del paciente: La selección de pacientes deberá limitarse estrictamente a aquellos que cumplan los requisitos determinados en el ensayo PROWESS tras la modificación de los mismos:

1.CRITERIOS DE INFECCIÓN: pacientes con infección conocida o sospecha de infección con sepsis grave o shock séptico tratados en UCI que presenten disfunción inducida por la sepsis de **al menos dos órganos** y cuya duración sea inferior a las 48 horas.

2.CRITERIOS DE SIRS: que a su vez cumplan con al menos 3 de los 4 criterios descritos a continuación:

a.Temperatura corporal \geq a 38°C o \leq 36°C

b.Frecuencia cardíaca \geq a 90 latidos/min (excepto en pacientes con medicación que incremente la frecuencia cardíaca o que prevenga taquicardia)

c.Frecuencia respiratoria \geq a 20 resp/min o una $PCO_2 \leq$ 32 mm Hg o uso de ventilación mecánica debido a un proceso respiratorio agudo

d.Recuento de leucocitos \geq 12.000/mm³ o \leq 4.000/mm³ o un recuento diferencial de $>$ 10% de neutrófilos inmaduros.

3.CRITERIOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA O SISTÉMICA:

a.Disfunción cardiovascular: PAS \leq 90 mmHg o PAm \leq 70 mmHg al menos durante 1 hora a pesar de una adecuada resucitación con volemia o la necesidad de usar soporte inotrópico para mantener PAS \geq 90 mmHg o PAm \geq 70 mmHg.

b.Disfunción renal: gasto urinario a 0,5 ml/kg/hora por 1 hora a pesar de una adecuada resucitación con volemia.

c.Disfunción sistema respiratorio: $PaO_2/FiO_2 \leq$ 250 en presencia de otra disfunción orgánica o sistémica o \leq 200 si el pulmón es el único órgano disfuncionante (origen de la sepsis)

d.Disfunción hematólogica: recuento plaquetar $<$ 80.000/mm³ o reducción del recuento en un 50% respecto a un control 3 días previos.

e.Acidosis metabólica inexplicable: $pH \leq$ 7,30 u, $EB \geq$ 5.0 mmol/l asociado con un lactato plasmático $>$ 1,5 veces del límite superior de la normalidad.

CONTRAINDICACIONES

-Considerar de forma estricta los motivos de contraindicación del producto en función del riesgo manifiesto de hemorragias graves asociadas a su uso:

-Edad $<$ 18 años, Peso $>$ 135 Kg.

-Sangrado interno activo

-Pacientes con patología intracraneal; neoplasias o de herniación cerebral.

-Tratamiento concomitante con heparina fraccionada o no fraccionada a dosis de anticoagulación.

-Tratamiento concomitante con acenocumarol.

-Diátesis hemorrágica conocida excepto la coagulopatía aguda relacionada con la sepsis.

-Hipercoagulabilidad conocida, incluida la resistencia a la proteína C, deficiencia proteína C, proteína S, o antitrombina III, presencia de anticuerpo anticardiolipina, anticuerpo antifosfolípidos, anticoagulante lúpico, hiperhomocisteinemia, o reciente documentación (dentro últimos 3 meses) o elevada sospecha de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar.

-Enfermedad hepática crónica grave.

-Recuento plaquetario $<$ 30000/mm³, incluso si el recuento plaquetario aumenta tras transfusión.

-Cualquier cirugía mayor realizada en las 12 horas inmediatamente anteriores a la administración del fármaco, o cualquier paciente postoperado que muestre evidencia de sangrado activo, o cualquier paciente que vaya a ser sometido a una cirugía planificada o anticipada durante el periodo de administración del fármaco en estudio.

-Historia de TCE grave requiriendo hospitalización, cirugía intracraneal o medular, o ictus hemorrágico en los 3 meses anteriores, o cualquier historia de malformación arteriovenosa intracerebral, aneurisma cerebral o lesiones de masa a nivel del SNC. Pacientes con catéter epidural o a los que se le vaya a colocar un catéter epidural durante la perfusión del fármaco.

-Sangrado gastrointestinal en las últimas 6 semanas que haya requerido de intervención médica a menos que se haya llevado a cabo una intervención quirúrgica definitiva.

-Pacientes con traumatismos con riesgo incrementado de sangrado.

-Embarazo.

-Historia previa de trasplante de MO, pulmón, hígado, páncreas o intestino delgado.

-Pacientes con inmunodeficiencia humana con recuento de $CD4 \leq$ 50 mm³.

-Insuficiencia renal crónica en programa de diálisis (hemodiálisis o peritoneal). No se considera contraindicación la insuficiencia renal aguda.

-Pancreatitis aguda sin foco infeccioso documentado.

-Especial atención en aquellas situaciones donde puede estar aumentado el riesgo de sangrado, debiéndose valorar beneficio/riesgo:

+ administración reciente (en los últimos 3 días) de tratamiento trombolítico.

+ administración reciente (en los últimos 7 días) de anticoagulantes orales.

+ administración reciente (en los últimos 7 días) de aspirina o cualquier otro inhibidor plaquetario.

+ ictus isquémico reciente (en los últimos 3 meses)

-Pacientes con hipersensibilidad conocida a drotrecogina alfa o a excipientes de la formulación o a la trombina bovina (residuo traza del proceso de fabricación).

-Cualquier otra situación en la que el médico considere que es probable un sangrado significativo.

B02-HEMOSTÁTICOS

B02A-Antifibrinolíticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acido Aminocaproico(1)	Amp 4 g/10 ml	OR,IV	Caproamin

(1) Acido Tranexámico (Amchafibrin) es un medicamento no incluido en Guía. Presenta algunas indicaciones en pacientes del Hematología para los que se dispensa.

B02B-Vitamina K y otros hemostáticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Esonja Gelatina	Film	TOP	Espongostan
Fibrina	Vial 2 ml + Vial 2 ml (3)	TOP	Tissucl duo
	Vial 1 ml + Vial 1 ml (3)	TOP	
	Vial 0,5 ml	TOP	
	+ Vial 0,5 ml (3)		
Protamina	Vial 50 mg/5ml	IV	Protamina Rovi N
Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Amp 10 mg/1 ml (2)	IV,IM,OR	Konakion
	Gts 20 mg/ml (1)	OR	

(1) 1 gota = 1 mg.

(2) Desde Marzo 1997 se dispone de una nueva fórmula de Konakion inyectable: **Se puede administrar vía intravenosa directa lentamente** (al menos durante 30 segundos). No hay datos sobre la administración IV diluida en sueros. **También se puede administrar vía intramuscular.**

(3) Composición por 1 ml: Vial nº 1: Fibrinógeno 70-110 mg, plasmafibrinectina 2-9 mg, factor XIII 10-50 u, Pasminógeno 40-120 mcg, aprotinina bovina 3000 UIK, Vial nº 2: Trombina humana 500 UP.

B02BD-Factores Antihemofílicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Factor VII a recombinante (2)	Vial 60 KUI (1,2 mg)	IV	Novoseven KUI N
Factor VIII (1)	Vial 500 UI	IV	Fandhi N, Criostat HT Grifols N,
	Vial 1000 UI	IV	Beriate P N, Haemate-P N (1), Hemofil M N
Factor VIII recombinante	Vial 500 UI	IV	Kogenate N, Helixate N, Recombinate N, Refacto N
Factor IX y X	Vial 600 UI	IV	Mononine N, Immunine stim plus N
Factor IX asociado	Vial 500 UI	IV	Factor IX-X P Behring N
Factor II, VII, IX, X asociados (Protrombina)Hemofactor HT	Vial 600 UI	IV	Prothromplex Immuno TIM 4 N, Grifols N,

(1) La marca *Haemate-P*, que contiene también Factor Von Willebrand.

(2) Medicamento de uso controlado. Prescripción exclusiva servicio de hematología con petición especial.

B03-ANTIANÉMICOS

B03A-Hierro, hematínicos y combinaciones

No es conveniente usar preparados de asociaciones de antianémicos, ya que es difícil la interpretación de la respuesta del paciente al tratamiento.

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Hierro sacarosa	Amp 100 mg en 5 ml	IV	Venofer (Notas 1 y 2)
	Vial 50 mg en 2,5 ml IV (prep. farmacia)		
Hierro glicinsulfato	Sol 30 mg Fe/ml	OR	Glutafero
Hierro sulfato	Comp 105 mg Fe	OR	Ferogradumet

Nota 1: En abril de 2002 se suspendió la comercialización de Yectofer. No queda en el mercado español ninguna presentación de hierro para administración vía intramuscular (agosto 2002).

Nota 2:

VENOFER: Nueva presentación de hierro vía intravenosa. 12-09-2002.

Información básica. Información completa en Intranet.

La especialidad Ferrlecit amp de 62,5 mg de hierro de Lab Rhone-Poulenc se ha dejado de fabricar. Como alternativa se dispone de Venofer de Lab Uriach.

Presentaciones: Venofer se presenta: -en ampollas de 5 ml que contienen Hierro-sacarosa con 100 mg de hierro por ampolla. -en viales de 2,5 ml que contienen Hierro-sacarosa con 50 mg de hierro por vial (preparación farmacia);

Precauciones; La vía de administración de Venofer es: -diluida en 50 ml de SF -inyección en el dializador - intravenosa directa muy lenta -Venofer es una solución fuertemente alcalina y no puede administrarse vía subcutánea o vía intramuscular. Evitar extravasación. -La administración demasiado rápida puede causar hipotensión.

Condiciones de uso HSD. Nuevas pautas de administración de hierro en pacientes en hemodiálisis consensuadas con servicio de nefrología.

A) Pacientes de hemodiálisis con dosis de hierro de mantenimiento:

1. Ferrlecit 62,5 mg/ semana se sustituye por pauta de Venofer 100 mg/ 2 semanas.
2. Ferrlecit 62,5 mg/ 2 veces por semana se sustituye por pauta de Venofer 100 mg/ semana.
3. Ferrlecit 62,5 mg/ 3 veces por semana se sustituye por pauta de Venofer 50 mg / 3 veces por semana.
4. Ferrlecit 62,5 mg/2 semanas se sustituye por pauta de Venofer 100 mg/ mes.
5. Ferrlecit 62,5 mg/mes se sustituye por pauta de Venofer 50 mg/ mes.

B) Pacientes de prediálisis con pautas de reposición de los depósitos de hierro:

1. Ferrlecit 62,5 mg/día durante 10 días se sustituye por pauta de Venofer de 100 mg/ día durante 5 días.

B03B-Acido fólico y vitamina B12

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acido fólico	Comp 5 mg	OR	<i>Acfol</i>
Acido fólico	Comp 15 mg	OR	<i>Lederfolin</i>
Vitamina B12 (Cianocobalamina)	Amp 1000 mcg/2 ml	IM	<i>Optovite B 12</i>

B03X-Otros antianémicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Darbeopetina (NESP)(Nota 1)	Jer 10 mcg	IV, SC	<i>Aranesp N</i>
	Jer 15 mcg	IV, SC	
	Jer 20 mcg	IV, SC	
	Jer 30 mcg	IV, SC	
	Jer 40 mcg	IV, SC	
	Jer 50 mcg	IV, SC	
	Jer 60 mcg	IV, SC	
	Jer 80 mcg	IV, SC	
	Jer 100 mcg	IV, SC	
Jer 150 mcg	IV, SC		
Jer 300 mcg	IV, SC		
Eritropoyetina alfa (EPO) (r-HuEPO),	Jer 1000 UI/ 0,5 ml Jer 2000 UI /0,5 ml	IV, SC (2) IV, SC (2)	<i>Epex N,, Epopen N</i>
Epoetina alfa (Nota 1, Nota 2)	Jer 3000 UI /0,3 ml	IV, SC (2)	
Eritropoyetina beta (EPO beta) (r-HuEPO beta), Epoetina beta (Nota 1) (Nota 3)	Jer 10.000 UI/1ml Vial 40.000 UI	IV, SC IV, SC	<i>Neorecormon</i>

Nota 1:

DARBEPOETINA (NESP) en anemia por insuficiencia renal.

Nuevo medicamento incluido en Guía como equivalente terapéutico en anemia por insuficiencia renal. 4-12-2002. Información básica. Información completa en Intranet.

Indicación clínica: Tratamiento de la anemia asociada a insuficiencia renal crónica en adultos y niños ≥ 11 años.

Eficacia: Tres ensayos clínicos muestran un eficacia similar de NESP y EPO. Se pueden considerar equivalentes terapéuticos en cuanto a eficacia. Poca experiencia en uso en clínica respecto a EPO.

Seguridad: Tasas de mortalidad y abandonos similares en tratamientos con NESP vs EPO convencional. Los pacientes han presentado mayor proporción de reacciones locales en el lugar de la inyección con NESP. Algunos estudios muestran mayor proporción de efectos secundarios con NESP (Hipertensión, trombosis vascular, disnea) pero las evidencias no son definitivas ya que pueden haber sesgos en estos resultados al tratarse de estudios no ciegos.

La eritroblastopenia ha sido relacionada con eritropoyetina alfa y beta. No se puede descartar que también pueda presentarse con Darbeopetina a medida que aumente su empleo. Debe tomarse precauciones para detectar la posible reacción adversa en los pacientes que reciben cualquiera de los tres productos. Estar alerta sobre efectos secundarios y comunicarlos a los sistemas de farmacovigilancia.

Coste: El coste para el hospital de la NESP se estima semejante al de la EPO convencional.

Condiciones de uso en HSD: -Anemia por insuficiencia renal: Eritropoyetina y Darbeopetina se consideran equivalentes terapéuticos en términos de efectividad, seguridad y coste, para la indicación de anemia por insuficiencia renal. Para los pacientes con insuficiencia renal crónica, y con las evidencias de riesgo de eritroblastopenia disponibles (Diciembre 2002) puede emplearse: -eritropoyetina alfa vía intravenosa, -eritropoyetina beta vía subcutánea o intravenosa -darbeopetina alfa subcutánea o intravenosa. Estas recomendaciones pueden cambiar a medida que se dispongan de nuevas evidencias. Consultar el Programa de Intercambio Terapéutico.-

Nota 2:

En anemia por insuficiencia renal está contraindicada la administración vía sc (Diciembre 2002).

Nota 3

ERITROPOYETINA 40,000: En cirugía con riesgo de sangrado.

Información básica. Junio 2002. Información completa en Intranet.

Condiciones de uso HSD:

- Indicación de cirugía mayor ortopédica en pacientes con hemoglobina entre 10-13g/dL, con riesgo moderado de sangrado y que no pueden seguir un programa de autotransfusión, restringiendo su uso a aquellos pacientes que por sus creencias no sea posible realizar transfusiones sanguíneas (Testigos de Jehová) o bien en los que por la complejidad de la cirugía o las circunstancias del paciente (jóvenes) se precise minimizar el riesgo de transfusión.

- En los Testigos de Jehová que no cumplan con los criterios de administración, bien por tener cifras de hemoglobina superiores a 13 g/dL, o porque sea una cirugía no ortopédica, se cursará el tratamiento por el procedimiento de Uso Compasivo.

- La dispensación se realizará en la Farmacia de Pacientes Externos con una prescripción médica en la que conste la fecha de la cirugía. Se le dispensarán 3 dosis, indicando al paciente la fecha de cada administración. La cuarta y última dosis se le administrará en el hospital, previamente a la cirugía.

- Farmacia hará un seguimiento de las indicaciones para las que se prescribe, así como de que los pacientes reciben un aporte adecuado de hierro durante el tratamiento con eritropoyetina.

B05-SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSIÓN**B05A-Sustitutivos del plasma, incluyendo dextransos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Albúmina humana	Vial 10g/50ml	IV	Albúmina 20 %
Dextrano 40 +Glucosa	Sol 10% + 5% 500 ml	IV	Bas-dextran glucosado, Rheomacrodex glucosado
Dextrano 40 + Fisiológico	Sol 10% + 0,9% 500 ml	IV	Bas-dextran salino, Rheomacrodex salino
Dextrano 70 +Glucosa	Sol 6 % + 5 % 500 ml	IV	Dextranorm glucosado, Macrodex glucosado
Dextrano 70 + Fisiológico	Sol 6 % + 0,9 % 500 ml	IV	Dextranorm salino, Macrodex salino
Hidroxi-etil-almidón (HEA 130/0,4) (nota 1)	Sol 6% 500 ml	IV	Voluven
Proteínas plasmáticas (Albúmina 5%)	Vial 250 ml	IV	Plasmaproteínas pasteurizadas Grifols

Nota 1.

HIDROXI-ETIL-ALMIDON: En hipovolemia.

Nueva presentación en el hospital. Informe 12-09-2002. Información completa en Intranet.

- Voluven 6 % sustituye a Elohes 6 %. HEA (Hidroxi-etil-almidón) es un sustituto del plasma indicado en hipovolemia secundaria a shock de origen hemorrágico, traumático o séptico, así como para el mantenimiento del volumen sanguíneo circulante durante procedimientos quirúrgicos. En el hospital se disponía de Elohes 6% (HEA 200/0,5) en solución para perfusión de 500 ml. A partir de Septiembre 2002 se dispone de Voluven 6% (HEA 130/0,4), también de 500 ml. Voluven se compone de cadenas de HEA de peso molecular medio 130 frente a 200 de Elohes. Presenta mismo efecto expansor y menor acumulación en plasma, con menor efecto sobre la hemostasia y menor duración de acción (4-6 horas).

-Elohes 6 % se mantendrá para casos la indicación es la sedimentación de eritrocitos en la aféresis para recuperar los granulocitos y la criopreservación de granulocitos en la técnica del TMO.

B05B-Sueroterapia y soluciones IV superiores a 50 cc (Ver nota 2)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amonio Cloruro	Sol 0,8 %	500 ml IV	Cloruro Amonio 1/6M
Glucosa (Dextrosa)	Sol 5%	250 ml IV	Suero Glucosado 5%
		500 ml IV	
	1000 ml IV	250 ml IV	Suero Glucosado 10%
Glucosa+ClNa	Sol 4,7% + 0,18%	250ml IV	Suero Glucosalino 1/5
		500ml IV	
	Sol 3,6% + 0,3%	500ml IV	Suero Glucosalino 1/3 isotónico
		1000ml IV	
Sodio Bicarbonato	Sol 1/6 M	250ml IV	Bicarbonato Na 1/6M
	Sol 1 M	250ml IV	Bicarbonato Na 1 M
Sodio Cloruro	Sol 0,45%	250ml IV	Cloruro sódico 0,45%
		50ml IV	
	Sol 0,9%	50ml IV	Suero Fisiológico
		100ml IV	
		250ml IV	
		500ml IV	
1000ml IV			
Solución Polielectrolítica Sol	Sol	500ml IV	Solución Hartman (Ringer Lactato)
		1000ml IV	
	Sol	500ml IV	Normofundina G (1)
		1000ml IV	
Sol	500ml IV	Normofundina SKG(2)	

(1) Con Potasio (2) Sin Potasio

Nota 2.

SOLUCIONES INTRAVENOSAS DE GRAN VOLUMEN.

Contenido de las soluciones i.v y electroлитicas POR LITRO:

SUERO O SOLUCIÓN I.V	Na (mEq)	K (mEq)	Ca (mEq)	Mg (mEq)	Cl (mEq)	CO ₃ H- (mEq)	Lac- (mEq)	Glu (g)	Osmolar (mOsm)
Fisiológico	154	-	-	-	154	-	-	-	308
Cloruro Sódico 0,45%	77	-	-	-	77	-	-	-	154
Glucosado 5%	-	-	-	-	-	-	-	50	278
Glucosado 10 %	-	-	-	-	-	-	-	100	555
Glucosalino 1/3 isotónico	51	-	-	-	51	-	-	33	285
Glucosalino 1/5	34	-	-	-	34	-	-	50	320
Ringer Lactato	130	5,4	2,7	-	111	-	27	-	276
Bicarbonato Na 1/6 M(1,4%)	167	-	-	-	-	167	-	-	334
Bicarbonato Na 1M (8,4%)	1000	-	-	-	-	1000	-	-	2000
Normofundina G	100	18	4	6	90	-	-	50	533
Normofundina SKG	100	-	4	6	72	-	-	50	497

B05C-Soluciones para irrigación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Glicina (Aminoacético Ácido)	Sol 1,5 %	1000 ml	Uromatic Glicina Solución Glicina 1,5% para irrigación
		3000 ml	
Sodio Cloruro	Sol 0,9%	3000 ml	IRRIG Uromatic ClNa (Solución Clor. Sódico para irrigación)
		500 ml	
	Sol 0,9%	1000 ml	IRRIG Suero Fisiológico

B05D-Soluciones para diálisis peritoneal, hemodiálisis y hemofiltración

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Solución para diálisis peritoneal	Sol 1,5% l l	--	Peritofundina GLUC 1,5 %
Solución para hemofiltración			Solución Hemofiltración E-4 Bieffe
-con lactato	Sol 5 l		Solución polisalina Cl+Solución básica B1 Bieffe
-con bicarbonato	Sol 5 l Cl+Sol 5 l B1		
Solución hemodiálisis	Sol 5 l (1)	--	Renofundina 805-A (Comp A-805)
	Sol 5 l (2)	--	Renofundina 810-A (Comp A-810)
	Sol 9 l		Renofundina 805-B (Comp B)

(1) La mezcla de componentes: 1 parte comp A- 805+1,84 partes comp B+ 34 partes agua.

(2) La mezcla de componentes: 1 parte comp A- 810+1,84 partes comp B+ 34 partes agua.

B05X-Aditivos de soluciones endovenosas (soluciones electrolíticas y otras inferiores a 50 cc)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Agua estéril	Amp 10 ml	--	Agua estéril para inyectables
Calcio Cloruro	Amp 9 mEq de Ca/10 ml	IV	Cloruro Cálcico 10%
Calcio Glucobionato	Amp 4,5 mEq de Ca/10 ml	IV	Calcium Sandoz 10%
Fosfato monosódico	Amp 10 mM de P + 10 mEq de Na/10ml	IV	Fosfato monosódico 1M
Glucosa (Dextrosa)	Amp 10 g/20 ml	IV	Glucosmon R-50
Magnesio Sulfato Nota 1	Amp 12 mEq Mg/10ml	IV	Sulmetin simple IV Sulfato de Magnesio Lavoisier
Potasio Cloruro	Amp 20 mEq K/10ml	IV	Cloruro Potásico Braun
Sodio Bicarbonato	Amp 10 mEq Na +10 mEq CO ₃ H/10ml	IV	Bicarbonato Na 1 M (8,4%)
Sodio Cloruro	Sol 1,54mEqNa/10ml Sol 34 mEqNa/10ml	IV	Suero Fisiológico Cloruro Sódico 20%

Nota 1: Desde Dic 2002 no se dispone de Sulmetin IV. Como alternativa: Sulfato de Magnesio Lavoisier, con la misma concentración y cantidad de Mg.

B06X-Otros agentes hematológicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Antitrombina III	Vial 500 UI/10ml	IV	Antitrombina III N, Kyberlin-P N Aubin N

C-APARATO CARDIOVASCULAR**C01-TERAPIA CARDIACA****C01A-Cardiotónicos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Digoxina	Amp 0,25 mg/1 ml	IV	Digoxina Boehringer
	Comp 0,25 mg	OR	
	Jbe 0,25 mg/5 ml	OR	Lanacordin
Milrinona	Amp 10 mg/10 ml	IV	Corotrope

C01B-Antiarrítmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Adenosina trifosfato (ATP)	Vial 100 mg/10 ml	IV	Atepodin
Amiodarona	Amp 150 mg/3ml	IV	Trangorex, Ortacrone
	Comp 200 mg	OR	
Atropina sulfato	Amp 1mg/1 ml	IM,IV,SC	Atropina
Bretilio tosilato	Amp 500 mg/10 ml	IV	Bretylate ME
Disopiramida	Caps 100 mg	OR	Dicorynan
Flecainida	Amp 150 mg/15 ml	IV	Apocard, Ecrinal
	Comp 100 mg	OR	
Lidocaína (Xilocaína)	Amp 100 mg/10 ml	IV	Lidocaína 1 %
	Vial 2000 mg/500 ml	IV	Lidocaína 0,4 %
Mexiletina	Caps 200 mg	OR	Mexitil
Propafenona	Comp 150 mg	OR	Rytmonorm
	Comp 300 mg	OR	
	Amp 70 mg/20 ml	IV	
Quinidina sales	Caps 200 mg (1)	OR	Quinocardina, Cardioquine
	Caps 275 mg (1)	OR	
Verapamilo	Amp 5 mg/2 ml	IV	Manidon
	Comp 80 mg	OR	
	Comp 120 mg	OR	Manidon Retard 120 mg
	Comp 180 mg	OR	Manidon Retard 180 mg

(1) Equivale a 165 mg de quinidina base

CO1C-Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Dobutamina	Vial 250 mg/20 ml	IV	<i>Dobutrex, Dobutamina Rovi</i>
Dopamina	Amp 200 mg/5 ml	IV	<i>Dopamina Fides</i>
Efedrina	Amp 50 mg/ml	IM, SC	<i>Efedrina 5 %</i>
Epinefrina (Adrenalina)	Amp 1 mg/1 ml	SC, IM, IV	<i>Adrenalina</i>
Epinefrina racémica (Adrenalina racémica) (1)	Fco 50 mg/5 ml (1%)	TOP	<i>Adrenalina racémica FM</i>
Isoprenalina	Amp 0,2 mg/1 ml	IV, SC, IM	<i>Aleudrina</i>
Norepinefrina bitartrato (Levarterenol) (Noradrenalina) (2)	Amp 10 mg/10 ml	IV	<i>Noradrenalina inyectable Braun</i>

(1) Indicada para tratamiento local de estertores pacientes de UCI.

(2) Noradrenalina bitartrato 1 mg equivale a Noradrenalina base 0,5 mg (1 amp de 10 ml de *Noradrenalina inyectable Braun* contiene 5 mg de Noradrenalina base (especialidad disponible actualmente (enero 2001). La especialidad Levophed de medicamentos extranjeros contenía 8 mg de bitartrato de noradrenalina en 4 ml, es decir 1 mg de Noradrenalina base en 1 ml, doble concentración que la especialidad de Braun.

CO1D-Vasodilatadores en Terapia Coronaria

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Isosorbide mononitrato (3)	Comp 20 mg Comp 40 mg	OR	<i>Uniket, Coronur</i>
Isosorbide mononitrato retard	Comp 50 mg	OR	<i>Uniket Retard, Coronur Retard</i>
Nitroglicerina	Amp 50 mg/10 ml Comp 0,4 mg Comp 1 mg (+Cafeína 25 mg)	IV SL SL	<i>Solinitrina fuerte</i> <i>Vernies (1)(2)</i> <i>Cafinitrina (2)</i>
	Parche 5 mg	TOP	<i>NitroDur"5", Nitroderm TTS5, Diafusor 5 mg/24h</i>
	Parche 10 mg	TOP	<i>NitroDur"10", NitrodermTTS10, Diafusor 10mg/24h</i>
	Parche 15 mg	TOP	<i>Diafusor 15mg/24h</i>

- (1) Mantener los comprimidos en el envase original porque el principio activo puede evaporarse.
 (2) Cafinitrina y Vernies se consideran equivalentes terapéuticos pero Vernies presenta un inicio de acción algo más rápido y está indicado en angor de pacientes sometidos a intervención coronaria en Cardiología.
 (3) Isosorbide dinitrato (*Isolacer*) se considera equivalente terapéutico de Mononitrato de ISO-SORBIDE. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado.
 (4) Molsidomina (*Molsidain*). Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

CO2-ANTIHIPERTENSIVOS

(ver también grupos C03 (Diuréticos), C07 (Betabloqueantes), C08(Bloqueantes de los canales de calcio), C09 (Fármacos de acción sobre sistema renina-angiotensina)

CO2A- Antiadrenérgicos de acción central

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clonidina	Comp 0,15 mg Amp 0,15mg/1 ml	OR IM, SC	<i>Catapresan</i> <i>Catapresan ME</i>
Metildopa	Comp 250 mg	OR	<i>Aldomet</i>

CO2C- Antiadrenérgicos de acción periférica

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Doxazosina	Comp 5 mg		<i>Carduran</i>
Doxazosina retard	Comp 4 mg	OR	<i>Carduran neo</i>
Prazosina	Comp 1 mg Comp 5 mg	OR OR	<i>Minipres</i>
Ureapidil	Amp 50 mg	IV	<i>Elgatil</i>

CO2D- Antihipertensivos de acción sobre músculo liso

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Diazóxido	Caps 100 mg Susp 50 mg/ml 30 ml Amp 300 mg/20 ml	OR IV OR	<i>Proglisem ME</i> <i>Hyperstat</i>
Hidralazina	Comp 50 mg Comp 25 mg Amp 20 mg/1ml	OR OR IV	<i>Hydrapres</i>
Nitroprusiato sódico (1)	Vial 50 mg	IV	<i>Nitroprusiat Fides</i>

(1) Emplear suero de vidrio o plástico no flexible (consultar farmacia). Protegido de la luz se mantiene estable 24 h. Si no se protege de la luz al cabo de 4 h sufre una pérdida de actividad del 20%.

C03-DIURÉTICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acetazolamida	Comp 250 mg	OR	<i>Edemox, Diamox</i>
Clortalidona	Comp 50 mg	OR	<i>Higrotona</i>
Espironolactona	Comp 25 mg Comp 100 mg	OR	<i>Aldactone</i> <i>Aldactone A</i>
Furosemdia	Amp 20 mg/2 ml Amp 250 mg/25 ml Comp 40 mg Jbe 2 mg/ml	IV,IM IV OR	<i>Seguril</i> <i>Furosemdia 2 % FM</i>
Hidroclorotiazida (1)	Comp 25 mg	OR	<i>Esidrex, Hidrosaluretil</i>
Hidroclorotiazida +Amilorida	Comp 50 mg +5 mg	OR	<i>Ameride, Diuzine</i>
Manitol	Sol 20 % 250 ml	IV	<i>Osmofundina 20 %</i>
Triamtereno	Caps 100 mg	OR	<i>Urocaudal</i>

(1) Xipamida es un medicamento no incluido en Guía y se considera equivalente terapéutico de HIDROCLOROTIAZIDA. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

Nota 2.**TORASEMIDA. Equivalente terapéutico de Furosemdia**

Información básica. 7-08-2002. Información completa en Intranet

Equivalente terapéutico:

Torasemdia (Dilutol, Isodiur, Sutril) no está incluida en Guía y se considera equivalente terapéutico de Furosemdia. Consultar el Programa de Intercambio Terapéutico.

- La bibliografía consultada no recomienda que se sustituya el uso de furosemdia por torasemdia y sitúa la torasemdia como un medicamento alternativo en pacientes con edema refractario o recurrente a pesar de la utilización de furosemdia.

- Las diferentes guías de práctica clínica publicadas por la Sociedad Española de Medicina Interna, por la Sociedad Española de Cardiología y en revisiones recientes del tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva se recomienda el uso de tiazidas o diuréticos de asa en el tratamiento del edema, sin decantarse por ninguno en concreto.

- No están establecidas de forma concluyente unas ventajas clínicas de torasemdia sobre furosemdia a largo plazo.

- Las posibles ventajas que se le han atribuido a torasemdia son de mínima importancia en un paciente hospitalizado.

- Existe un alto coste diferencial de ambos tratamientos con una importante repercusión económica en Atención Primaria.

Condiciones de uso en el HSD: -Incluirlo en el Programa de Intercambio Terapéutico del hospital, y ante prescripciones de torasemdia actuar del siguiente modo: Torasemdia ora 10mg equivale a Furosemdia oral40mg. Torasemdia parenteral 10mg IV equivale a Furosemdia parenteral 20mg IV. -Limitación de uso a pacientes en los que el médico lo solicite para: a) pacientes refractarios a furosemdia. b) alérgicos. c) justificación explícita del médico solicitante.

C04-VASOTERAPIA CEREBRAL Y PERIFÉRICA

La eficacia de los denominados vasodilatadores, vasoreguladores o reactivadores cerebrales en el tratamiento de la enfermedad arteriosclerosa no está bien documentado. Los cambios fisiopatológicos o funcionales que producen algunos de estos fármacos no están demostrado que tengan ninguna relación con el curso clínico de la enfermedad arteriosclerosa ni de la demencia senil. Además pueden producir efectos secundarios indeseables e interacciones con los medicamentos prescritos al paciente ingresado. (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Nimodipina	Vial 10 mg/50 ml	IV	<i>Nimotop, Admon, Remotal</i>
	Comp 30 mg	OR	
Pentoxifilina	Amp 300 mg/15 ml	IV	<i>Hemovas, Elorgan</i>
	Comp 400 mg	OR	

(1) Dihidroergotoxina (*Hydergina*), Citicolina (*Sauran, Somazina*), Naftidrofuril (*Praxilene*), Vincamina (*Tepavinca*), Gynkobiloba (*Tanakene*), Nicergolina (*Sermion, Varson*), Dobesilato (*Doxium*), Hidrosmina (*Venosmil*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento mientras los pacientes permanezca ingresado.

C05-PREPARACIONES ANTIVARICOSAS Y ANTIHEMORROIDALES

C05A-Antihemorroidales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Hexetidina+Lidocaína		TOP	<i>Anso</i>
+Triamcinolona ac+Pentosano	Pda 50 g		
Alantoína+Hidrocortisona		TOP	<i>Cortenema</i>
+Homatropina+Zinc óxido	Enema 80 ml		

C05B-Antivaricosos tópicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Timol +Xilanolisulfúrico	Pda 1+1 mg/g	TOP	<i>Thrombocid</i>

C07-BETABLOQUEANTES

C07AA- Betabloqueantes no cardioselectivos solos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Propranolol (1)	Amp 5 mg/5 ml	IV	<i>Sumial</i>
	Comp 10 mg	OR	
	Comp 40 mg	OR	

(1) Nadolol (*Solgol*), Oxprenolol (*Trasicor*) es un medicamento no incluido en Guía y se considera equivalente terapéutico de PROPRANOLOL. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma. Sotalol (*Sotapar*) se recomienda seguir con el mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

C07AB-Betabloqueantes cardioselectivos solos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Atenolol (1)(2)	Comp 50 mg	IV	<i>Tenormin, Blokium</i>
	Amp 5 mg/10 ml	OR	
Esmolol	Vial 100 mg 10 ml	IV	<i>Brevibloc</i>
	Amp 2.5 g/10 ml	IV	
Metoprolol	Comp 100 mg	OR	<i>Seloken</i>

(1) Acebutolol (*Sectral*), Bisoprolol (*Euradal, Emconcor*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de ATENOLOL en la indicación de hipertensión. (2) Bisoprolol (*Euradal, Emconcor*), para la indicación de insuficiencia cardiaca debe iniciarse tratamiento a dosis bajas y graduales, se recomienda no sustituir, manteniendo el mismo tratamiento según el protocolo de equivalentes terapéuticos.

C07AG-Alfa y betabloqueantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Labetalol (1)	Comp 100 mg	OR	<i>Trandate</i>
	Comp 200 mg	OR	
	Amp 100 mg/20 ml	IV	

(1) Carvedilol (*Coropres, Kredex*) se recomienda mantener mismo tratamiento según el programa de equivalentes terapéuticos.

C08- BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amlodipino (1)	Comp 5 mg	OR	<i>Astudal, Norvas</i>
	Comp 10 mg	OR	
Diltiazem (2)	Comp 60 mg	OR	<i>Masdil, Dinisor</i>
	Vial 25 mg	IV	
Diltiazem retard (2)	Comp 120 mg	OR	<i>Masdil retard</i>
Nifedipina (2)	Caps 10 mg	OR, SL	<i>Adalat, Cordilan, Dilcor</i>
Nifedipina retard(2)	Comp 20 mg	OR	<i>Adalat retard</i>
			<i>Cordiilan retard</i>
			<i>Dilcor retard "20"</i>
Verapamilo (2)	Comp 80 mg	OR	<i>Manidon</i>
	Amp 5 mg/2 ml	IV	
Verapamilo retard(2)	Comp 120 mg	OR	<i>Manidon retard</i>

(1) Felodipino (*Fensel, Perfudal, Plendil*), Isradipino (*Lomir, Vaslan*), Lacidipino (*Lacimen, Lacipil, Motens*), Nisoldipino (*Syscor, Cornel*) y Nitrendipino (*Baypresol, Tensogradal*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de AMLODIPINO. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

(2) Otras presentaciones y dosis, consultar programa de intercambio terapéutico.

C09 ANTIHIPERTENSIVOS DE ACCION SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

C09A- Inhibidores de la IECA

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Captopril	Comp 25 mg	OR	<i>Garanil, Capoten, Cesplon, Dilabar</i>
	Comp 50 mg	OR	
Enalapril (1)	Comp 5 mg	OR	<i>Crinoren, Renitec, Diltensor, Pressitan</i>
	Comp 20 mg	OR	
Enalaprilato	Amp 1 mg/1ml	IV	<i>Renitec</i>

(1) Benazapril (*Cibacen, Labopal*), Cilazapril (*Inhibace, Inocar*), Fosinopril (*Fositens, Hiperplex*), Lisinopril (*Prinivil, Zestril*), Perindopril (*Coversyl*), Quinapril (*Acupren, Lidaltrin*), Ramipril (*Acovil, Carasel*) y Trandolapril (*Gopten, Odris*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de ENALAPRIL. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

C09C- Antagonistas de la angiotensina II

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Losartan (1)	Comp 50 mg Comp 12,5 mg	OR	Cozaar

(1) Eprosartan (*Tevetens*), Telmisartan (*Micardis, Pritor*), lbesartan (*Aprovel, Karvea*), Candesartan (*Atacand, Parapres*), Valsartan (*Diovan, Kalpress*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de Losartan (*Cozaar*).

C10-HIPOLIPEMIANTE

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bezafibrato (2)	Comp 200 mg	OR	<i>Eulitop, Difaterol</i>
Bezafibrato retard	Comp 400 mg	OR	<i>Eulitop retard, Difaterol retard</i>
Colestiramina	Sobres 4 g	OR	<i>Resincolestiramina</i> <i>Lismol</i>
Simvastatina (1)	Comp 10 mg	OR	<i>Zocor, Colemin, Pantok</i>

(1) Pravastatina (*Liplat, Lipemol*), Lovastatina (*Mevacor, Taucor, Nergadan*), Fluvastatina (*Digiril, Lescol, Lymete*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de SIMVASTATINA. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma. Atorvastatina (*Prevencor, Cardyl, Zaratol*) se recomienda seguir mismo tratamiento mientras el paciente está ingresado. Pravastatina: no sustituir en caso de utilización concomitante con inhibidores de la Proteasa, Amiodarona y verapamito. Consultar Programa de Intercambio Terapéutico.

(2) Gemfibrozilo (*Lopid, Boluto*) y Fenofibrato (*Liparison, Secalip*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de BEZAFIBRATO. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

C11-OTROS PRODUCTOS CARDIOVASCULARES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alprostadilo (Prostaglandina E1)	Amp 500 mcg/1 ml	IV	<i>Alprostadilo Upjohn N</i>
Doxapram	Amp 20 mg/5 ml	IV	<i>Docatone</i>
Epoprostenol (Prostaciclina)	Vial 500 mcg/50 ml	IV	<i>Folan N</i>
Fenoxibenzamida	Caps 10 mg	OR	<i>Dibenyline ME</i>
Fentolamina	Amp 10 mg/1 ml	IV	<i>Regitine ME</i>
Guanetidina	Amp 10 mg/1 ml	IM	<i>Ismelin ME</i>
Indometacina	Vial 1 mg	IV	<i>Inacid DAP, Indocin</i>
Polidocanol	Amp 40 mg/2 ml	IV	<i>Etoxisclerol</i>
Tolazolina	Amp 100 mg/4 ml	IV	<i>Priscoline ME</i>

D-DERMATOLÓGICOS

D01-ANTIFÚNGICOS DE USO TÓPICO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clotrimazol	Crema 1 % 30 g	TOP	<i>Canesten</i>
Ketoconazol	Crema 2 % 30 g	TOP	<i>Fungarest</i>

D02-EMOLIENTES Y PROTECTORES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aceite hígado atún +Talco + Zinc óxido + Benzetonio + Silicona	Pda 45 g	TOP	<i>Derma Halibut infantil</i>
Almidón+Zinc óxido (Pasta Lassar)	Pda 45 g	TOP	<i>Dermosa Cusi Anticongestiva</i>
Bálsamo del Perú +Alantoína +Amnoacridina + Prednisolona	Pda 45 g	TOP	<i>Antigrietum</i>
Calamina asociada	Loción 100 g	TOP	<i>Loción de Calamina FM</i>
Vaselina	Pda 20 g	TOP	<i>Vaselina estéril</i>
	Sol 200 ml	TOP	<i>Vaselina líquida FM</i>

Nota 1.

Propiedades e indicaciones de los vehículos dermatológicos más empleados.

SUPERFICIE, ENFERMEDAD	BASE	NOTAS-EFECTOS
Seca y escamosa (Ej: psoriasis, eczema seco, ictiosis)	Pomada	Es una grasa o emulsión de base oleosa. Las grasas impiden la evaporación y por tanto preservan la humedad cutánea. Además favorecen la penetración de los principios activos.
Seca pero no escamada	Crema W/O	Es agua en emulsión en una base oleosa. En general es más viscosa que la crema O/W. Propiedades intermedias entre pomada y crema O/W.
Húmeda (Ej: eczema en diversas fases)	Crema O/W	Es un aceite en emulsión en agua. Más fácil de lavar que la crema W/O.
Inflamación aguda: húmeda y exudativa (Ej: eczema vesiculoso y otras enfermedades)	Loción	Son líquidos que contienen un polvo insoluble. Tienen efectos refrescantes y además dejan un depósito de polvo inerte sobre la piel.
Liquenificadas (Ej: eczemas, psoriasis)	Pasta	Son mezclas de polvo y una crema W/O. Son protectoras e impiden la diseminación del ingrediente activo.
Pliegues cutáneos sobre todo si están ulcerados y húmedos	Polvos	Disminuyen la fricción y son desecantes.

D03-PREPARADO PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Y ÚLCERAS (CICATRIZANTES)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Centella asiática +Neomicina (1)	Pda 1%+0,35% 30g	TOP	<i>Blastoestimulina tópica</i>
Clostridiopeptidasa + Fibrinolisisina (1)	Ungüento 30 g	TOP	<i>Irxol mono</i>
Fenoxietanol + Parafina + Germen de trigo	Crema 45 g	TOP	<i>Fitocrem</i>

(1) Cuando haya problemas de suministro, *Parkelase* e *Irxol-mono* se consideran equivalentes terapéuticos. *Blastoestimulina tópica* y *Fitocrem* se consideran equivalentes terapéuticos. *Dertrase* e *Irxol mono* se consideran equivalentes. Farmacia suministrará uno u otro en función de su disponibilidad.

D04-ANTIPIRURIGINOSOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Calamina	Susp 250 ml	TOP	<i>Loción de Calamina FM</i>

D06-ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

D06A - Antibióticos quimioterápicos tópicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bacitracina + Neomicina + Polimixina B	Pda 15 g	TOP	<i>Dermisone triantibiótica</i>
Clortetraciclina	Pda 3 % 15 g	TOP	<i>Dermosa aureomicina 3 %</i>
Fusídico Acido (1)	Pda 2 % 15 g	TOP	<i>Fucidine tópico</i>
Neomicina + Clostridiopeptidasa	Pda 15 g	TOP	<i>Irxol-neo</i>
Oxitetraciclina + Polimixina B	Pda 14 g	TOP	<i>Terramicina</i>
Sulfadiazina Argéntica	Crema 1 % 500 g Crema 1 % 50 g	TOP	<i>Flammazine, Silvederma</i>

(1) Mupirocina (*Bactroban*) es un medicamento no incluido en Guía. Se considera equivalente terapéutico de ÁCIDO FUSÍDICO. Sólo se suministrará con petición justificada de Medicina Preventiva y en pacientes en CAPD. Mupirocina nasal (*Bactroban nasal*) se suministrará con petición justificada de Medicina Preventiva.

D06D-Antivirales tópicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aciclovir	Crema 5 % 2 g Crema 5 % 15 g	TOP TOP	<i>Maynar tópico, Zovirax tópico, Zovirax crema, Virherpes crema, Aciclovir tópico</i>

D07-CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

D07A-Corticosteroides tópicos solos (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Betametasona valerato	Crema 0,05% 30 g	TOP	<i>Celestoderm 1/2V</i>
Fluocinolona acetónido	Crema 0,01% 60 g Crema 0,2 % 15 g	TOP TOP	<i>Synalar Gamma</i> <i>Synalar tópico forte</i>
Hidrocortisona base	Pda 0,25 % 20 g	TOP	<i>Schericur</i>

(1) Otros preparados tópicos de corticosteroides no están incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos.

D07B-Corticosteroides tópicos en combinación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fluorometolona+Miconazol + Neomicina (1)	Pda 0,05% + 1% + 0,5%	TOP	<i>Bexicortil</i> Crema TOP

(1) Otras asociaciones Cuatroderm, Celestoderm Genta se consideran equivalentes terapéuticos. El Servicio de Farmacia suministrará el producto disponible equivalente.

D08-ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Agua Oxigenada	Fco 250 ml	TOP	<i>Agua Oxigenada</i>
Agua Sulfatada	Sol 2 l	TOP	<i>Agua Sulfatada FM</i>
Alcohol Etilico	Sol 70 °	TOP	<i>Alcohol 70°</i>
Clorhexidina	Sol 1%	TOP	<i>Cristalmina</i>
Clorhexidina acuosa	Sol 0,05%	TOP	<i>Clorhexidina 0,05%</i>
Clorhexidina alcohólica	Sol 0,5 %	TOP	<i>Clorhexidina alcohólica 0,5 % FM</i>
Clorhexidina crema	Crema 1% 30 g	TOP	<i>Hibimax</i>
Clorhexidina jabonosa	Sol 4 %	TOP	<i>Hibiscrub</i>
Cloramina	Sobres 2,5 g (1)	TOP	<i>Clorina</i>
Nitrofuril	Pda 0,2 % 100 g	TOP	<i>Furacin</i>
Permanganato potásico	Sol 1/10.000	TOP	<i>Permanganato potásico 1/10000 FM</i>
Yodo solución alcohólica	Sol 2 %	TOP	<i>Alcohol iodado FM</i>
Yodopovidona	Pda 10 % 30 g	TOP	<i>Betadine pomada</i>
Yodopovidona acuosa	Sol 7,5-10%	TOP	<i>Betadine solución antiséptica, Topionic solución, Braunol</i>
Yodopovidona hidroalcohólica	Sol 1 %	TOP	<i>Povidona Yodada, Orsan</i>
Yodopovidona jabonosa	Sol 7,5-10 %	TOP	<i>Betadine lavado quirúrgico, Topionic scrub, Braunosan</i>

(1) Diluir un sobre en 1 l de agua.

D09-APÓSITOS MEDICAMENTOSOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bacitracina + Neomicina + Polimixina B + Acido Acexámico	Tul 8,5 x 10	TOP	<i>Linitul antibiótico</i>
Bálsamo Perú + Cera de abeja + Parafina + Vaselina + Aceite de ricino	Tul 8,5 x 10 Tul 15 x 25	TOP	<i>Linitul</i>
Centella asiática + Neomicina	Tul	TOP	<i>Blastoestimulina compresas</i>

D11-OTROS PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acido acético	Sol 3 %	TOP	<i>Acido acético 3% FM</i>
Alcohol boricado	Sol saturada 100 ml	TOP	<i>Alcohol Boricado FM</i>
Burow agua	Suspensión 1 l	TOP	<i>Agua de Burow FM</i>
Nitrato de Plata	Barritas	TOP	<i>Argenpal</i>
Podofilino	Sol 0,5 %	TOP	<i>Wartec</i>
Polimetacrilato + Tiramio	Aerosol	TOP	<i>Nobecutan</i>
Vaselina salicilica	Pda 5 %	TOP	<i>Vaselina salicilica 5% FM</i>

G-PRODUCTOS GENITOURINARIOS Y HORMONAS SEXUALES

G01-ANTIINFECIOSOS GINECOLÓGICOS

G01A-Tricomonicidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Metronidazol	Comp vag 500 mg	OR	<i>Flagyl ginecológico</i> <i>Tricowas B óvulos</i>
	Comp 250 mg	OR	<i>Flagyl comp oral</i> <i>Tricowas B</i>
	Susp 200 mg/5m	VAG	<i>Flagyl susp</i>

G01B-Antimicóticos ginecológicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clotrimazol	Comp vag 500 mg	VAG	<i>Gine Canesten</i>
	Comp vag 100 mg	VAG	

G02-OTROS PRODUCTOS GINECOLÓGICOS

G02A- Inductores de la motilidad uterina (Oxitócicos)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Carboprost trometanol	Amp 250 mcg/1 ml	IM	<i>Hemabate</i> <i>ME</i>
Dinoprostona	Amp 5 mg/0,5 ml	IV	<i>Prostaglandina E2 N</i>
	Gel 0,5mg/2,5ml		<i>Endocervical Prepidil gel N</i>
	Disp vag 10 mg		<i>Propress dispositivo vaginal</i>
Metilergometrina maleato	Amp 0,2 mg/1 ml	IM,IV	<i>Methergin</i>
	Gts 0,25 mg/ml (2)	OR	
Oxitocina	Amp 10 UI/ml	IV	<i>Syntocinon</i>
Urea	Vial 40 g	--	<i>Ureaphyl ME(1)</i>

(1) Se solicita por la vía de uso compasivo para las IVEs.

(2) 20 gotas=0,25 mg.

G02CA-Inhibidores de la motilidad uterina

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Atosiban (1)	Vial 37,5 mg/5ml	IV	<i>Tractocile</i>
	Vial 6,75 mg/0,9ml	IV	
Ritodrina	Amp 50 mg/5 ml	OR	<i>Pre Par</i>
	Comp 10 mg	IV	

Nota 1:

Condiciones de uso de Atosiban en amenaza de parto prematuro

Comisión de Farmacia y Terrapéutica 26-02-2003

Ver información completa en Intranet

DIAGNÓSTICO CORRECTO: Contracciones uterinas regulares (4 en 20 minutos) acompañadas de modificación apreciable del cérvix uterino (borramiento igual o mayor al 80% y dilatación cervical de 1 cm ó más) completándolo con medición ecográfica del cérvix.

INICIAR Tocolisis JUNTAMENTE CON CORTICOIDES: ENTRE 24 y 34 SEMANAS

- Tocolisis

1ª elección: NIFEDIPINA

- Rellenando previamente la documentación de consentimiento informado uso compasivo.

- Realizar control de tensión arterial antes de la administración (no debe ser inferior a 90/50)

- Evitar el uso concomitante de Sulfato de Magnesio y Nifedipina por el riesgo de hipotensión profunda materna.

Dosis Inicial: 30 mg/vía oral (3 cápsulas de 10 mg). Registro cardiocográfico 1 h después (durante 20 min.)

Mantenimiento: 20 mg/vía oral (2 cápsulas de 10 mg) cada 4-6 u 8 horas, 2 días.

2ª elección: ATOSIBAN:

Si no se consigue frenar la amenaza de parto con Nifedipina: cuando a las 2 h persisten contracciones de mayor intensidad y frecuencia que al inicio, acompañadas de borramiento completo del cérvix (100%) y dilatación ≥ 2 cm.

Dosis Inicial: bolo 6.75 mg (1 minuto), Infusión de carga de dosis alta: 300 microgramos/min. (3 horas). Infusión mantenimiento a dosis baja: 100 microgramos/min. 18 horas (máximo 45 h). (*)Preparación de la infusión intravenosa: diluyendo Tractocile 7.5 mg/ml, en una solución salina al 0.9%, en una solución Ringer lactato o en una solución de glucosa al 5%. Esto se hace retirando 10 ml de una bolsa de infusión de 100 ml y reemplazándolos con 10 ml de Tractocile 7.5 mg/ml, utilizando 2 viales, para conseguir una concentración de Atosiban de 75 mg en 100 ml.

- CORTICOIDES: Celestone 12 mg IM/2 dosis separadas por 24 horas. No deben administrarse dosis de recuerdo.

G02CB-Inhibidores de la prolactina

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cabergolina	Comp 0,5 mg	OR	<i>Dostinex</i>

G03-HORMONAS SEXUALES

G03AC- Progestágenos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Medroxiprogesterona	Comp 100 mg	OR	<i>Farlutal</i>
	Comp 500 mg	OR	<i>Depo Progevera</i>
	Vial 150 mg	IM	
Levonorgestrel (Nota 1)	Comp 0,75 mg	OR	Norlevo, Postinor
Levonorgestrel SIL (Nota 2)	DIU 52 mg (14mcg/24h)	VAG	Mirena

Nota 1

Levonorgestrel comp
19-03-2003

Por decisión de la Consellería de Salut se ha incorporado el levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia en las 72 horas siguientes a la relación sexual, disponible en el servicio de urgencias.

Nota 2

Levonorgestrel DIU:

Condiciones de uso en HSD

Indicación aprobada en el Hospital Son Dureta:

- Alternativa a la ablación endometrial o histerectomía en mujeres con menorragia idiopática que no responde a otros tratamientos médicos.

- Los valores de hemoglobina deben ser inferiores a 12 g/dL.

- Según indicación del Ministerio de Sanidad, su prescripción y uso se realizará por especialistas de obstetricia y ginecología. Su dispensación se realizará por los servicios farmacéuticos autorizados del Sistema Nacional de Salud.

- Se dispone de un impreso de solicitud de medicación especial para su dispensación en la UPE (Unidad de Pacientes Externos) del HSD.

G03B-Andrógenos y anabolizantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fluoximesterona	Comp 5 mg	OR	<i>Halotestin ME</i>

G03H-Antagonistas hormonas sexuales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Ciproterona	Comp 50 mg	OR	<i>Androcur</i>

G04-UROLÓGICOS

G04A-Antisépticos Urinarios

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Nitrofurantoína	Comp 50 mg	OR	<i>Furantoína, Furobacin, Mictural simple</i>
	Jbe 50 mg/5ml		
Norfloxacin	Comp 400 mg	OR	<i>Espeden, Noroxin</i>
Pipemídico Acido	Caps 400 mg	OR	<i>Nuril, Galusan</i>

G04BC-Disolventes cálculos urinarios

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Citrato Potásico	Comp 1,08 g	OR	<i>Acalka</i>

G04BD-Antiespasmódicos urinarios

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Oxibutinina (1)	Comp 5 mg	OR	<i>Ditropan</i>

(1) Flavoxato (Uronit) y Trospio (Uraplex, Spasmosarto) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de OXIBUTININA.

G04BE-Fármacos usados en disfunción eréctil

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alprostadilo	Vial 10 mcg	Intracavernosa	<i>Caverject</i>
	Vial 20 mcg		
Apomorfina (Nota1)	Comp sublingual 2 mg	Sublingual	<i>Taluvian, Uprima</i>
	Comp sublingual 3 mg	Sublingual	
Sildenafil (Nota 1)	Comp 25 mg	OR	<i>Viagra</i>
	Comp 50 mg		
	Comp 100 mg		

Nota 1

Sildenafil y Apomorfina en disfunción eréctil

Información básica 19-03-2003

Tratamientos de la disfunción eréctil financiados por el sistema público de salud, con una frecuencia de una dosis semanal. Dichos medicamentos serán dispensados de forma gratuita en las siguientes patologías:

1. Varones diabéticos (tipo 1 y tipo 2 independiente del tipo de tratamiento) con disfunción eréctil y evidencia clínica de neuropatía y/o enfermedad macrovascular
2. Varones con diabetes tipo 1 y disfunción eréctil de origen orgánico
3. Espina bífida con compromiso neurológico
4. Trasplante renal
5. Lesión medular
6. Esclerosis múltiple
7. Lesión pélvica grave
8. Cáncer de próstata
9. Secundario a tratamientos hormonales y radioterapia del cáncer y cirugía pélvica
10. Insuficiencia renal en diálisis

La dispensación se realizará en el hospital y la prescripción irá a cargo de especialistas en urología o endocrinología.

G04C-Fármacos utilizados en hipertrofia prostática benigna

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Doxazosina retard (1)	Comp 4 mg	OR	Carduran neo
Tamsulosina	Cap 0,4 mg	OR	Omnig, Urolosin

(1) Terazosina (Magnurol) y Alfuzosina (Benestan) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de DOXAZOSINA.

G04X-Otros urológicos (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Tetracaína (Ametocaína)	Pda 7,5 mg/g 6g	TOP	Lubricante urológico
	Pda 7,5 mg/g 25 g	TOP	

(1) Extractos vegetales para adenoma de próstata (*Neo Urgenin, Pronitol, Sereprostat, Urgenin gotas*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento mientras el paciente permanezca ingresado.

H-PREPARADOS HORMONALES VÍA GENERAL

H01AA-ACTH Y EQUIVALENTES SINTÉTICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Tetracosáctido hexacetato (1)	Amp 1 mg/1ml	IM	Nuvacthen depot N
	Amp 0,25 mg/1ml	IV	Synacthen N

Nota 1

NUVACTHEN DEPOT (Novartis farmacéutica). Equivalencia de unidades.

Nota Farmacia 4-6-2002

Equivalencia de unidades.

Nuvacthen depot: Tetracosáctido amp de 1 mg en 1 ml. (1 mg = 1000 UI*).

Referencias:

- Martindale 32 ed.

- Informe laboratorio junio 2002. (Según consulta con la Central en Basilea (Suiza) de Novartis, informan que la equivalencia es: 800-1250 UI por mg de sustancia activa.).

*ALERTA: En diferentes fuentes consultadas hay información errónea: Ejemplos:

- Drug-dex / Micromedex. 2º cad junio 2002.

- Martindale 28 ed.

- Libro administración parenteral HSD (pendiente corregir).

Recomendación: Se recomienda pautar siempre en mg y evitar en la prescripción el empleo de UI.

H01BA-Vasopresina y análogos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Desmopresina	Amp 4 mcg/1 ml	IV, IM, SC	Minurin
	Gts 0,1 mg/1 ml	Nasal	
Terlipresina (Nota 1)	Vial 1 mg	IV	Glypressin

Nota 1: Para mantenimiento de síndrome hepatorenal hasta trasplante hepático. Uso puntual por la vía de uso compasivo.

H01CB-Hormonas anticrecimiento

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Octreótido (1)	Vial 1 mg/5 ml (1000 mcg/5 ml)	SC	Sandostatin
Somatostatina (2)	Amp 250 mcg/2 ml Amp 3 mg	IV IV	Somiaton, Somonal Somatostatina UCB

(1) El vial es multiuso, 1 ml=200 mcg. Las dosis deben medirse con jeringa de insulina. La dosis usual es de 50 microgramos que equivalen a 0,25 ml. Micromedex 2002 tiene una errata en la presentación del vial, indica 100 microgramos por vial, en lugar de 1000.

(2) Una ampolla de 3 mg equivale a 12 ampollas de 250 mcg.

HO2-CORTICOSTEROIDES VÍA GENERAL

HO2AA-Mineralocorticoides

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fludrocortisona	Comp 0,1 mg	OR	<i>Astonin</i>

HO2AB-Glucocorticoides (1)(3)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Betametasona Fosfato	Amp 4 mg/1 ml	IV,IM	<i>Celestone</i>
Betametasona Fosfato + Betametasona acetato	Amp 6mg+6mg/2ml	IM Intrarticular	<i>Celestone cronodose</i>
Dexametasona	Comp 1mg	OR	<i>Fortecortin oral</i>
	Caps 4 mg	OR	<i>Dexametasona FM</i>
	Amp 4 mg/1 ml	IM,IV	<i>Fortecortin iny</i>
	Amp 40 mg/5 ml	IV	<i>Fortecortin "40"</i>
Hidrocortisona	Comp 20 mg	OR	<i>Hidroaltesona</i>
	Vial 100 mg/1ml	IV,IM	<i>Actocortina</i>
Metilprednisolona	Vial 8 mg/2 ml	IV,IM	<i>Urbason Soluble</i>
	Vial 20 mg/2 ml	IV,IM	
	Vial 40 mg/1 ml	IV,IM	
	Vial 125 mg/2 ml	IV,IM	<i>Solu-Moderin</i>
	Vial 1 g/15,6 ml	IV	
Prednisolona	Gts 7 mg/ml (2)	OR	<i>Estilsona</i>
Prednisona	Comp 5 mg	OR	<i>Dacortin</i>
	Comp 30 mg (3)	OR	
Triamcinolona acetónido	Amp 40 mg/1 ml	IM, Intrarticular	<i>TrigonDepot</i>

(1) En cuadro informativo HI se describe la potencia antiinflamatoria comparada de los diferentes glucocorticoides. Deflazacort (*Zamene, Dezacor*), Metilprednisolona oral (*Urbason oral*) y otros corticoides son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de PREDNISONA. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda adaptar las prescripciones según el programa de intercambio aprobado por la misma.

(2) 1 gota=0,35 mg. (3) Comprimido ranurado por la mitad por una cara y en tercios por la otra.

HI POTENCIAS RELATIVAS GLUCO Y MINERALCORTICOIDE.
DOSIS CON ACTIVIDAD EQUIVALENTE ANTIINFLAMATORIA

CORTICOIDE (mg)	ACTIVIDAD GLUCOCORTICOIDE	ACTIVIDAD MINERALCORTICOIDE	DOSIS CON ACTIVIDAD ANTIINFLAMATORIA EQUIVALENTE
Cortisona	0,8	0,8	120
Hidrocortisona (cortisol)	1	1	100
Prednisolona	4	0,8	25
Prednisona	4	0,8	25
Deflazacort	4	0,5	30
Metilprednisolona	5	0,5	20
Triamcinolona	5	0	20
Parametasona	10	0	10
Dexametasona	25	0	3,5
Betametasona	25-30	0	3
Cortivazol	25-30	0	3

HO3-TERAPIA TIROIDEA

HO3A- Preparaciones tiroideas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Levotiroxina (T4)	Comp 50 mcg	OR	<i>Levothroid</i>
	Comp 100 mcg	OR	
	Vial 500 mcg	IM,IV	
Liotironina (T3)	Comp 25 mcg	OR	<i>Cynomel ME</i>

HO3B- Preparaciones antitiroideas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Carbimazol	Comp 5 mg	OR	<i>Neo Tomizol</i>
Propiltiouracilo	Comp 50 mg	OR	<i>Propylthiouracil ME</i>

H05- HOMEOSTASIS DEL CALCIO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Calcitonina de salmon	Amp 1 ml	SC, IM	<i>Calcitonina Almirall</i>

(1) 100 UI/día de Calcitonina equivalen aproximadamente a 0,5 mg de Calcitonina humana vía SC (para osteoporosis las dosis son menores de 0,25 mg/24-48h). Cibacalcina (Calcitonina humana no se fabrica, Octubre 2002)

HOX-OTRAS HORMONAS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Glucagón	Vial 1 mg/1 ml	SC,IM,IV	<i>Glucagón Novo</i>
Gonadorelina (LHRH)	Vial 0,5 mg/5,5 ml	IM,SC,IV	<i>Luforan</i>

GRUPO J-ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL

J01-ANTIBIÓTICOS VÍA GENERAL

J01A-Tetraciclinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Doxiciclina	Jbe 50 mg/5 ml	OR	<i>Vibracina, Rodomicina</i>
	Caps 100 mg	OR	
	Amp 100 mg/5 ml	IV	<i>Vibravenosa N</i>

J01B-Cloranfenicol

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cloranfenicol	Vial 1 g	IV	<i>Normofenicol</i>

J01CE-Penicilinas sensibles a las betalactamasas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Penicilina G Benzatina	Vial 1.200.000 UI	IM	<i>Benzetacil</i>
	Vial 2.400.000 UI		
Penicilina G Sódica	Vial 1.000.000 UI	IV,IM	<i>Unicilina, Sodiopen, Penilevel,</i>
	Vial 2.000.000 UI	IV,IM	<i>Peniroger, Penibiot</i>
	Vial 5.000.000 UI	IV	

J01CF-Penicilinas penicilinasas resistentes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cloxacilina	Caps 500 mg	OR	<i>Orbenin</i>
	Jbe 125 mg/5 ml	OR	
	Vial 500 mg	IV,IM	<i>Anaclosil</i>
	Vial 1 g	IV,IM	

JOICA1-Aminopenicilinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amoxicilina (1)	Caps 500 mg	OR	<i>Eupen, Ardine, Clamoxyl, Edoxil,</i>
	Sobres 250 mg	OR	<i>Hosboral, Amoxi Gobens</i>
	Jbe 250 mg/5ml	OR	
Amoxicilina-clavulánico	Sobres (875+125) mg	OR	<i>Duonasa, Augmentine, Eueplanic,</i>
	Sobres (500+125) mg	OR	<i>Clavumox, Amoxyplus</i>
	Sobres (250+62) mg	OR	
	Comp (500+125) mg	OR	
	Susp (125+31) mg/5ml	OR	
	Vial 1g+200 mg	IV	
	Vial 2g+200 mg	IV	
Ampicilina	Vial 250 mg	IV, IM	<i>Gobemicina, Britapen, Binotal</i>
	Vial 500 mg	IV, IM	
	Vial 1 g	IV, IM	

(1) Ampicilina vía oral es un medicamento no incluido en Guía. Se considera equivalente terapéutico de Amoxicilina oral. Se recomienda aplicar el programa de sustituciones aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Excepción: Ampicilina vía oral es más activa que Amoxicilina frente a infecciones intestinales por *Shigella* sp.

JOICA2-Penicilinas amplio espectro

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Piperacilina - Tazobactam (1)(3)	Vial 4g+500mg	IV	<i>Tazocel R</i>
Ticarcilina	Vial 1 g	IV,IM	<i>Ticarpem</i>

(1) Uso restringido por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Indicaciones aprobadas en el hospital: 1-Cobertura empírica del paciente neutropénico con fiebre, asociado a amikacina. 2-Neumonía nosocomial en pacientes intubados de UCI.

(2) Piperacilina (Pipril) no disponible por cese de fabricación (Noviembre 2002).

Nota 3:

Piperacilina-Tazobactam y alternativas ante la falta de suministro

Nota de la Comisión de Infecciones del HSD 27-02-2002.

Ante la escasez de Piperacilina-Tazobactam (TAZOCEL) en el hospital y en todo el país, que parece se va a prolongar durante varios meses, debido a problemas de producción del laboratorio farmacéutico, la Comisión de Infecciones del HSD ha acordado difundir las siguientes recomendaciones:

1º TRATAMIENTO ANTIBIÓTICOS EN TERAPIA A GERMEN CONOCIDO: -Piperacilina-Tazobactam debe reservarse para aquellas infecciones de germen conocido en que el antibiograma muestre resistencia a los demás antibióticos o éstos de forma excepcional no puedan emplearse. -Para estos casos el servicio de farmacia tendrá un estoc de reserva de 50 viales que solo se dispensará en los casos señalados.

2ª TERAPIA EMPÍRICA:ALTERNATIVAS RECOMENDADAS: CUIDADOS INTENSIVOS:

- Tratamiento empírico de la neumonía de origen intrahospitalario en pacientes con > ó = 5 días de estancia en UCI, o con tratamiento antibiótico previo. Alternativas: Cefepime, Imipenem, Meropenem.

CIRUGÍA GENERAL:

- Peritonitis secundaria en paciente sin tratamiento previo de antibióticos:

Amoxicilina-Clavulánico: 2gr/8h

Cefoxitina 1gr/6h,

Cefotaxima 1-2 g/8h + Metronidazol 500 mg/8h o Clindamicina 600mg/8h

Piperacilina 4g /6h+ aminogluósido.

- Peritonitis secundaria en pacientes con tratamientos antibióticos previos:

Imipenem 1g/6h o Meropenem 1g/6h + Amikacina

- Colectitis: Paciente menor 60 años con afectación leve, no diabético, crónico, inmunodeprimido y sin episodios previos:

Amoxicilina-Clavulánico 2g/8h

Resto de pacientes:

Imipenem 1g/6h o Meropenem 1g/8h

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA:

- Fiebre paciente neutropénico sin signos de sepsis grave:

Cefepime 2gr/8h

Imipenem 1g/8h o Meropenem 1gr/8h

- Si signos de sepsis grave añadir Vancomicina y Amikacina

DIGESTIVO:

- Peritonitis primaria:

Cefotaxima 1-2 gr/8h

Ceftriaxona 1-2 gr /24h

- Absceso hepático, esplénico pancreático, retroperitoneal:

Cefotaxima 1-2g/8h o Ceftriaxona 1-2g/24h + Metronidazol 500 mg/8h

Imipenem 1g/6h o Meropenem 1g/8h

En ambas pautas asociar aminogluósido hasta tener cultivos

- Colectitis: Ver apartado cirugía.

VASCULAR: -Pie diabético: Si shock séptico: Imipenem o Meropenem.

NEUMOLOGÍA: -Neumonía de origen intrahospitalario: Cefepime 1-2g/12h + Tobramicina

JO1D-Cefalosporinas

JO1DA-Cefalosporinas de 1ª generación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cefalexina	Sobres 250 mg	OR	<i>Cefalexgobens, Kefloridina, Ultralexin</i>
	Caps 500 mg	OR	
Cefazolina	Vial 1 g	IV	<i>Kefol, Kurgan, Caricef</i>
	Vial 2 g	IV	
	Vial 1 g	IM	

JO1DB-Cefalosporinas de 2ª generación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cefaclor	Sobres 125 mg	OR	<i>Ceclor</i>
	Sobres 250 mg	OR	
Cefonicid	Vial 1 g	IM	<i>Monocid IM</i>
	Vial 1 g	IV	<i>Monocid IV</i>
Cefoxitina	Vial 1 g	IV	<i>Cefaxicina IV, Mefoxitin IV</i>
	Vial 2 g	IV	<i>Cefaxicina IM, Mefoxitin IM</i>
	Vial 1 g	IM	
Cefuroxima	Vial 750 mg	IM,IV	<i>Curoxima</i>
Cefuroxima axetilo	Sobres 125 mg	OR	<i>Zinnat, Nivador</i>
	Sobres 250 mg	OR	
	Comp 500 mg	OR	

JO1DC-Cefalosporinas de 3ª generación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cefepima (1)	Vial 1 g	IV,IM	<i>Maxipime R</i>
Cefotaxima (2)	Vial 1 g	IV	<i>Claforan, Primafen</i>
	Vial 1 g	IM	<i>Claforan IM</i>
Ceftazidima	Vial 500 mg	IV,IM	<i>Kefamin, Fortam</i>
	Vial 1 g	IV,IM	
	Vial 2 g	IV	
Ceftriaxona (2)	Vial 500 mg	IM	<i>Rocefin IM</i>
	Vial 1 g	IM	
	Vial 1 g	IV	

(1) Uso restringido a UCI para el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria según recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.

(2) CEFOTAXIMA Y CEFTRIAOXONA se consideran equivalentes terapéuticos, excepto que Cefotaxima se considera de elección en abceso cerebral y en el tratamiento de meningitis en niños menores de un mes. Ceftriaxona se considera de elección en infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, enfermedad de Lyme y endocarditis por *Streptococcus* (no enterocócicas).

JO1DF-Monobactamas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aztreonam (1)	Vial 1 g	IV	<i>Azactam</i>

(1) Incluido en el protocolo de meningitis bacteriana de la C. Infecciones, como alternativa en caso de alergia a betalactámicos.

JO1DH- Carbapenems

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Imipenem-Cilastatina (1)	Vial 500 mg	IV	<i>Tienam R</i>
Meropenem (2)	Vial 1 g	IV	<i>Meropenem</i>

(1) Uso restringido en el hospital según recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Indicaciones aprobadas en el hospital: 1-Infecciones por gérmenes gram negativos con resistencia documentada a todos los demás antibióticos. 2-De elección en el tratamiento empírico de: a) Paciente febril en UCI con sepsis, en situación de brote epidémico por gérmenes gram negativos multiresistentes a otros antibióticos. b) Pie diabético con shock séptico. c) Infecciones abdominales graves en pacientes en los que esté contraindicado otro tratamiento por sus efectos secundarios. 3-Tratamiento alternativo en infecciones graves en las que hayan fracasado otros antibióticos de elección y dicho fracaso sea atribuible a gérmenes resistentes.

(2) De elección en meningitis nosocomial con alta sospecha de ser causada por BGN o con resistencia documentada.

JO1E- Sulfamidas y Trimetoprim

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cotrimoxazol	Jbe 40+200 mg/5ml	OR	<i>Abactrim, Septin</i>
(Trimetoprim-Sulfametoxazol)	Comp160mg + 800mg	OR	<i>Septin forte</i>
	Vial 160mg + 800 mg	IM,IV	<i>Soltrim</i>
Sulfadiazina	Comp 500 mg	OR	<i>Sulfadiazina</i>

JO1FA-Macrólidos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Claritromicina (I)	Comp 250 mg	OR	<i>Klacid, Bremon</i>
	Comp 500 mg	OR	
	Sobres 250 mg	OR	
	Susp 125 mg/5ml	OR	
	Vial 500 mg	IV	
Eritromicina etilsuccinato (I)	Sobres 250 mg	OR	<i>Pantomicina 250 ES</i>
	Comp 500 mg	OR	<i>Pantomicina 500 ES, Eritrogobens</i>
	Susp 125 mg/5ml	OR	
Eritromicina lactobionato (I)	Vial 1 g	IV	<i>Pantomicina</i>

Nota 1.

Macrólidos: equivalencias terapéuticas (Junio 2003)

Eritromicina (Pantomicina), Claritromicina (Klacid) y Azitromicina (Zitromax) se consideran equivalentes terapéuticos en cuanto a eficacia. Azitromicina presenta algunas ventajas en comodidad administración, interacciones, efectos secundarios vía parenteral, por lo que se considera su uso de forma preferente en el hospital:

- *En neumonías de origen comunitario, con criterios de ingreso la duración del tratamiento es de 7-14 días (2-5 días EV, resto oral). Dosis equivalentes:*

Eritromicina 1 g/6h equivale a Claritromicina IV 500 mg/12h equivale a Azitromicina IV 500 mg/24h

Eritromicina oral 500 mg/6h equivale a Claritromicina oral 500 mg/ 12 h equivale a Azitromicina 500 mg/24 h

- *En Bronquitis, exacerbaciones de EPOC, Sinusitis, Otitis, Faringoamigdalitis. Dosis equivalentes:*

Eritromicina 500 mg/6h oral 7-10 días equivale a Claritromicina 500 mg/12h vía oral 7-10 días equivale a Azitromicina en pauta de 5 días vía oral: 500 mg/día. En la otitis y en la sinusitis el tratamiento puede alargarse en función del cuadro clínico

- *Pediatría. En niños consultar ficha técnica dosis usuales en pediatría.*

- *Excepciones: - Eritromicina IV está indicada en pediatría ya que el uso de Claritromicina IV y Azitromicina IV no está formalmente aprobada en niños. Eritromicina IV en la indicación de atonía intestinal por gastroparesias en pacientes diabéticos con neuropatía periférica. - Claritromicina es de elección en infecciones por Helicobacter pilori. - Azitromicina es de elección en Enfermedades de Transmisión Sexual por Ureaplasma U, Chlamydia T, y chancroide. - Azitromicina en pacientes con Ciclosporina o con Tacrolimus: en este caso mantener el tratamiento de azitromicina.*

JO1FF- Lincosamidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clindamicina	Caps 300 mg	OR	<i>Dalacin, Clinwas</i>
	Amp 600 mg	IM,IV	

JO1FG-Estreptograminas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Quinupristina-Dalfopristina	Vial 150 mg/350 mg	IV	<i>Synercid N</i>

Nota 1

QUINUPRISTINA-DALFOPRISTINA: Uso restringido en infecciones por Gram +.

Información básica. 19-06-02. Información completa en Intranet.

Indicaciones clínicas formalmente aprobadas en España (ficha técnica):

Infecciones en que sea conocido que son causadas por microorganismos gram-positivos sensibles: -Neumonía nosocomial, -Infecciones cutáneas y tejidos blandos, -Infecciones clínicamente significativas causadas por E.faecium vancomicina resistente. La ficha técnica también indica que QD sólo debería utilizarse cuando se tenga la certeza de que no existen otros agentes antibacterianos activos frente al microorganismo causante de la infección y cuando no se disponga de ningún otro fármaco que sea adecuado para el tratamiento de la infección en un paciente concreto.

Resumen de los aspectos más significativos:

Eficacia: -Similar a otros antibióticos en neumonías nosocomiales e infecciones de piel y tejidos blandos (aproximadamente 50 % de curaciones clínicas) producidas por cocos grampositivos. -Eficaz en infecciones de diversa localizaciones por E. faecium resistente a vancomicina. -Evaluable como terapia de rescate en infecciones severas por gram positivos sin respuesta y/o toxicidad al tratamiento con glicopeptidos.

Seguridad: -En ensayos clínicos aproximadamente un 10% de retiradas por efectos secundarios. Efectos locales en punto de inyección son frecuentes, se recomienda vía central y seguir bien recomendaciones de infusión. - Es inhibidor del citocromo P450 hepático y aumenta los niveles de muchos fármacos que se metabolizan por la misma vía: precaución y revisar interacciones.

Coste. Muy superior a los tratamientos de referencia, pero tener en cuenta su uso limitado a gérmenes para los que no hay alternativas.

Condiciones de uso HSD: Uso restringido.

-Infecciones documentadas por E. faecium vancomicina resistente.

-Evaluable como terapia de rescate en infecciones severas por gram positivos sin respuesta y/o toxicidad al tratamiento con glicopéptidos.

-Siempre se ha de usar con estudio microbiológico.

JOIG-Aminoglucósidos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amikacina (1)	Vial 250 mg	IM, IV	<i>Biclin, Kanbine R</i>
	Vial 500 mg	IM, IV	<i>Amikacina Normon</i>
Estreptomina	Vial 1 g	IM	<i>Estreptomina</i>
Gentamicina	Vial 40 mg	IM, IV	<i>GentaGobens, Gevramycin</i>
	Vial 80 mg	IM, IV	<i>Gentamicina Braun</i>
	Vial 80 mg/100 ml	IV	
	Suero 240 mg/240ml	IV	
Neomicina	Comp 500 mg	OR	<i>Neomicina</i>
Tobramicina	Vial 50 mg	IM, IV	<i>Tobradistin, TobraGobens</i>
	Vial 100 mg	IM, IV	
	Amp 300 mg	INH	<i>Tobi (Nota 2)</i>

(1) Uso restringido en el hospital según recomendaciones de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Indicación aprobada en el hospital: infección por germen gram negativo resistente a gentamicina y tobramicina.

Nota 2

TOBRAMICINA INHALADA: Uso restringido en fibrosis quística.

Información básica. 20-02-2002.

Indicación clínica formalmente aprobada en España: Tratamiento de larga duración de las infecciones pulmonares debidas a *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes de 6 años de edad o mayores, con fibrosis quística.

Resumen aspectos más importantes:

-*Eficacia Colistina* se ha usado ampliamente en Europa en pacientes con FQ, induce pocas resistencias y algunos autores la consideran terapia de referencia. -*Tobramicina ampollas inyectables*, existe una amplia experiencia de uso en nuestro país y también en el hospital. *Tobramicina-TSN (Tobi)*: En el ensayo clínico de referencia se ha comparado con placebo, los resultados de mejora de eficacia respecto a placebo son modestos. Un ensayo comparativo con Colistina muestra similar eficacia microbiológica y algo superior en su efecto sobre FEV1, pero se evalúa solo a 28 días.

-*Seguridad*: -Colistina. Se han descrito casos de broncoespasmo. Un estudio comparativo muestra más efectos adversos con Tobramicina-TSN que con Colistina aerosol. La experiencia en nuestro hospital es de una tolerancia óptima y sin casos de broncoespasmo agudo. -*Tobramicina ampollas inyectables*, Se han descrito casos de broncoespasmo. La experiencia en nuestro hospital es de una tolerancia óptima y sin casos de broncoespasmo agudo. -*Tobramicina-TSN (Tobi)*: Se tolera bien, produce más tinnitus, alteración de la voz, que placebo. Produce más faringitis, tos, alteración de voz y dolor en pecho que Colistina.

-*Resistencias microbianas*: Colistina Induce pocas resistencias a *pseudomonas*. Tobramicina y Tobramicina-TSN (Tobi): Induce resistencias a *Pseudomonas* durante el tratamiento, aunque no está claro su significado clínico, o la influencia de su administración a meses alternos.

-*Coste*. Impacto importante: 2.600.000 ptas/año de TSN (Tobi) en comparación a 111.000 o 460.000 ptas/año de Colistina o Tobramicina.

Condiciones de uso en HSD:

De forma restringida en pacientes con FQ con *P.aeruginosa* en que esté indicado tratamiento antibiótico vía inhalatoria, como antibiótico alternativo a Colistina según las condiciones de uso señaladas: presencia de broncoespasmo grave que impida la administración de otros antibióticos inhalados a pesar de la administración concomitante de broncodilatadores y otras medidas de mejora de la tolerancia.

JO1M-Quinolonas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Ciprofloxacino (1)	Comp 250 mg	OR	<i>Baycip, Rigoran, Estecina, Huberdoxina</i>
	Comp 500 mg	OR	
	Comp 750 mg	OR	
	Susp 500 mg/5 ml	OR	
	Vial 200 mg/100 ml	IV	
	Vial 400 mg/200 ml	IV	
Levofloxacino (2)(3)	Comp 500 mg	OR	<i>Tavanic</i>
	Vial 500 mg	IV	

(1) Ofloxacino es un medicamento no incluido en Guía y se considera equivalente terapéutico de CIPROFLOXACINO.

(2) Levofloxacino está indicado básicamente para tratamiento de las neumonías de origen comunitario, en pacientes alérgicos o que intoleran el tratamiento de elección. Ver protocolo de la Comisión de Infecciones actualizado en Junio 2003.

(3) Levofloxacino oral tiene una buena biodisponibilidad vía oral, cercana al 100 %. Pasar de la vía parenteral a la vía oral lo antes posible.

JO1XA-Glucopéptidos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Teicoplanina (1)	Vial 200 mg	IV,IM	<i>Targocid R</i>
Vancomicina	Vial 400 mg	IV	<i>Diatracin</i>
	Vial 500 mg		

(1) Uso restringido en el hospital según recomendación de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Indicaciones aprobadas en el hospital: infecciones documentadas por gram positivos en las que esté contraindicado el uso de vancomicina por sus efectos secundarios.

JO1XB-Polimixinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Colistina metansulfonato	Vial 1.000.000 UI/ 3ml	IM, IV	<i>Colimycine Rhone Poulenc ME</i>
	Vial 1.000.000 UI	IM,IV, TOP	

(1) Tiene aprobada su indicación vía aerosol en pacientes con FQ.

JO1XD- Imidazoles

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Metronidazol	Comp 250 mg	OR	<i>Flagyl, Amotein</i>
	Susp 250 mg/5 ml	OR	
	Sol 500 mg/100 ml	IV	

JO1XX- Oxazolidinonas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Linezolid (1)	Vial 600 mg	IV	<i>Zyvoxid</i>
	Comp 600 mg	OR	

Nota 1.

Linezolid. Resumen características y condiciones de uso en HSD

Información básica 19-03-2003. Información ampliada en Intranet.

Linezolid se presenta como un antibiótico de un nuevo grupo, eficaz en el tratamiento de cocos gram + multiresistentes. Alternativa en infecciones por *S. aureus* o *S. epidermidis* meticilín resistentes, neumococos y enterococos resistentes a vancomicina. Su eficacia en tratamiento de infecciones que no responden a Quinupristina-Dalfopristina y su lugar en terapéutica en relación a este antibiótico precisa de estudios adicionales.

a) Eficacia: -Similar a otros antibióticos con los que se ha comparado en neumonías nosocomiales (aprox. 60 % de curaciones clínicas), en neumonías comunitarias (aprox 85 % de curaciones clínicas) y en infecciones de piel y tejidos blandos (aprox. 90 % de curaciones clínicas) producidas por cocos grampositivos. No hay estudios comparativos con quinupristina-dalfopristina. No hay datos suficientes en meningitis, osteomielitis, endocarditis. -Eficaz en infecciones de diversas localizaciones por Enterococos resistente a vancomicina. -Ello lo hace como terapia de rescate en infecciones severas por gram positivos sin respuesta y/o toxicidad al tratamiento con glicopéptidos.

b) Seguridad: Puede producir mielosupresión (trombopenia, anemia, leucopenia). Interacciona con diversos fármacos por su actividad IMAO.

c) Resistencias microbianas: Recomendable emplear sólo en infecciones documentadas por *E. faecium* vancomicina resistente y oros grampositivos vanco resistentes. Se han comunicado casos de resistencia a estafilococos y a enterococos.

d) Administración. Se puede administrar vía IV y vía oral, ya que presenta una biodisponibilidad del 100 %.

e) Coste. Unas 215.000 ptas/ tratamiento, muy superior a los tratamiento de referencia, y similar al de Quinupristina-Dalfopristina. El coste día de tratamiento es el mismo vía oral o iv.

HSD: Condiciones de uso en HSD:

-Terapia de rescate en infecciones severas por gram positivos sin respuesta y/o toxicidad al tratamiento con glicopéptidos.

-Infecciones documentadas por *E. faecium* vancomicina resistente.

-Quinupristina-Dalfopristina y Linezolid presentan indicaciones similares y en ausencia de estudios comparativos directos, se plantea la elección de uno u otro en función del perfil de toxicidad e interacciones (Para Linezolid: Mielosupresión e interacciones con medicamentos con efecto IMAO; para Quinupristina-dalfopristina interacciones relacionadas con el citocromo P450) y en la posibilidad de tratamiento secuencial vía oral con Linezolid.

-Antibiótico de reserva para las indicaciones y condiciones de uso señaladas. Cuando se disponga de nuevas evidencias sobre su eficacia en osteomielitis, meningitis, endocarditis o neumonías nosocomiales por estafilococos meticilín resistentes, se reevaluará.

JO2-ANTIMICÓTICOS SISTÉMICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Anfotericina B	Vial 50 mg	IV	<i>Fungizona N</i>
Anfotericina B lipídica	Vial 100 mg/20 ml	IV	<i>Abelcet N</i>
	Vial 50 mg	IV	<i>Ambisome N</i>
Caspofungina (Nota 1)	Vial 50 mg	IV	<i>Caspofungin MSD</i>
	Vial 70 mg	IV	
Flucitosina	Comp 500 mg	OR	<i>Ancobon ME</i>
	Vial 2,5 g/250 ml	IV	<i>Ancotil ME</i>
Fluconazol	Caps 100 mg	OR	<i>Loitin, Diflucan</i>
	Caps 200 mg	OR	
	Susp 50 mg/5 ml	OR	
	Vial 100 mg/50 ml	IV	
Itraconazol	Caps 100 mg	OR	<i>Canadiol</i>
Ketoconazol	Comp 200 mg	OR	<i>Micoticum, Panfungol</i>
Nistatina	Jbe 500000 UI/5 ml	OR	<i>Mycostatin</i>
Voriconazol (Nota 2)	Vial 200 mg	IV	<i>Vfend</i>
	Comp 200 mg	OR	
	Comp 50 mg	OR	

Nota 1.

CASPOFUNGINA: Uso restringido en aspergilosis invasora refractaria a Anfotericina B y en candidiasis invasora de no neutropénicos refractaria a Fluconazol y Anfotericina B. Incluido en Guía el 22-10-2002.

Información básica. Ver información completa en Intranet.

Indicación clínica formalmente aprobada en España:

Tratamiento de la aspergilosis invasora en pacientes adultos que son refractarios o intolerantes a la anfotericina B y/o itraconazol. La resistencia se define como la progresión de la enfermedad o la falta de mejoría después de un mínimo de 7 días de anteriores dosis terapéuticas de terapia antifúngica.

Condiciones de uso en el Hospital Son Dureta:

-Fármaco de uso restringido con indicaciones estrictas.

-Tratamiento de la aspergilosis invasiva en pacientes que muestran intolerancia o ineficacia del tratamiento con Anfotericina B o Itraconazol ldespués de un mínimo de 7 días de anteriores dosis terapéuticas de terapia antifúngica efectiva.

-Candidiasis invasiva grave en pacientes no neutropénicos como alternativa a Fluconazol y a Anfotericina por falta de respuesta o toxicidad.

Nota 2:

VORICONAZOL.

Dosis: 6 mg/Kg IV c/12 h el ter día y 4 mgKg/IV c/12 h durante al menos 7 días. Pasar a vía oral 200 mg c/12 h en cuanto sea posible

La comisión de infecciones de HSD (Marzo 2004) aprueba incluir Voriconazol en el hospital con las siguientes condiciones de uso:

- Aspergilosis invasora :
 - De elección: Voriconazol
 - En caso de Insuficiencia renal, Voriconazol inyectable no debe emplearse ya que se acumula el excipiente. Como alternativa en pacientes con aclaramientos de creatinina inferiores a 50 ml/min pasar a Voriconazol oral. Si no tolerancia a la vía oral: caspofungina.
- Infecciones por *Scedosporium* y *Fusarium* sp
 - De elección: Voriconazol
- Candidosis invasora:
 - De elección: Fluconazol 400-600 mg/24h
 - Alternativa: Anfotericina B deoxicolato
 - Pacientes con tolerancia a la vía oral y resistencia a Fluconazol: Voriconazol
 - Pacientes con insuficiencia renal y no toleran vía oral: Caspofungina

Nota: Tener en cuenta interacciones potenciales con otros fármacos y toxicidad visual

J04A-ANTITUBERCULOSOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Etambutol	Comp 100 mg	OR	<i>Myambutol</i>
	Comp 400 mg	OR	
Isoniacida (1)	Comp 50 mg	OR	<i>Cemidon</i>
	Comp 150 mg	OR	
	Amp 300 mg	IM,IV	
Isoniazida +Pirazinamida + Rifampicina	Comp 50 mg +300 mg +120 mg	OR	<i>Rifater</i>
Pirazinamida	Comp 250 mg	OR	<i>Pirazinamida Prodes</i>
Rifampicina	Caps 300 mg	OR	<i>Rifaldin, Rimactan</i>
	Jbe 100 mg/5 ml	OR	
	Vial 600 mg	IV	<i>Rifaldin IV</i>
Rifampicina +Isoniacida	Comp 300 mg +150 mg	OR	<i>Rifinah</i>

(1) Cemidon 50 mg contiene 15 mg de Vitamina B6, Cemidon 150 mg contiene 25 mg de Vitamina B6.

J05-ANTIVIRALES

J05AB-Nucleósidos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aciclovir	Vial 250 mg	IV	<i>Zovirax</i>
	Comp 200 mg	OR	
	Comp 800 mg	OR	
Foscarnet	Fco 6 g/250 ml (24 mg/ml)	IV	<i>Foscavir</i>
Ganciclovir	Vial 500 mg	IV	<i>Cymevene</i>
Ribavirina	Vial 6 g	INH	<i>Virazid</i>
	Caps 200 mg	OR	<i>Rebetol, Copegus</i>
Valcanciclovir	Comp 450 mg	OR	<i>Valcyte</i>

J05AE-Inhibidores de la proteasa

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Indinavir	Caps 400 mg	OR	<i>Crixivan</i>
	Caps 200 mg	OR	
Nelfinavir	Polvo 50 mg/g fco 144 g	OR	<i>Viracept</i>
	Comp 250 mg	OR	
Ritonavir	Caps 100 mg	OR	<i>Norvir N</i>
Saquinavir	Caps 200 mg	OR	<i>Invirase</i>
	Caps blandas 200 mg	OR	<i>Fortovase</i>
Lopinavir-Ritonavir	Caps 133/33 mg	OR	<i>Kaletra</i>
Tenofovir	Comp 245 mg (1)	OR	<i>Viread</i>

(1) 245 mg de Tenofovir equivale a 300 mg de Tenofovir disoproxil fumarato.

J05AF-Nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Abacavir	Caps 300 mg	OR	Ziagen
	Sol 20 mg/ ml	OR	
Abacavir + Lamivudina + Zidovudina	Comp. 300 mg+ 150 mg+300 mg	OR	Trizivir
Didanosina (DDI)	Comp 25 mg	OR	Videx
	Comp 50 mg	OR	
	Comp 100 mg	OR	
	Comp 150 mg	OR	
	Comp 200 mg	OR	
	Caps 250 mg gastroresistentes	OR	
	Caps 400 mg gastroresistentes	OR	
Estavudina (D4T)	Sol 10 mg/ml	OR	Zerit
	Caps 15 mg	OR	
	Caps 20 mg	OR	
	Caps 30 mg	OR	
	Caps 40 mg	OR	
Lamivudina (3TC)	Sol 1 mg/ml	OR	EpiVir
	Comp 300 mg	OR	
	Caps 150 mg	OR	
	Comp 100 mg	OR	
Lamivudina +Zidovudina	Sol 10 mg/ml	OR	Combivir
	Comp cubierta pelicular 150/300 mg	OR	
Zalcitabina (DDC)	Comp 0,75 mg	OR	Hivid
Zidovudina (AZT)	Comp 250 mg	OR	Retrovir, Zidovudina
	Caps 100 mg	OR	
	Sol 50 mg/5 ml	OR	
	Vial 200 mg/20ml	IV	

J05AG-No nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Efavirenz	Caps 50 mg	OR	Sustiva
	Caps 100 mg	OR	
	Caps 200 mg	OR	
	Comp 600 mg	OR	
Nevirapina	Comp 200 mg	OR	Viramune
	Sol 50 mg/5 ml	OR	

J05AX-Otros antivirales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Interferón alfa 2b (1)	Vial 3 mill UI/1 ml	SC,IM	Intron A N
	Pluma 18 mill UI/3m	SC,IM	
Interferon alfa 2b pegilado (Peg-interferon) (2)	Vial 50 mcg	SC	Pegintron N
	Vial 80 mcg	SC	
	Vial 100 mcg	SC	
Interferon alfa 2a pegilado (Peg-interferon) (2)	Vial 120 mcg	SC	Pegasys N
	Jer 180 meg	SC	
	Jer 135 meg	SC	
Palivizumab (Nota 3)	Vial 50 mg	IM	Synagis N
	Vial 100 mg	IM	

(1) Interferon alfa 2b (Intron A) y Interferon alfa 2a (Roferon A) se consideran equivalentes terapéuticos para la indicación de tratamiento de la Hepatitis C.

(2) Peginterferon alfa 2_a y Peginterferon alfa 2_b se consideran equivalentes terapéuticos para el tratamiento de la Hepatitis C crónica. Duración de tratamiento e interrupción precoz del mismo en función de genotipado y carga viral a las 12 semanas: Consultar protocolo terapéutico y Programa de Intercambio Terapéutico de HSD.

Nota 3

PALIVIZUMAB: Condiciones de uso campaña 2003-2004

Recomendaciones para la Profilaxis del Virus Respiratorio Sincitial con Palivizumab durante la campaña 2003-2004

La población y condiciones en la que se recomienda realizar profilaxis del Virus Respiratorio Sincitial con Palivizumab durante la campaña 2003-2004 es la siguiente:

- Niños nacidos con 29 semanas de gestación o menos y menores de 12 meses de edad al inicio de la estación VRS.
 - Niños menores de 2 años de edad y requiriendo tratamiento para la displasia broncopulmonar durante los últimos 6 meses.
 - Niños prematuros > 29 semanas con enfermedades de base graves.
 - Niños prematuros nacidos entre 30-32 semanas si durante la campaña existe un aumento significativo de su ingreso hospitalario, ingreso en UCI o necesidad de ventilación mecánica, tal y como se recomendó en las campañas anteriores.
 - Niños menores de 2 años de edad y con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa. La decisión de tratar debe realizarse en base al grado de compromiso cardiovascular:
 - Niños que reciben medicación para la insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Niños con hipertensión pulmonar grave o moderada
 - Niños con enfermedad cardíaca cianótica
 (En caso de cirugía con bypass cardiopulmonar, repetir dosis de Palivizumab post-operatoria).
- No está recomendado hacer profilaxis en:
- Enfermedad cardíaca no importante (defecto septal atrial, defecto ventricular septal pequeño, estenosis pulmonar, estenosis aórtica no complicada, coartación moderada de la aorta en paciente con ductus arteriosus).
 - Niños con lesiones corregidas por la cirugía, aunque sigan requiriendo medicación para la ICC
 - Niños con cardiomiopatía que no reciben terapia médica

J06-SUEROS Y GAMMAGLOBULINAS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Inmunoglobulina	Vial 1 g/10 ml	IV	<i>Cytotec ME N</i>
Anti-Citomegalovirus	Vial 5 g/50 ml	IV	
Inmunoglobulina Anti-Hepatitis B	Amp 600 UI/3 ml	IM	<i>Gammaglobulina Anti-Hepatitis B N</i>
Anti-Hepatitis B	Amp 1000UI/5 ml	IM	
Inmunoglobulina Anti-Rábica	Vial 300 UI/2 ml	IM, infiltraciones	<i>Imogam Rabia N</i>
Inmunoglobulina anti-Rh	Amp 300 mcg	IM	<i>Beriglobina anti-D N, Gammaglobulina anti D N</i>
Inmunoglobulina Anti-Tetánica	Vial 500 UI	IM	<i>Gamma Globulina Humana Griffols antitetánica</i>
Inmunoglobulina humana intravenosa (1)	Vial 0,5 g	IV	<i>Endobulin N, Flebogamma N,</i>
	Vial 2,5 g	IV	<i>Polyglobin SD N</i>
	Vial 5 g	IV	
	Vial 10 g	IV	

(1) Uso controlado. Consultar protocolo de indicaciones aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

J07-VACUNAS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Toxide tetánico	Amp 40 ui toxoide tetánico	IM	<i>Anatoxal Te Berna N</i>
Toxide tetánico +Toxide diftérico (Nota 2)	Jeringa 40 ui toxoide tetánico + 4 ui toxoide diftérico en 0,5 ml	IM	<i>Ditantrix</i>
Vacuna Anti-Haemophilus	Vial 10 mcg	IM	<i>Hibtiter N Hiberix N</i>
Vacuna Anti-Hepatitis B	Vial 10 mcg/0,5 ml	IM	<i>Engerix B N, Recombivax N</i>
	Vial 20 mcg/1 ml	IM	<i>Engerix B</i>
Vacuna Anti-Neumocócica	Jeringa 0,5ml (25 mcg de 23 tipos de poliósidos de S. pneumoniae)	IM, SC	<i>Pneumo-23 , PNU-Inmune N (2)</i>
Vacuna Anti-Rábica	Vial 2,5 ui	IM	<i>Vac Antirrábica Merieux</i> (excepcionalmente SC)

(1) En niños entre dos meses y dos años se recomienda el empleo de Prevenar, para la inmunización activa contra las enfermedades invasivas (incluyendo bacteremia, sepsis, meningitis, neumonía bacterémica), causadas por los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F de Streptococcus pneumoniae.

Nota 2.

VACUNA TÉTANOS-DIFTERIA: Vacuna de referencia en profilaxis heridas.

Informe básico. 25-09-2002. Información completa en Intranet.

-Debido al alto porcentaje de población adulta que carece de anticuerpos frente a difteria y tétanos, el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP) de los EE.UU recomienda desde hace varios años el uso de la vacuna difteria-tétanos adulto, como opción preferente sobre el toxoide tetánico para la primovacunación de niños de >7 años o adultos, como dosis de recuerdo en adultos y para profilaxis en caso de heridas (MMWR vol 40; RR10; 1-28; 1991).

-La Conselleria de Sanitat i Consum de les Illes Balears recomienda como referencia la vacuna Difteria-Tétanos. En mujeres gestantes y en pacientes inmunodeprimidos que se seguirá sólo con toxoide tetánico.

GRUPO L-TERAPIA ANTINEOPLÁSICA Y AGENTES INMUNOMODULADORES

L01A-AGENTES ALQUILANTES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Busulfan	Comp 2 mg	OR	<i>Busulfano Wellcome</i>
Carmustine	Vial 100 mg	IV	<i>BCNU ME Nitrourean N</i>
Ciclofosfamida	Comp 50 mg	OR	<i>Genoxal</i>
	Vial 1g	IV	
Clorambucilo	Comp 5 mg	OR	<i>Leukeran N</i>
Dacarbazina	Vial 100 mg	IV	<i>Dacarbazina Almirall, DTIC</i>
Estramustina	Caps 140 mg	OR	<i>Estracyt</i>
	Vial 300 mg	IV	
Ifosfamida	Vial 1 g	IV	<i>Tronoxal</i>
Melfalan	Comp 2 mg	OR	<i>Melfalan Wellcome N</i>
	Vial 50 mg	IV	<i>Melfalan iny</i>
Procarbazina	Caps 50 mg	OR	<i>Natulan</i>
Temozolamida	Caps.20 mg	OR	<i>Temodal</i>
	Caps 100 mg	OR	
	Caps 250 mg	OR	
Tiotepa	Amp 10 mg	IM,IV	<i>Onco Tiotepa</i>

L01B-ANTIMETABOLITOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Citarabina	Vial 100 mg	IV	<i>Citarabina Upjohn</i>
	Vial 500 mg	IV	
Fludarabina	Vial 50 mg	IV	<i>Beneflur</i>
Fluorouracilo (5FU)	Amp 250 mg/5 ml	IV,OR	<i>Fluoro Uracil</i>
Gemcitabina	Vial 200 mg	IV	<i>Gemzar</i>
	Vial 1 g	IV	
Mercaptopurina	Comp 50 mg	OR	<i>Mercaptopurina Wellcome</i>
Metotrexato (Ametopterina)	Vial 500 mg/20 ml	IV,IM,IT	<i>Metotrexato</i>
	Vial 1 g/40 ml		
Tioguanina	Comp 40 mg	OR	<i>Tioguanina Wellcome</i>
Raltitrexed	Vial 2 mg	IV	<i>Tomudex</i>

L01C-ANTINEOPLÁSICOS DE ORIGEN VEGETAL

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Docetaxel	Vial 80 mg/4ml	IV	<i>Taxotere N</i>
	Vial 20 mg/0,5 ml	IV	
Etopósido (VP-16)	Caps 50 mg	OR	<i>Vepesid, Lastet</i>
	Amp 100 mg/5ml	IV	
Paclitaxel	Vial 100 mg	IV	<i>Taxol</i>
Tenipósido (VM-26)	Amp 50 mg/5ml	IV	<i>Vumon</i>
Vinblastina	Vial 10 mg	IV	<i>Vinblastina N</i>
Vincristina	Vial 2mg/ 2 ml	IV	<i>Vincristina EFG</i>
Vindesina	Vial 5 mg	IV	<i>Enison N</i>
Vinorelbina	Vial 50 mg/5ml	IV	<i>Navelbine N</i>

L01D-ANTIBIÓTICOS CITOSTÁTICOS Y ANÁLOGOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amsacrina	Amp 75 mg	IV	<i>Amsacrina PD</i>
Bleomicina	Vial 15 mg	IV,IM	<i>Bleomicina Almirall N</i>
Dactinomicina (Actinomicina D)	Vial 0,5 mg	IV	<i>Lyovac Cosmegen ME</i>
Daunorrubicina	Vial 20 mg	IV	<i>Daunoblastina</i>
Doxorrubicina (Adriamicina)	Vial 50 mg/25 ml	IV	<i>Farmiblastina, Doxorrubicina</i>
Doxorrubicina liposomal (Adriamicina)	Vial 20 mg/10 ml	IV	<i>Caelyx N</i>
Epirubicina	Vial 50 mg/25 ml	IV	<i>Farmorubicina</i>
Idarrubicina	Vial 5 mg Vial 10 mg	IV IV	<i>Zavedos</i>
Mitomicina	Vial 10 mg	IV	<i>Mitomycin C</i>
Mitoxantrona	Vial 20 mg/10 ml	IV	<i>Novantrone</i> <i>Pralifan</i>

L01XA-Derivados del platino

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Carboplatino	Vial 150 mg/15ml Vial 450 mg/45 ml	IV IV	<i>Paraplatin; Nealorin, Ercar</i>
Cisplatino	Vial 10 mg/20 ml Vial 50 mg/100 ml	IV IV	<i>Placis, Cisplatino funk</i>

L01XC- Anticuerpos monoclonales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Rituximab	100 mg/10 ml 500 mg/50 ml	IV	<i>Mabthera N</i>
Trastuzumab	Comp 10 mg	IV	<i>Herceptin N</i>

L01XX-Otros citostáticos y agentes usados en oncología

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amifostina	Vial 500 mg	IV	<i>Ethyol N</i>
Asparaginasa de Escherichia Coli	Vial 10000 UI	IM,SC,IV	<i>Kidrolase N ME</i>
BCG	Vial 27 mg	Intravesical	<i>ImmuCyst BCG N</i>
Folinato Acido dl (1)	Vial 350 mg	IV	<i>Folidan IV</i>
Hialuronidasa	Vial 150 USP/1 ml	SC	<i>Hyason ME</i>
Hidroxiurea (Hidroxycarbamida)	Caps 500 mg	OR	<i>Hydrea</i>
Irinotecan	Vial 40 mg/2 ml Vial 100 mg/5 ml	IV IV	<i>Campto</i>
Imatinib mesilato	Comp 100 mg	OR	<i>Glivec</i>
Mesna	Amp 200 mg/2ml	IV	<i>Uromitexan</i>
Tretinoína	Amp 200 mg/2ml	IV	<i>Vesanoïd ME</i>

(1) Levo-Folínico (*Isovorin*) se considera equivalente terapéutico de Ácido Folínico. Consultar programa de intercambio.

L02-TERAPIA ENDOCRINA

L02AA-Estrógenos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fosfestrol	Comp 100 mg	OR	<i>Honvan</i>

L02AB-Progestágenos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Medroxi-progesterona	Comp 100 mg Comp 500 mg Vial 500 mg/2,5 ml	OR OR IM	<i>Farlutal</i> <i>Farlutal depot</i>
Megestrol acetato	Comp 160 mg Susp 200 mg/5ml/120 ml	OR OR	<i>Maygace</i> <i>Maygace altas dosis</i>

LO2AE-Análogos de hormonas liberadoras gonadotropinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Leuprolide	Vial 7,5 mg	IM	<i>Procrin depot, Ginecrin depot</i>
	Vial 3,75 mg/2 ml	IM	

LO2BA-Antiestrógenos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Tamoxifen	Comp 10 mg	OR	<i>Nolvadex, Tamoxifeno Funk, Megestren</i>

LO3-INMUNOMODULADORES

LO3AA-Estimulantes de colonias

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Lenograstim (rHug-CSF) (1)	Vial 263 mcg/1ml (33,6 millones U/1 ml)	SC, IV	<i>Euprotin N Granocyte N</i>

(1) Filgrastim (*G-CSF, Granulokine, Neupogen*), Molgramostim (*GM-CSF, Leucomax*) y Lenograstim (*rHUG-CSF, Granocyte*) se consideran equivalentes terapéuticos según el programa de intercambio aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

LO3AB-Interferones

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Interferón alfa 2b (1)	Vial 3 mill UI/1 ml Pluma 18 mill UI/3mSC, IM	SC, IM	<i>Intron A N</i>
Interferon alfa 2 a pegilado (Peg-interferon alfa 2 a) (2)	Jer 135 mcg Jer 180 mcg	SC	<i>Pegasys N</i>
Interferon alfa 2 b pegilado (Peg-interferon alfa 2 b) (2)	Vial 50 mcg Vial 80 mcg Vial 100 mcg Vial 120 mcg	SC	<i>Pegintron N</i>
Interferon beta 1-a	Vial 30 mcg Jeringa 6 mill UI (22 mcg)/0,5 ml	IM SC	<i>Avonex</i> <i>Rebif</i>
Interferon beta 1-b	Vial 0,25 mg	SC	<i>Betaferon N</i>

(1) Interferon alfa 2-b (*Intron A*) e Interferon alfa 2-a (*Roferon A*), se consideran equivalentes terapéuticos para la indicación.
(2) Peg Interferon alfa 2 a (*Pegasys*) y Peg Interferon alfa 2 b (*Pegintron*) se consideran equivalentes terapéuticos, ver información ampliada en nota 3

Nota 3.

Peg-interferon alfa 2 a y Peg-interferon alfa 2-b. Criterios de uso e intercambio terapéutico.

Comisión de Farmacia y Terapéutica 26-02-2003. Ver informe completo en Intranet

Genotipo 1: Los dos interferones pegilados disponibles (peginterferón alfa-2a y alfa-2b) se consideran equivalentes terapéuticos, y estarán sujetos a las condiciones de compra por concurso público. Se utilizará en pacientes con determinación de genotipo y carga viral previa y se valorará la continuación del tratamiento en función de la respuesta viral precoz. Se utilizará combinado a ribavirina (1000 o 1200mg/día) durante 48 semanas.

Genotipo 2-3: Se considera de uso preferente el peginterferón alfa-2a en base a los datos del ensayo de Fried. Se tratarán los pacientes durante 24 semanas con valoración de la respuesta viral precoz a las 12 semanas. La dosis de ribavirina será de 800mg/día.

LO3AC- Interleukinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aldesleukina	Vial 18.000.000	SC	<i>Proleukin N</i>

LO3AX- Otras citoquinas e inmunomodulares

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Glatiramer, acetato (1)	Vial 20 mg	SC	<i>Copaxone</i>

(1) Para pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple, estando su prescripción y seguimiento de uso, condicionado a la aprobación del Comité Balear de Esclerosis Múltiple y sujeta a revisión anual en base a la eficacia del tratamiento.

L04-INMUNOSUPRESORES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Azatioprina	Comp 50 mg	OR	<i>Imurel</i>
	Vial 50 mg/5 ml	IV	
Ciclosporina A	Amp 50 mg/1 ml	IV	<i>Sandimmun</i>
	Amp 250 mg/5 ml	IV	
	Sol 100 mg/ml 50 ml	OR	<i>Sandimmun neoral</i>
	Caps 100 mg	OR	
	Caps 50 mg	OR	
	Caps 25 mg	OR	
Infliximab	Vial 100 mg	IV	<i>Remicade</i>
Inmunoglobulina antilinfocitaria (GAL) (1)(2)	Amp 100 mg/5 ml	IV	<i>Linfoglobulina N</i>
Micofenolato	Caps 250 mg	OR	<i>Cellcept</i>
	Caps 500 mg	OR	
	Vial 500 mg	IV	
Tacrolimus	Caps 0,5 mg		
	Caps 1 mg	OR	<i>Prograf</i>
	Caps 5 mg	OR	
	Amp 5 mg/1ml	IV	

(1) Suero antilinfocitario policlonal de caballo. En la práctica se considera que una ampolla contiene 100 mg.

(2) Para casos especiales es posible disponer de: a) OKT3 ME - Muromonab-CD3 (*Orthoclone* amp 5 mg) que es suero antilinfocitario monoclonal. b) GAT-Timoglobulina (*Thymoglobuline* vial de 25 mg) que es suero antitímocítico policlonal, aunque suele haber problemas de suministro y disponibilidad. c) ATGAM - Inmunoglobulina antilinfocitaria que es globulina equina antitímocítica (*Atgam* amp 50 mg/5ml).

M-APARATO LOCOMOTOR

M01-ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

Ver en el grupo N02B otros analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos disponibles en el hospital

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Diclofenac	Amp 75 mg/3 ml	IM, IV	<i>Voltaren</i>
	Comp 50 mg	OR	
	Sup 100 mg	REC	
Ibuprofeno	Jbe 100 mg/5ml	OR	<i>Dalsy jarabe</i>
	Comp 400 mg	OR	<i>Neobrufen</i>
	Comp 600 mg	OR	
	Sobres 200 mg	OR	
Indometacina	Caps 25 mg	OR	<i>Inacid, Artrinovo</i>
	Sup 100 mg	REC	
Isonixina	Sup inf 200 mg	REC	<i>Nyxin</i>
Piroxicam	Caps 20 mg	OR	<i>Sasulen, Feldene 20, Vitaxicam,</i>
	Comp 20 mg	OR	<i>Feldene flas</i>
Rofecoxib (2)	Comp 12,5 mg	OR	<i>Vioxx</i>
	Comp 25 mg	OR	

(1) Otros medicamentos del grupo de los AINEs como por ejemplo: Ketoprofeno (*Arcental, Fastum, Orudis*), Naproxeno (*Naprosyn*), Aceclofenaco (*Airtal, Falcol, Gerbin*), Fenbufeno (*Cincopal*), Flurbiprofeno (*Froben*), Namebutona (*Dolsinal, Relif*), Tenoxicam (*Reutenox, Tilco-til*), Meloxicam (*Movalis*) y Tolmetin (*Artrocaptin*) son medicamentos no incluidos en la Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de los AINEs incluidos. Consultar programa de intercambio.

(2) Celecoxib (*Celebrex*) en artrosis y artritis reumatoidea, sustituir por Rofecoxib (*Vioxx*). Consultar programa de intercambio.

Nota 2.

COXIBS: Rofecoxib en artritis reumatoide y artrosis. No aprobado como analgésico en HSD.

Información básica. Noviembre 2002. Información completa en Intranet.

- Se aprueba incluir en guía el Rofecoxib, indicado en artritis reumatoide o artrosis, cuando hay factores de riesgo, según la SER y la NICE: -Historia de úlcera péptica o de hemorragia gastrointestinal;- terapia concomitante con anticoagulantes o corticoides;-mayores de 65 años que presenten otros factores de comorbilidad importante (diabetes, hepatopatía).

- No se aprueba para su uso como analgésico, por existir alternativas en la Guía del Hospital.

- Programa de Intercambio terapéutico (PIT): Se propone Rofecoxib y Celecoxib se mantengan como equivalentes terapéuticos en el PIT del hospital. Pacientes que ingresan en el hospital con un coxib para la indicación de artritis reumatoide o artrosis, se mantendrá tratamiento con Rofecoxib.

- Se redactarán unas recomendaciones prácticas sobre su uso para difundir en el hospital, con la participación Reumatología, Digestivo y Medicina Interna, quedando pendiente de evaluar los últimos artículos que desvirtúan la validez de los resultados de los ensayos clínicos.

MO2-ANTIREUMÁTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Diclofenac	Gel 1 % 60 g	TOP	<i>Voltaren emulgel</i>

(1) Los AINEs vía tópica se consideran equivalentes terapéuticos. El Servicio de Farmacia dispondrá uno u otro en función de la disponibilidad de productos en el hospital.

MO3-MIORRELAJANTES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Atracurio besilato	Amp 25 mg/2,5 ml	IV	<i>Tracrium N</i>
	Amp 50 mg/5 ml	IV	
Baclofeno	Comp 25 mg	OR	<i>Lioresal</i>
	Comp 10 mg	OR	
	Amp 0,05 mg/1 ml	Intratecal	
Cisatracurio	Amp 10 mg/5 ml	IV	<i>Nimbex</i>
	Amp 20 mg/10 ml	IV	
Diazepam	Amp 10 mg/2 ml	IM,IV	<i>Valium, Diazepam Prodes</i>
	Comp 500 mg	OR	<i>Robaxin</i>
Mivacurio	Amp 10 mg/5ml	IV	<i>Mivacron</i>
	Amp 20 mg /10 ml	IV	
Pancuronio bromuro	Amp 4 mg/2 ml	IV	<i>Pavulon N</i>
Suxametonio cloruro	Amp 100 mg/2 ml	IV	<i>Anectine N</i>
Vecuronio bromuro	Vial 10 mg/5 ml	IV	<i>Norcuron</i>

MO4-ANTIGOTOSOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alopurinol	Comp 300 mg	OR	<i>Zyloric</i>
	Comp 100 mg	OR	
Colchicina +Dicloverina	Comp 0,5 mg+5 mg	OR	<i>Colchimax</i>

M05-PREPARADOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ÓSEAS

M05BA- Bifosfonatos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clodronato (1)	Amp 300 mg/10 ml	IV	<i>Mebonat, Bonefos</i>
	Comp 400 mg	OR	
Pamidronato	Vial 90 mg	IV	<i>Aredia</i>
Zoledronato (2)	Vial 4 mg	IV	<i>Zometa</i>

(1) Alendronato (*Fosamax*) y Etidronato (*Difosfen*) están indicados en osteoporosis y son medicamentos no incluidos en Guía. Se consideran sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. La Comisión de Farmacia y Terapéutica recomienda suspender el tratamiento durante la estancia hospitalaria.

Nota 2.**ZOLEDRONATO en Hipercalemia Inducida por Tumor**

Información básica. 15-04-2002. Información completa en Intanet.

Indicación clínica formalmente aprobada en España:

Tratamiento de la hipercalemia inducida por tumor (HIT). Se entiende por HIT una concentración de calcio corregida respecto a albúmina de ≥ 12 mg/dl (3 mmol/l)

Resumen aspectos más significativos:

Eficacia en HIT. Zoledronato es algo más eficaz que Pamidronato en HIT, según dos ensayos clínicos publicados con un número de pacientes limitado. No se dispone de estudios comparativos directos con Clodronato.

Seguridad en HIT: Zoledronato presenta mayor porcentaje de efectos secundarios que Pamidronato, en general y sobre todo a nivel renal 16,3% vs 9,7 %, aunque no llegan a ser diferencias estadísticamente significativas, y el informe de la EMEA y diferentes revisiones consideran que son de seguridad similar. Hay que hidratar bien al paciente y vigilar función renal.

Coste en HIT. Aproximadamente un 33 % más caro por dosis respecto a Pamidronato y algo más respecto a Clodronato.

Condiciones de administración. Zoledronato se administra en Infusión de 15 minutos vs infusión de 2 h de Pamidronato y 2 h como mínimo de Clodronato. Es por tanto más cómodo para enfermería y el paciente.

- Otras indicaciones (Paget, metástasis óseas cancer de mama, mieloma múltiple, osteoporosis) mantener Pamidronato u otros fosfonatos. Pendiente de evaluación.

GRUPO N- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

N01-ANESTÉSICOS

N01AB-Anestésicos generales por inhalación (Hidrocarburos halogenados)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Halotano	Fco 250 ml	INH	<i>Fluothane</i>
Isoflurano	Fco 100 ml	INH	<i>Forane, Isoflurano Inibsa</i>
Sevoflurano	Fco 250 ml	INH	<i>Sevorane</i>

N01AF-Barbitúricos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Pentobarbital sódico	Amp 30 mg/1 ml	IV	<i>Pentobarbital Sódico Farmacia Moll</i>
	Vial 500 mg/50 ml (1)	IV	<i>Pentobarbital 1 % Farmacia Moll</i>
	Vial 2500 mg/50ml (1)	IM, IV	<i>Pentobarbital 5 % Farmacia Carreras</i>
Tiopental sódico	Vial 500 mg	IV	<i>Pentothal sódico</i>
			<i>Tiopental sódico</i>
			<i>Tiobarbital sódico</i>

(1) Para uso en infusiones de UCI

N01AH-Anestésicos opiáceos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alfentanilo	Amp 1 mg/2 ml	IV	<i>Fanaxal, Limifen CE</i>
Fentanilo	Amp 0,15 mg/3 ml	IV,IM	<i>Fentanest CE</i>
Fentanilo+Droperidol	Amp 0,15 mg + 7,5 mg/3 ml	IV,IM	<i>Thalamonal CE</i>

CE: Control Estupefacientes

N01AX-Otros anestésicos generales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Etomidato	Amp 20 mg/10 ml	IV	<i>Hypnomidate, Sibul</i>
Ketamina	Vial 50 mg/10 ml	IM,IV	<i>Ketolar</i>
Propofol	Amp 200 mg/20 ml	IV	<i>Lipuro 1% Braun</i>

NO1B-Anestésicos locales

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bupivacaína	Amp 25 mg/10 ml	--	<i>Svedocain s/v 0,25%</i>
	Amp 50 mg/10 ml	--	<i>Svedocain s/v 0,5%</i>
	Amp 75 mg/10 ml	--	<i>Bupivacaína s/v 0,75%</i>
Bupivacaína hiperbara	Amp 10 mg/2 ml	--	<i>Bupivacaína Hiperbara 0,5% Braun</i>
Bupivacaína+Epinefrina(2)	Amp 25mg + 0,05 mg/10 ml	--	<i>Svedocain 0,25% c/v</i>
	Amp 50mg + 0,05 mg/10ml	--	<i>Svedocain 0,5% c/v</i>
	Amp 72mg+9mg/1,8 ml	--	<i>Ultracain 0,5% Epin.</i>
Carticaína(1)+Epinefrina(2)	Amp 72mg+18mg/1,8 ml	--	<i>Ultracain 1% Epin.</i>
Lidocaína	Amp 100 mg/10 ml	--	<i>Lidocaína 1% S/N</i>
	Amp 40 mg/2 ml	--	<i>Lincaína 2% S/N</i>
	Amp 500 mg/10 ml	TOP	<i>Lidocaína 5% S/N</i>
	Aerosol 10 %	TOP	<i>Xylocaína Aerosol</i> <i>Xilonibsa</i>
	Gel 20 g		<i>Xylocaína gel acordeon</i>
Lidocaína hiperbara	Amp 100 mg/2 ml	--	<i>Lidocaína 5% Hiperbara</i>
Mepivacaína	Amp 100 mg/10 ml	--	<i>Mepivacaína S/A 1%</i>
	Amp 40 mg/2 ml	--	<i>Mepivacaína S/A 2%</i>
	Amp 200 mg/10 ml	--	<i>Mepivacaína S/A 3% (6)</i>
	Amp 60 mg/2 ml	--	<i>Scandinibsa 3%</i>
Procaína(4)+Epinefrina(2)	Amp 200 mg +0,125mg/10 ml	--	<i>Anestesia local C/A</i>
Tetracaína(5)	Vial 500 mg/50 ml	--	<i>Ametocaína tópica 1% S/A</i>
Tetracaína+Epinefrina(2)	Vial 500 mg +5mg/50 ml	--	<i>Ametocaína tópica 1% C/A</i>

(1) Carticaína=Articaína. (2) Epinefrina=Adrenalina. (3) Norepinefrina=Noradrenalina.

(4) Procaína=Novocaína. (5) Tetracaína=Ametocaína. (6) Uso exclusivo servicio de maxilo.

NO2-ANALGÉSICOS

NO2A-Analgésicos narcóticos (Opioides)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Buprenorfina	Comp 0,2 mg	SL	<i>Buprex CE</i>
	Amp 0,3 mg/1 ml	IM, IV	
Codeína	Comp 28 mg	OR	<i>Codeisan</i>
Dihidrocodeína (Hidrocodona)	Comp 60 mg	OR	<i>Contugesic</i>
Fentanilo (2)	Parche 2,5 mg (3)	TOP	<i>Durogesic 25</i>
	Parche 5 mg (3)	TOP	<i>Durogesic 50</i>
	Parche 10 mg (3)	TOP	<i>Durogesic 100</i>
Metadona	Amp 10 mg/1 ml	SC, IM	<i>Metasedin CE</i>
	Comp 5 mg	OR	
	Comp 40 mg	OR	
Morfina cloruro	Amp 10 mg/1 ml	SC, IV, IM	<i>Cloruro Mórfico Braun 1% CE</i>
	(sin conservantes)	SC	<i>Morfina Braun 2 % s/c CE</i>
	Vial 400 mg/20 ml	IV, IM	<i>Morfina Braun 4 % s/c CE</i>
	(vial multidosis, sin conservantes)	Amp 10 ml.	IV, IM
Morfina clorhidrato	Jbe 10 mg/ml	OR	<i>Brompton FM CE</i>
Morfina sulfato	Comp 10 mg	OR	<i>Sevredol CE (1)</i>
	Comp 20 mg	OR	
Morfina sulfato retard	Comp 10 mg	OR	<i>MST Continus CE</i>
	Comp 30 mg	OR	
	Comp 60 mg	OR	
	Comp 100 mg	OR	
Petidina (Meperidina)	Amp 100 mg/2 ml	SC, IM, IV	<i>Dolantina CE</i>
Tramadol	Caps 50 mg	OR	<i>Adolonta, Tralgiol</i>
	Amp 100 mg/2 ml	SC, IM, IV	

CE: Control de estupefacientes.

(1) Comprimidos ranurados. (2) Uso restringido para tratamiento del dolor crónico.

(3) Los parches de 2,5, 5 y 10 mg liberan respectivamente 25, 50 y 100 mcg/h durante 72 h.

NO2B-Analgésicos no narcóticos y antipiréticos

Ver en grupo MO1 otros analgésicos no narcóticos y antipiréticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acetilsalicilato de lisina (1)	Sobres 1,8 g Vial 900 mg/5 ml	OR IM,IV	<i>Inyesprin oral forte</i> <i>Inyesprin iny</i>
Acido Acetilsalicílico	Comp 500 mg Comp 300 mg Comp 125 mg	OR OR OR	<i>Ácido Acetilsalicílico, Adiro, Aspirina</i> <i>Aspirina infantil</i>
Ketorolaco	Comp 10 mg Amp 30 mg/1 ml	OR IV, IM	<i>Droal, Toradol</i>
Metamizol (Dipirona) (Noramidopirina)	Amp 2000 mg/5 ml Caps 575 mg Sup 1 g Sup 500 mg	IV,IM,OR OR REC REC	<i>Nolotil, Lasain</i>
Paracetamol	Comp 500 mg Gts 100 mg/ml (2) Sup 150 mg Sup 250 mg Vial 1 g/100 ml	OR OR REC REC IV	<i>Termalgin, Dolgesic, Gelocatil (650 mg)</i> <i>Apiretal</i> <i>Febrectal Lactante</i> <i>Melabon Infantil</i> <i>Perfalgan</i>
Paracetamol+Codeína	Comp 300mg +15mg	OR	<i>Termalgin Codeína</i>

(1) 1,8 g de Acetilsalicilato de lisina=1g de Acido Acetil Salicílico.

(2) 1 gota=4 mg

(3) Propacetamol es un precursor del Paracetamol. Propacetamol 1 g libera Paracetamol 500 mg.

NO2C-Antimigrañosos (1)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Dihidroergotamina	Comp 1 mg	OR	<i>Dihyergot</i>
Ergotamina +Cafeína	Comp 1 mg+100 mg	OR	<i>Cafergot</i>
Ergotamina asociada	Sup Belladona 0,25 mg + Butalbital 100 mg + Cafeína 100 mg + Ergotamina 2 mg	REC	<i>Cafergot PB</i>
Sumatriptan (1)	Jer autoiny 6 mg/0,5 ml	SC	<i>Imigran</i>

(1) Puede solicitarse mediante petición justificada por el Servicio de Neurología.

(2) Naratriptan (*Naramig*), Zolmitriptan (*Zomig*), Sumatriptan oral o inhalado (*Imigran*), Rizatriptan (*Maxalt*) son medicamentos no incluidos en Guía. En caso de indicarse se recomienda emplear Rizatriptan comprimidos liotaps (*Maxalt*), consultar programa de equivalentes terapéuticos.**NO3-ANTIPILEPTICOS****NO3AA-Barbitúricos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fenobarbital	Amp 200 mg/1 ml Comp 15 mg Comp 100 mg	IM OR OR	<i>Luminal</i> <i>Luminaletas</i> <i>Luminal 0,1</i>

NO3AB-Hidantoínas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fenitoína sódica	Comp 100 mg Caps 100 mg Jbe 125 mg/5 ml Vial 250 mg/5 ml	OR OR OR IV, IM	Neosindantoína Epanutin Fenitoína Rubió

NO3AD-Carboxamidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Carbamazepina	Comp 200 mg	OR	<i>Tegretol</i>

N03AE-Benzodiazepinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clobazam	Comp 10 mg	OR	<i>Noiafren</i>
	Comp 20 mg	OR	
	Noiafren		
Clonazepam	Amp 1 mg/2 ml	IM, IV	<i>Rivotril</i>
	Comp 0,5 mg	OR	
	Comp 2 mg	OR	
	Gts 2,5 mg/ml (1)	OR	
Diazepam	Amp 10 mg/2 ml	IM, IV	<i>Valium, Diazepam</i>
	Comp 5 mg		
	Comp 10 mg	REC	<i>Stesolid</i>
	Microenema 5 mg		

(1) 1 gota=0,1 mg

N03AG-Ácidos grasos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Valproico Ácido	Comp 200 mg	OR	<i>Depakine</i>
	Comp 500 mg	OR	
	Sol 200 mg/ml	OR	
	Vial 400 mg	IV	<i>Depakine iny</i>
Vigabatrina	Comp 500 mg	OR	<i>Sabrilix</i>
	Sobres 500 mg	OR	

N03AX-Otros antiepilépticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Gabapentina	Cap 300 mg	OR	<i>Neurontin</i>
	Cap 400 mg	OR	
Lamotrigina	Comp 100 mg	OR	<i>Lamictal</i>
	Comp 200 mg	OR	

(1) Primidona (Mysoline), Tiagabina (Gabitril), Topiramato (Topamax), se recomienda seguir con el mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

N04-ANTIPARKINSONIANOS

N04A-Anticolinérgicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Biperideno	Amp 5 mg/1 ml	IM, IV	<i>Akineton</i>
	Comp 2 mg	OR	
Biperideno retard	Comp 4 mg	OR	<i>Akineton Retard</i>
Trihexifenidilo	Comp 2 mg	OR	<i>Artane</i>

N04B-Dopaminérgicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Apomorfina	Pluma 30 mg/3 ml	SC	<i>Apo Go Pen</i>
Bromocriptina	Comp 2,5 mg	OR	<i>Parlodel</i>
Levodopa + Benserazida	Comp 200mg +50mg	OR	<i>Madopar</i>
Levodopa +Carbidopa	Comp 250mg +25mg	OR	<i>Sinemet</i>
	Comp 100mg +25mg	OR	<i>Sinemet plus</i>
Levodopa +Carbidopa retard	Comp 200 mg+50mg	OR	<i>Sinemet retard</i>
	Comp 100 mg+25mg	OR	<i>Sinemet plus retard</i>
Pergolida	Comp 50 mcg	OR	<i>Pharken</i>
	Comp 250 mcg	OR	<i>Selegilina</i>
	Comp 1 mg	OR	
	Comp 5 mg	OR	<i>Plurimen</i>

N05-PSICOLÉPTICOS

N05A- Neurolépticos (Antipsicóticos)

N05AA-Fenotiazinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clorpromazina (6)	Amp 25 mg/5 ml	IM, IV	<i>Largactil</i>
	Comp 25 mg	OR	
	Comp 100 mg	OR	
	Gts 40 mg/ml (1)	OR	
Levomepromazina	Amp 25 mg/1 ml	IM	<i>Sinogan</i>
	Gts 40 mg/ml (3)	OR	
	Comp 25 mg	OR	
	Comp 100 mg	OR	
Perfenazina	Comp 8 mg	OR	<i>Decentan</i>
Pipotiazina	Amp 100 mg/4 ml	IM	<i>Lonseren</i>
Tioridazina	Comp 50 mg	OR	<i>Meleril</i>
	Gts 30 mg/ml (4)	OR	
	Comp 200 mg	OR	
Trifluoperazina (5)	Comp 5 mg	OR	<i>Eskazine</i>

N05AD-Butirofenonas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Haloperidol	Amp 5 mg/1 ml	IM	<i>Haloperidol</i>
	Gts 2 mg/ml (2)	OR	
	Comp 10 mg	OR	

N05AF-Tioxantenos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Zuclopentixol	Amp 50 mg/1 ml	IM	<i>Clopixol acufase, Cisordinol acufase</i>
	Amp 200 mg/1 ml	IM	

N05AL-Benzamidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL	
Sulpiride	Comp 50 mg	OR	<i>Dogmatil, Tepavil</i>	
	Comp 200 mg	OR		<i>Dogmatil forte</i>
	Amp 100 mg/2 ml	IM		
Tiaprida	Amp 100 mg/2 ml	IM, IV	Tiaprizal	
	Comp 100 mg	OR		

N05AX-Antipsicóticos atípicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clotiapina	Comp 40 mg	OR	<i>Etumina</i>
Clozapina	Comp 100 mg	OR	<i>Leponex</i>
Olanzapina	Comp 5 mg	OR	<i>Zyprexa</i>
	Comp 10 mg	OR	
Risperidona	Comp 1 mg	OR	<i>Risperdal</i>
	Comp 3 mg	OR	
	Comp 6 mg	OR	
	Sol 1 mg/ml 30 ml	OR	

(1) 1 gota=1 mg.

(2) 1 gota=0,1 mg.

(3) 1 gota=1 mg.

(4) 1 gota= 1 mg.

(5) Trifluoperazina 2 mg (*Eskazine*) es una presentación no incluida en la Guía. Puede sustituirse por Trifluoperazina 5 mg. Consultar programa de sustituciones.(6) Clorpromazina 25 mg + Heptaminol 25 mg + Trihexifenidilo 1 mg (*Largatex 25*) es un medicamento no incluido en Guía. Puede sustituirse por Clorpromazina 25 mg. *Largatex 100* puede sustituirse por Clorpromazina 100 mg. Consultar programa de sustituciones.(7) Pimozida 1 mg (*Orap*) es un medicamento no incluido en Guía. Se recomienda suspender mientras el paciente esté ingresado. Consultar programa de sustituciones.

N05AN-Litio y medicamentos trastorno bipolar

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Litio carbonato	Comp 400 mg	OR	<i>Plenur</i>
Carbamazepina	Comp 200 mg	OR	<i>Tegretol</i>

N05B-Ansiolíticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alprazolam	Comp 0,25 mg	OR	<i>Trankimazin</i>
	Comp 0,5 mg	OR	
	Comp 1 mg	OR	
Clorazepato dipotásico	Sobres de 2,5 mg	OR	<i>Tranxilium pediát</i>
	Caps 5 mg	OR	<i>Tranxilium</i>
	Caps 10 mg	OR	
	Caps 15 mg	OR	
	Comp 50 mg	OR	
	Vial 20 mg/2 ml	IM,IV	
	Vial 50 mg/2,5 ml	IM,IV	
Diazepam (1)	Amp 10 mg/ 2 ml	IM,IV	Diazepam Prodes
	Comp 5 mg	OR	Valium
	Comp 10 mg	OR	

(1) Ketazolam (*Sedotime*) se considera equivalente terapéutico de Diazepam.

N05C-Hipnóticos y sedantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clometiazol (1)	Caps 192 mg	OR	<i>Distraneurine</i>
Flurazepam (2)	Caps 30 mg	OR	<i>Dormodor</i>
Hidrato de cloral	Jbe 50 mg/ml	OR	<i>Hidrato de Cloral FM</i>
	Enema 100 mg/ml	REC	
Lorazepam (3)	Comp 1 mg	OR	<i>Orfidal</i>
Lormetazepam	Comp 2 mg	OR	<i>Loramet, Noctamid</i>
Midazolam	Amp 15 mg/3 ml	IM,IV	<i>Dormicum</i>
Zolpidem (4)	Comp 10 mg	OR	<i>Stilnox</i>

(2) Flunitrazepam (*Rohipnol*) se considera equivalente terapéutico de Flurazepam. (3) Bromazepam (*Lexatin*) se considera equivalente terapéutico de Lorazepam. (4) Zopiclona (*Limovan*) y Midazolam comp (*Dormicum comp*) se consideran equivalentes terapéuticos del Zolpidem. Consultar programa de equivalencias.

Nota 1:

Distraneurine (Clometiazol) solución inyectable ha dejado de fabricarse y no está disponible en nuestro país. Nota de Farmacia 2f-02-2001.

ALTERNATIVAS A CLOMETIAZOL (*Distraneurine*) vía parenteral en *Delirium tremens* y *síndrome agudo de privación alcohol*:
 a) *Diazepam (Valium 10 mg iny)*: -En Protocolos de Urgencias H. Sant Pau: *Delirium tremens*: Diacepan EV, 10 mg iniciales y 5 mg/5min hasta conseguir sedación. Después seguir con 5 mg a periodos variables, según disminuya la sedación del paciente, o infusión continua a 2-20 mg/h según necesidades. Disminución de 25 % diario, hasta supresión.

-Ficha técnica de Valium: En pacientes con *privación alcohólica* es útil para el alivio de la excitación, el pánico, el temblor y las alucinaciones (*delirium tremens*).

Pacientes con *privación alcohólica*: 10 mg IM o IV. En caso necesario a las 3-4 horas, 5-10 mg (otra pauta: 0,1-0,3 mg/kg IV repetidos cada 8 horas, hasta cese de los síntomas). Luego, tratamiento oral.

b) *Clorazepato (Tranxilium Inyectable vial 20 mg, vial 50 mg)* -Ficha técnica *Tranxilium*: Vías de administración: parenteral (intramuscular, intravenosa directa o perfusión). La posología varía según la intensidad de los síntomas. Las dosis habituales oscilan entre 40 y 60 mg/día, repartidos en 2-3 inyecciones. En psiquiatría y estados de agitación (etílicos), de 100 a 300 mg/día. Las dosis pueden modificarse, a juicio del médico, en función de la enfermedad.

c) *Midazolam (Dormicum amp 15 mg/3 ml, amp 5mg/5ml)*. Indicación no formalmente aprobada, pero algunas publicaciones lo consideran una alternativa. Tiene una semivida de eliminación más corta que diazepam y clorazepato. Escasa información disponible.

d) *Lorazepam, Clordiazepóxido*, No disponibles en España vía parenteral.

N06-PSICOANALÉPTICOS

N06A-Antidepresivos

N06AA-Antidepresivos inhibidores no selectivos de monoaminas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amitriptilina	Comp 10 mg	OR	<i>Tryptizol</i>
	Comp 25 mg	OR	
	Comp 75 mg	OR	
Clomipramina (Clorimipramina)	Amp 25 mg/2 ml	IM	<i>Anafranil</i>
	Comp 10 mg	OR	
	Comp 25 mg	OR	
	Comp 75 mg	OR	
Imipramina	Comp 10 mg	OR	<i>Tofranil</i>
	Comp 25 mg	OR	
	Caps 75 mg	OR	
Maprotilina	Comp 10 mg	OR	<i>Ludiomil</i>
	Comp 25 mg	OR	
	Comp 75 mg	OR	

NO6AB-Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fluoxetina (1)	Caps 20 mg	OR	<i>Prozac, Fluoxetina</i>
	Sol 20 mg/5 ml	OR	

(1) Otros antidepressivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como los fármacos: Fluvoxamina (*Dumirox*), Paroxetina (*Seroxat*), Sertralina (*Besitran*) y Citalopram (*Seropram*) no están incluidos en la Guía. Cuando un paciente ingresa con un tratamiento de origen ambulatorio se considera adecuado seguir con el mismo tratamiento mientras el paciente permanezca ingresado. Consultar programa de intercambio terapéutico.

NO6AF-Antidepresivos Inhibidores no selectivos de la MAO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fenelzina	Comp 15 mg	OR	<i>Nardelzine</i>

NO6AX-Otros antidepressivos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Mianserina	Comp 30 mg	OR	<i>Lantanon</i>
Mirtazepina	Comp 30 mg	OR	<i>Rexer</i>
Trazodone	Comp 100 mg	OR	<i>Deprax</i>
	Amp 50 mg/5 ml	IV	
Venlafaxina	Comp 37,5 mg	OR	<i>Dobupal, Vandal</i>

NO6B-Psicoestimulantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Piracetam	Amp 1 g/5 ml	IV, IM	<i>Nootropil, Ciclofalina</i>
	Comp 800 mg	OR	

NO6C-Combinaciones de Psiclépticos y Psicoanalépticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Amitriptilina +Perfenazina	Comp 25 mg + 2 mg	OR	<i>Mutabase 2-25</i>
	Comp 25 mg + 4 mg	OR	<i>Mutabase 4-25</i>

NO7-OTROS FARMACOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO**NO7AA-Anticolinesterásicos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Neostigmina bromuro	Amp 0,5 mg/1 ml	SC, IM, IV	<i>Prostigmine, Neostigmine Braun</i>
Piridostigmina bromuro	Comp 60 mg	OR	<i>Mestinon</i>

NO7AX-Otros

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Naltrexona	Comp 50 mg	OR	<i>Celupan</i>
Riluzol (1)	Comp 50 mg	OR	<i>Rilutek</i>

(1) Medicamento controlado. Se suministra por petición especial e individualizada del servicio de Neurología. El paciente debe ser formalmente informado de los beneficios y riesgos del fármaco.
 (2) Donezepilro (*Aricept*), Tacrina (*Cognex*), Rivastigmina (*Exelon, Prometax*), se recomienda mantener el mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.
 (3) Acamprosat (*Campral, Zulex*), Carbimida (*Colme*), Disulfiram (*Antabus*), Tetrabramato (*Sevrium*), se recomienda mantener el mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

GRUPO P-PARASITOSIS

P01-ANTIPROTOZOARIOS

P01A-Amebicidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Metronidazol	Comp 250 mg	OR	<i>Flagyl, Tricowas B</i>
	Jbe 200 mg/5 ml	OR	
Paromomicina	Jbe 125 mg/5 ml	OR	<i>Humatin</i>

P01B-Antipalúdicos (Antimaláricos)

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cloroquina difosfato	Comp 250 mg	OR	<i>Resochin</i>
	(equivalentes a 150 mg de Cloroquina base)		
Mefloquina clorhidrato	Comp 250 mg	OR	<i>Lariam ME</i>
Pirimetamina	Comp 25 mg	OR	<i>Daraprim</i>
Pirimetamina + Sulfadoxina	Comp 500 mg	OR	<i>Fansidar ME</i>
Praziquantel	Comp 600 mg	OR	<i>Biltricide ME</i>
Quinina clorhidrato (2)	Amp 600 mg/2 ml	IV	Quinina clorhidrato FF de quinina base en 10 ml
Quinina sulfato (1)	Caps 100 mg	OR	Quinina sulfato
	Caps 200 mg	OR	FM
	Caps 300 mg	OR	

(1) 100 mg de quinina sulfato equivalen a 83 mg de quinina anhidra.

(2) 100 mg de quinina formiato equivalen a 88 mg de quinina anhidra.

P01C-Lehismanicidas y tripanosomicidas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Meglumina antimoniato	Amp 1500 mg/5 ml	IM IV	Glucantime (85 mgSb/ml)
Pentamidina	Vial 300 mg	IM,IV,INH	<i>Pentacarinat</i>

P02-ANTHELMÍNTICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Albendazol	Comp 400 mg	OR	<i>Eskazole</i>
Mebendazol	Comp 100 mg	OR	<i>Lomper</i>
	Susp 100 mg/5 ml	OR	
	Comp 500 mg	OR	<i>Mebendazol 500 mg</i>

P03-ESCABICIDAS Y ECTOPARASITIDAS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Lindane (1)	Sol 10 mg/ml	TOP	<i>Lindane 1% FM</i>
Fenotrin	Sol 4 mg/ml	TOP	<i>Mitigal plus champú</i>
Permetrina (1)	Crema 1 %	TOP	<i>Nix crema</i>
	Crema 5 %	TOP	<i>Permetrina 5 % crema</i>

(1) Permetrina es de elección para tratamiento de *Pediculus humanus* (Piojos), *Phthirus pubis* (Ladillas) y *Sarcoptes scabiei* (Sarna). Consultar pautas básicas de tratamiento de cada ectoparasitosis. Lindane no debe utilizarse en niños ni en mujeres embarazadas o en período de lactancia. La permetrina tópica pertenece a la categoría B de la FDA (Es un fármaco relativamente seguro en las embarazadas).

GRUPO R-APARATO RESPIRATORIO

R01-DESCONGESTIONANTES NASALES

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Xilometazolina	Nebul 1 mg/1 ml	Nasal	<i>Otrivin</i>
Sodio cloruro	Amp 90 mg/10 ml	Nasal	<i>Suero fisiológico</i>

R02-DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS FARÍNGEOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Clorhexidina +Benzocaína	Comp 5 mg+2 mg	TOP	<i>Hibitane Oral</i>
Clorhexidina	Sol 10 mg/12 ml	TOP	<i>Cariax</i>

R03-FÁRMACOS PARA ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS PULMONARES

R03A-Adrenérgicos vía inhalatoria

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Salbutamol (1)	Aerosol 100 mcg/puf (200 dosis)	INH	<i>Ventolín inhalador</i>
	Sol resp 50mg/10 ml	INH	<i>Ventolín solución respirador</i>
Salmeterol(2)	Aerosol 25 mcg/puf (60 dosis)	INH	<i>Serevent</i>
Terbutalina polvo inhalado	Aerosol 500 mcg/puf (200 dosis)	INH	<i>Terbasmin turbuhaler</i>

(1) Fenoterol inhalado (*Berotec*) es un medicamento no incluido en Guía. Se considera equivalente terapéutico de Salbutamol (*Ventolín*). Consultar programa de equivalencias.

(2) Salmeterol+Flucitasona (*Seretide accuhaler, Anasma accuhaler*) se recomienda mantener mismo tratamiento mientras el paciente está ingresado.

R03BA-Glucocorticoides vía inhalatoria

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Budesonida (1)	Aerosol 50 mcg/puf (200 dosis)	INH	<i>Pulmicort aerosol</i>
	Susp resp 1 mg/2 ml	INH	<i>Pulmicort suspensión nebulizador</i>
Budesonida polvo inhalado	Fco 200 mcg/puf (100 dosis)	INH	<i>Pulmicort turbuhaler</i>
	Fco 400 mcg/puf (100 dosis)	INH	

(1) Beclometasona inhalada (*Becló asma, Becotide* se considera equivalente terapéutico de Budesonida (*Pulmicort*). Consultar programa de equivalencias.

R03BB-Anticolinérgicos vía inhalatoria

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Ipratropio bromuro	Aerosol 20 mcg/puf (300 dosis)	INH	<i>Atrovent</i>
	Sol resp amp 250 mcg/2ml	INH	<i>Atrovent monodosis</i>
Tiotropio, bromuro (1)	18 mcg/cápsula (dispositivo Handihaler)	INH	<i>Spiriva</i>

Nota 1

Condiciones de uso Tiotropio en HSD (12-11-2003)

1-PACIENTES QUE INGRESARON CON REAGUDIZACIÓN DE EPOC Y EN LOS QUE SE PRESCRIBE TIOTROPIO 48 HORAS ANTES DEL ALTA

- Pacientes con EPOC moderado-grave ingresado, con el fin de dispensar el fármaco en el momento del alta hospitalaria, para facilitar la educación y cumplimiento del paciente.
- Indicación de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica de sociedades científicas, y protocolos de atención primaria que se establezcan en nuestra comunidad

Condiciones de uso :

Pacientes con diagnóstico comprobado de EPOC (clínica i espirometría) y con un FEV1 < 50 % o con clínica significativa. Los estadios y escalas de disnea para los que se aprueba son los siguientes:

- Pacientes en estadio GOLD IIA , es decir con FEV1 50-80 % y además MRC+2 (*Ver nota)
- Pacientes en estadio GOLD IIB, es decir con FEV1 30-50%
- Pacientes en estadio GOLD III.

*Nota: Pacientes en estadio GOLD IIA con MRC 1 si la disnea interfiere en les actividades de la vida diaria, a pesar de tratamieto correcto y/o con dificultades de cumplimiento terapéutico, ejemplo horarios laborales.

Escala de disnea MRC: MRC 0 = Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso. MRC 1 = Disnea al caminar rápido o al subir una pendiente muy pronunciada. MRC 2 = Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminado en llano debido a dificultad respiratoria, o bien tener que pararse a descansar al caminar en llano caminando al propio paso. MRC 3 = Tener que pararse para descansar al caminar unos 100 m o a los pocos minutos de caminar en llano al propio paso. MRC 4 = La disnea impide al paciente salir de casa o ésta aparece con actividades como vestirse y desvestirse.

2-PACIENTES QUE INGRESAN EN SERVICIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CON TRATAMIENTO CRÓNICO AMBULATORIO DE TIOTROPIO POR PROBLEMAS NO RELACIONADOS CON PROCESOS RESPIRATORIOS

*Seguir mismo tratamiento con Tiotropio, si cumplen condiciones anteriores establecidas. Sino cambiar a Ipratropio

R03C- Adrenérgicos vía sistémica

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Salbutamol (Albuterol)	Amp 0,5 mg/1 ml Comp 2 mg Jbe 2,4 mg/5 ml	SC, IM, IV OR OR	<i>Ventolin</i>

R03DA-Xantinas

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Teofilina	comp 73 mg Sol 81,8 mg/5 ml Amp 193,2 mg/10 ml	OR OR IV	<i>Eufilina</i> <i>Eufilina solución</i> <i>Eufilina venosa</i>
Teofilina retard (1)	Comp 200 mg Comp 300 mg	OR OR	<i>Theo Dur Vent retard</i>

(1) *Theo Dur* son comprimidos ranurados por la mitad, se pueden partir pe

R05-EXPECTORANTES Y ANTITUŚGENOS

R05C-Expectorantes y Mucolíticos

Existen mecanismos fisiológicos o para eliminar la mucosidad bronquial: la tos y el transporte mucociliar. Una buena hidratación del enfermo facilita la fluidificación de la mucosidad y la acción de los mecanismos fisiológicos. El agua en forma de vahos produce un efecto demulcente y humectante, disminuyendo la viscosidad del esputo.

En general los expectorantes y mucolíticos no han demostrado eficacia por vía sistémica.

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acetilcisteína	Amp 300 mg/3 ml Sobres 200 mg	IM,IV,INH OR	<i>Fluimucil, Flumil</i>
Dornasa alfa (1)	Amp 2,5 mg/2,5 ml	INH	<i>Pulmozyme N</i>
Mesna (2)	Amp 600 mg/3 ml	INH	<i>Mucofluid</i>

(1) Uso restringido para pacientes de fibrosis quística.

(2) Uso exclusivo para la desobstrucción de tubos endotraqueales en UCI.

R05D-Antitusivos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Codeína	Comp 28,7 mg	OR	<i>Codeisan</i>
Dextrometorfano	Gts 15 mg/ml 20 ml (1)	OR	<i>Romilar</i>

(1) 1 ml= 20 gotas.

RO6-ANTIHIISTAMÍNICOS SISTÉMICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cetirizina (1)	Comp 10 mg	OR	<i>Alersilin, Virlix, Voltric, Zyrtec</i>
Dexclorfeniramina	Amp 5 mg/1 ml	IV,IM	<i>Polaramine</i>
	Comp 2 mg	OR	
	Jbe 2 mg/5 ml	OR	
	Comp 6 mg	OR	<i>Polaramine repetabs</i>
Difenhidramina	Caps 25 mg	OR	<i>Benadryl</i>
Dimenhidrinato	Comp 50 mg	OR	<i>Biodramina</i>
	Sup 100 mg	REC	<i>Biodramina supos ad</i>
Hidroxicina	Comp 25 mg	OR	<i>Atarax</i>
	Jbe 10 mg/5 ml	OR	
Ketotifeno	Comp 1 mg	OR	<i>Zasten</i>
	Sol 1 mg/5 ml	OR	
Prometazina (4)	Amp 50 mg/2 ml	IM,IV	<i>Frinova</i>

(1) Los antihistamínicos de segunda generación (*Astemizol, Terfenadina, Loratidina, Ebastina y Cetirizina*) son menos sedantes y presentan menos efectos anticolinérgicos que los clásicos. Sin embargo pueden producir arritmias, especialmente en caso de interacciones con determinados antifúngicos, macrólidos y otros. Se recomienda precaución de uso. Dentro del grupo, Astemizol y Terfenadina parecen presentar mayor riesgo cardiovascular.

(2) Ebastina (*Ebastele*), Loratidina (*Civeran*), Fexofenadina (*Telfast*), Mizolastina (*Mistamine, Mizolen*) se consideran equivalentes terapéuticos de Cetirizina (*Voltric, Virlix, Zyrtec*). Consultar programa de sustituciones.

(3) Astemizol (*Paralergin, Hismanal*), Terfenadina (*Alergist, Rapidal, Triludan*) no están incluidos en Guía y se recomienda sustituir por Cetirizina (*Voltric, Virlix, Zyrtec*). Consultar programa de sustituciones.

(4) Prometazina (*Frinova*) se emplea para mantener al paciente sedado conjuntamente con meperidina (*Dolantina*) y clorpromazina (*Largactil*) en infusión continua de suero glucosado al 5 %.

RO7-OTROS PRODUCTOS PARA EL APARATO RESPIRATORIO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Surfactante pulmonar porcino (1)	Vial 120 mg/1,5 ml	--	<i>Curosurf N</i>
	Vial 240 mg/3 ml	--	
Surfactante pulmonar bovino (1)	Vial 200 mg/8ml	--	<i>Survanta N</i>

(1) Se consideran equivalentes terapéuticos excepto en prematuros de muy bajo peso que precisan soluciones concentradas y es preferible *Curosurf* Consultar el programa de equivalentes terapéuticos del hospital.

GRUPO S-ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

S01-OFTALMOLÓGICOS

S01A- Antiinfecciosos oftálmicos

S01AA-Antibióticos oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cloranfenicol	Col 0,5%	TOP	<i>Colircusí cloranfenicol N</i>
	Pda 1%	TOP	<i>Oftalmolosa cusí cloranfenicol</i>
Gentamicina+Metionina + Retinol (4)	Pda	TOP	<i>Pomada oculos epitelizante</i>
Clortetraciclina	Col 0,5% 5 ml	TOP	<i>Colirio oculos aureomicina, Colircusí Aureomicina</i>
	Pda 0,5%	TOP	<i>Oftalmolosa cusí aureomicina</i>
Lomefloxacina (2)	Col 0,3% 5 ml	TOP	<i>Ocacin</i>
Neomicina+Gramicidina + Polimixina B (1)	Col 5 ml	TOP	<i>Oftalmowell</i>
Rifamicina	Col 1% 10 ml	TOP	<i>Rifamicina colirio MSD</i>
Tobramicina (3)	Col 0,3%	TOP	<i>Tobrex solución oft</i>
	Pda 0,3%	TOP	<i>Tobrex ungüento oft</i>
Vancomicina	Col 50 mg/ml 10 ml	TOP	<i>Fórmula Magistral</i>

(1) Trimetoprim+Polimixina B (*Oftalmotrim*) no está incluido en Guía, se considera equivalente terapéutico de Neomicina + Gramicidina + Polimixina B (*Oftalmowell*).

(2) Norfloxacina (*Chibroxin*), Ciprofloxacina (*Oftacilox*), Ofloxacina (*Exocin*) no están incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de Lomefloxacina (*Ocacin*).

(3) Gentamicina (*Oftalmolosa cusí gentamicina*) no está incluida en Guía y se considera equivalente terapéutico de Tobramicina (*Tobrex ungüento*).

(4) La fórmula actual de Pomada oculos epitelizante (año 2000) lleva Gentamicina en lugar de Cloranfenicol.

S01AD-Antivirales oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aciclovir	Pda 3%	TOP	<i>Zovirax oftálmico</i>
Ganciclovir	Jeringa	Intravítrea	<i>Ganciclovir intravítrea FM</i>

S01B-Antiinflamatorios oftálmicos**S01BA-Corticosteroides solos oftálmicos**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Dexametasona	Col 0,1% 5 ml	TOP	<i>Maxidex</i>
	Pda 0,05%	TOP	<i>Oftalmolosa cusí dexametasona</i>
Fluorometolona	Col 0,1%	TOP	<i>FML</i>
Prednisolona	Col 1% 5 ml	TOP	<i>Pred forte</i>

S01BB-Combinaciones de corticosteroides y midriáticos de uso oftálmico

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Medroxiprogesterona + Tetrizolina	Col 2% + 0,05%	TOP	<i>Colircusí medrivas</i>

S01BC-Antiinflamatorios no esteroídicos de uso oftálmico

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Diclofenaco sódico	Envase monodosis 0,1% 0,3ml Col 0,1% 5 ml	TOP	<i>Voltarén</i>
Ketorolaco(1)	Col 0,5% 5 ml	TOP	<i>Acular</i>

(1) Flurbiprofeno (*Ocuflur*) e Indometacina (*Indoftol*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de Ketorolac (*Acular*).

S01C-Combinaciones de antiinflamatorios y antiinfecciosos oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Betametasona+Sulfacetamida	Col 0,1% + 10%	TOP	<i>Celestone S oftálmico</i>
Cloranfenicol+Dexametasona	Col 0,73% + 0,1%	TOP	<i>Colircusí de Icol N</i>
	Pda 1% + 0,05% 3 g	TOP	<i>Oftalmolosa cusí de Icol</i>
Cloranfenicol+ Medroxiprogesterona	Pda 1% + 2%	TOP	<i>Oftalmolosa cusí medrival</i>
Cloranfenicol + Medroxiprogesterona + Tetrizolina	Col	TOP	<i>Colircusí medrivas antibiótico N</i>
Gentamicina+Dexametasona +Tetrizolina	Col 0,3%+0,1% +0,05% 10 ml	TOP	<i>Colircusí GentaDexa</i>
Tobramicina+Dexametasona (1)	Col 0,3%+0,1% 5 ml	TOP	<i>Tobradex</i>

(1) Otras asociaciones de antibióticos y corticoides (Ej *Polypred*, *Maxitrol*) no están incluidas en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de Tobramicina+Dexametasona (*Tobradex*).

S01E-Antiglaucoma y mióticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Apraclonidina	Col 1% 5 ml	TOP	<i>Iopimax 1%</i>
Brimonidina(2)	Col 0,2% 5 ml	TOP	<i>Alphagan</i>
Carteolol(1)	Col 2% 5 ml	TOP	<i>Mikelan oftálmico, Elebloc</i>
Dorzolamida	Col 2% 5 ml	TOP	<i>Trusopt</i>
Latanoprost	Col 0,005% 2,5 ml	TOP	<i>Xalatan N</i>
Levobunolol	Col 0,5% 5 ml	TOP	<i>Betagan 0,5%</i>
Timolol	Col 0,5% 3 ml	TOP	<i>Timofтол 0,5%</i>

(1) Betaxolol 0,25 % (Betoptic), Betaxolol 0,5 % (*Betaxolol alcon*) no está incluido en Guía, se considera equivalente terapéutico del Carteolol 2% (*Mikelan oftalmico, Elebloc*).

(2) Dipivefrina (*Glaudrops, Diopine*) no está incluido en Guía, se considera equivalente terapéutico de Brimonidina (*Alphagan*).

S01EX-Mióticos de uso quirúrgico

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aceclidina	Col 2 % 10 ml	--	<i>Colirio Glaucostat 2% 1</i>
Acetilcolina	Vial 20 mg/2 ml	--	<i>Acetilcolina 1%</i>

S01F- Midriáticos y ciclopéjicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Atropina	Col 0,5% 10 ml	TOP	<i>Colircusí atropina</i>
	Col 1%	TOP	
	Pda 1%	TOP	<i>Oftalmolosa cusí atropina</i>
Atropina +Escopolamina + Fenilefrina	Col 20%+0,5% +4% 10 ml	TOP	<i>Colirio Llorens midriático</i>
Ciclopentolato	Col 0,5%	TOP	<i>Colirio oculos ciclopéjico</i>
	Col 1%		<i>Colircusi ciclopéjico</i>
Escopolamina	Col 0,25 % 10 ml	TOP	<i>Colirio de escopolamina</i>
Fenilefrina	Col 10 % 10 ml	TOP	<i>Colircusí fenilefrina</i>
Tropicamida	Col 1 % 5 ml	TOP	<i>Colircusí tropicamida</i>

S01G-Descongestionantes y antialérgicos oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Emebastina	Col 0,05 % 5 ml	TOP	<i>Emadine</i>

S01H-Anestésicos oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Tetracaína+Oxibuprocaina(1)	Col	TOP	<i>Colircusí Anestésico doble</i>

(1) Oxibuprocaina (*Colirio prescaína Llorens 0,4 %*) es un medicamento no incluido en Guía y se considera equivalente terapéutico de Tetracaína+Oxibuprocaina (*Colirio anestésico doble*)

S01J-Agentes de diagnóstico oftálmicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Azul Tripan	Frasco 0,1% 2 ml	TOP	<i>Vision Blue (Producto de diagnóstico que gestiona Suministros)</i>
Fluoresceína	Col 2% 10 ml	TOP	<i>Colircusi Fluoresceína</i>
	Amp 20% 3 ml	---	<i>Fluoresceína oculos 20%</i>
Fluoresceína+ Oxibuprocaina (1)	Col 0,2% +0,4% 3 ml	TOP	<i>Colircusí Fluotest</i>
Rosa de Bengala	Tiras 1,3 mg	TOP	<i>Rose Bengal (Producto de diagnóstico que gestiona Suministros)</i>
Sodio Cloruro	Pda 5 %	TOP	<i>Oftalmolosa Cusí antiedema</i>
	Col 5 %	TOP	<i>Colircusí Antiedema 5 %</i>

(1) Oxibuprocaina=Benoxinato.

S01K-Coadyuvantes quirúrgicos. Sustitutivos y protectores intraoculares

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aceite de silicona	Amp 10 ml	--	<i>Adato Sil-ol 5000</i>
Hialuronato sódico	Jeringa 5 mg/0,55 ml	--	<i>Provisc N</i>
Hialuronato sódico+	Jeringa 15 mg	--	<i>Viscoat N</i>
Condroitín sulfato sódico	+20 mg/0,5 ml		
Perfluorodecalina	Fco 5 ml	--	<i>Adato octa</i>
Solución salina equilibrada	Col 15 ml	--	<i>Solución salina equilibrada (BSS)</i>

S01XA-Colirios humectantes

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Alcohol polivinílico Lágrimas artificiales	Sol 1,4 % frasco 15 ml	TOP	<i>Liquifilm lágrimas</i>
Carmelosa	Envase monodosis 2 mg/0,4 ml	TOP	<i>Cellufresh</i>
Hialuronato sódico Líquido lubricante lentillas (1)	Envase monodosis 0,18 % 0,3 ml	TOP	<i>Vislube</i>
Hidroxipropilmetil-celulosa	Col 1,75%	TOP	<i>Gonioftal 1500</i>
Lágrimas artificiales (2)	Col	TOP	(2) <i>Liquifilm lágrimas</i>
Polividona	Envase monodosis 5% 0,4 ml	TOP	<i>Oculotect</i>

(1) Vaselina pomada oftálmica (*Lacrilube*) es un medicamento no incluido en Guía y se considera equivalente terapéutico de *Vislube*.

(2) Dextrano 70 + Hipromelosa (*Tears humectante, Dacrolux*) son medicamentos no incluidos en Guía y se consideran equivalentes terapéuticos de Lágrimas artificiales (*Liquifilm lágrimas*).

S01X-Otros oftalmológicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acetilcisteína	Col 10 %	TOP	<i>Colirio de acetilcisteína 10%</i>
Cianocobalamina (Vitamina B12)	Col 0,05 % 5 ml	TOP	<i>Isopto B-12</i>
Medio nutritivo	Vial 20 ml	--	<i>Optisol N</i>
Toxina botulínica	Vial 100 UI	--	<i>BoTox N</i>
Verteporfino	Vial 15 mg	--	<i>Visudyne</i>

GRUPO V-VARIOS (DIAGNÓSTICO, NUTRICIÓN, ANTÍDOTOS, OTROS)

V01-ALÉRGICOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Extractos alérgicos	Viales	--	<i>Extract. Alerg. Glicer.</i>
	Viales	--	<i>Extract. Alerg. Prick</i>

V03-TODOS LOS DEMÁS PRODUCTOS TERAPÉUTICOS

V03AB-ANTÍDOTOS

V03AB1-Antagonistas de los metales pesados

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Desferoxamina	Vial 500 mg	IM,IV,SC	<i>Desferin</i>
Dimercaprol (BAL)	Amp 200 mg/2 ml	IM	<i>Sulfacthin Homburg</i>
Edetato Cálcico Disódico (EDTA)	Amp 935 mg/5 ml	IV	<i>Complecal</i>
Penicilamina	Comp 50 mg	OR	<i>Cupripen</i>
Sodio Bicarbonato	Polvo 5 g	Lav.gast	<i>Bicarbonato sódico FM</i>

V03AB2-Antagonistas de los narcóticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Naloxona	Amp 0,4 mg/1 ml	IV,SC,IM	<i>Naloxone Abello</i>

V03AB3-Antiheparínicos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Protamina	Vial 50 mg/5 ml	IV	<i>Protamina rovi N</i>

V03AB4-Eméticos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Apomorfina	Amp 10 mg/1 ml	IV	<i>Apo Go Pen</i>
Ipecacuana jarabe	Jbe	OR	<i>Jarabe de ipecacuana FM N</i>

VO3AB5-Otros Antídotos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Acetilcisteína	Amp 300 mg/3 ml	IV	<i>Fluimucil, Flumil</i>
	Sobres 200 mg	OR	
	Vial 2 g/10 ml	IV	<i>Fluimucil antídoto</i>
Ácido Ascórbico	Amp 1 g/5 ml	IV	<i>Vitamina C</i>
	Sobres 1 g	OR	<i>Citrovit</i>
Ácido Fólnico (Folinato Cálcico)	Comp 15 mg	OR	<i>Lederfolin</i>
	Amp 3 mg/1 ml	IV, IM	<i>Folidan, Lederfolin</i>
	Vial 50 mg	IV	
	Vial 350 mg	IV	
Adrenalina	Amp 1mg/1 ml	SC, IM	<i>Adrenalina Braun</i>
Almidón	Fco 10 g	OR	<i>Almidón FM</i>
Antitoxina botulínica (Antídoto botulismo)	Vial 750 Ui tipo A+	IV	<i>Botulismus-Antitoxin-Behring</i>
	500 Ui tipo B,+50 Ui tipo en vial 250 ml		<i>ME</i>
Atropina sulfato	Amp 1 mg/1 ml	IV, IM	<i>Atropina</i>
Azul de metileno	Amp 20 mg/1 ml	IV	<i>Azul de metileno 2%</i>
Azul de Prusia	Cap 500 mg	OR	<i>Antidotum Thallii ME</i>
Biperiden	Amp 5 mg/1 ml	IM,IV	<i>Akineton</i>
Carbón activo	Fco 30 g	OR	<i>Carbón activo FM</i>
Diazepam	Amp 10 mg/2ml	IV,IM	<i>Diazepam Prodes, Valium</i>
Digital antídoto	Vial 80 mg Fab	IV	<i>Digitalis-antidot BM N</i> <i>Digitalis antídoto Roche ME</i>
EDTA-dicobalto	Amp 300 mg/20 ml	IV	<i>Kelocyanor ME</i>
Etanol	Amp 5 ml	IV, OR	<i>Alcohol absoluto</i>
Fisostigmina	Amp 2 mg/5 ml	IV	<i>Anticholium ME</i>
Fitomenadiona (Vit K)	Amp 10 mg/ml	IV, IM	<i>Konakion</i>
Flumazenilo	Amp 1 mg/10 ml	IV	<i>Anexate</i>
Glucagón	Vial 1 mg/1 ml	IV	<i>Glucagón novo N</i>

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Glucobionato cálcico	Amp 4,5 mEq Ca/10ml	IV, IM	<i>Calcium Sandoz 10%</i>
Glucosa	Amp 10g/20 ml	IV	<i>Glucosmon R-50</i>
Heparina sódica	Vial 25000 UI/5 ml	IV	<i>Heparina sódica 5%</i>
Hidroxocobalamina (Antídoto cianuro)	Amp 10 mg/2 ml (10.000 mcg/2ml)	IV	<i>Megamilbedoce</i>
	Vial 2,5 g (2.500.000 mcg)	IV	<i>Cyanokit ME</i>
Inmunoglobulina equina neutralizante de Vipera aspías, Vipera berus, Vipera ammodytes (Antídoto de víbora Europea)	Vial de 4 ml	IV	<i>Viperfav ME</i>
Magnesio sulfato	Fco 15 g Fco 30 g	Lav gast	<i>Sulfato magnésico FM</i>
Neostigmina	Amp 0,5mg/1 ml	IV	<i>Nesotigmina</i>
Piridoxina	Amp 300 mg/2 ml	IV, IM	<i>Benadon</i>
Poliétilenglicol	Sobre 17,5 g	OR	<i>Sol Evac Bohm</i>
Potasio permanganato	Fco 200 mg	OR, Lav gast	<i>Permanganato potásico FM</i>
Pralidoxima	Vial 200 mg	IV, IM	<i>Contrathion ME</i>
Silibina	Vial 350 mg	IV	<i>Legalon SIL ME</i>
Solución Lugol	Fco 5% sol	OR	<i>Solución Lugol FM</i>
Suero Antibotulínico A+B+E	Fco 250 UI	IV	<i>Botulismus-Antitoxin (2)</i>
Tierra de Fuller	Fco 60 g	OR	<i>Fuller's Earth FM ME</i>
Tiosulfato sódico (Hiposulfito sódico)	Amp 500mg/5ml	IV	<i>Tiosulfato sódico 10%</i>
Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Amp 10 mg/1 ml	IM, IV	<i>Konakion</i>

(1) Contiene Colinesterasa sérica con actividad correspondiente a 500 ml de plasma humano fresco.

(2) En caso de necesidad se suministrará siguiendo circuito especial de suministro.

V03X-OTROS PRODUCTOS

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Agua bidestilada	Amp 10 ml	--	<i>Agua bidestilada</i>
	Fco 1000 ml	--	
Agua desmineralizada	Fco 10 l	--	<i>Agua cubitainer</i>
Dantroleno sódico	Vial 20 mg/60 ml	IV	<i>Dantroleno EV ME</i>
C1-Esterasa inhibidor	Vial 500 U/10ml	IV	<i>Beriner-HS MEN, C-1 Inaktivador Behring N</i>
Fenol	Sol 5 %	--	<i>Fenol 5% solución FM</i>
Formol	Sol 10 %	--	<i>Formol 10% solución FM</i>
Glicerina estéril	Amp 1 ml	--	<i>Glicerol puro</i>
Hexetidina asociada	Sol 200 ml	TOP	<i>Oraldine radioterapia FM</i>
Indigo Carmín	Amp 5 ml (1%)	--	<i>Indigo carmín</i>
Magnesio sulfato+ Papaverina	Amp 600 mg + 30 mg/5mk	--	<i>Sulmetin papaverina</i>
Placebo	Caps	OR	<i>Placebo verde, placebo rojo,</i>
	Comp	OR	<i>placebo amarillo</i>
	Iny	IM,IV	
Poliestirensulfonato cálcico	Polvo 400 g	OR, REC	<i>Resincalco</i>
Probenecid	Caps 500 mg	OR	<i>Benemid 500 mg ME</i>
Sacarina+ Ciclamato sódico	Comp 5 mg +50 mg	OR	<i>Natreen</i>
Solución conservadora	Sol 500 ml: Dextrosa anhidra 2,500 g Fosfato monopotásico 0,205 g Fosfato dipotásico 3 H ₂ 0,970 g Cloruro potásico 0,112 g Bicarbonato sódico 0,084 g Agua p.i c.s.p 100 ml Osmolaridad 290-320 mOsm/Kg PH 7,4	--	<i>Solución Collins N Lab Esteve</i>

V04-AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Ceruletida	Amp 5 mcg/1 ml	IV	<i>Takus ME</i>
Edrofonio cloruro	Amp 10 mg/1 ml	IV	<i>Tensilon (I)</i>
Fluoresceína	Amp 600 mg/3 ml	IV	<i>Fluoresceína 20%</i>
Gonadorrelina	Vial 0,5 mg/5,5 ml	--	<i>Luforan</i>
GRF 1-29 NH ₂ (Factor liberador de la hormona de crecimiento humano)	Vial 150 mcg/1 ml	IV,SC	<i>Geref N</i>
Metirapona	Caps 250 mg	OR	<i>Metopirona ME</i>
Pentagastrina	Amp 500 mcg/2 ml	--	<i>Peptavlon N</i>
Protirrelina	Amp 250 mcg/2ml	IV	<i>Stimu-TSH ME</i>
Verde indocianina	Vial 250 mg/10 ml	Intraocular	<i>IC-Green ME</i>
Secretina	Amp 100 KE75	IV	<i>Secrelux ME</i>
Tetracosáctico hexacetato	Amp 0,25 mg/1 ml	IV,IM	<i>Synacthen N</i>
Tirotropina alfa (TSH humana recombinante)	Vial 0,9 mg	IM	<i>Thyrogen N</i>
Tuberculina	Vial 20 UT/1 ml (vial multidosis)	Intradérmico	<i>Tuberculina 2UT N</i>
Urea 13 C	Comp 100 mg	OR	<i>Tau kit</i>

(1) Ha sustituido a Anticude ampollas de 25 mg/2 ml (Bromuro de Edrofonio). La dosis por ml es la misma ya que 10 mg de Cloruro de edrofonio es equivalente a 12,5 mg de Bromuro de Edrofonio.

V06-NUTRITIVOS GENERALES

V06C1-Preparados para Nutrición Parenteral

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aminoácidos + Glucosa	Sol 3,5 % (AA, glucosa, electrolitos) 1000ml	IV	Aminoven
Aminoácidos para insuficiencia hepática	Sol 8 % 500 ml	IV	Aminosteril N Hepa 8 %
Lípidos	Emulsión 10% 500ml	IV	Intralipid 10%
	Emulsión 20% 100ml, 500ml	IV	Intralipid 20%
Nutrición parenteral total	Sol 1000 Kcal/1440 ml	IV	Kabiven periférico (1) (Dieta P)
	Sol 1900 Kcal/2053 ml	IV	Kabiven (2) (Dieta A)
	Sol 2500 Kcal/2500 ml	IV	Oliclinomel (2) (Dieta B)
	Sol 2000 Kcal/1900 ml	IV	Dieta Nutriservice (2)(3) (Dieta UCI)

(1) Vía periférica

(2) Vía central

(3) Indicada en pacientes de UCI o con altos requerimientos de proteínas

Nota 3 COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ESTÁNDAR DE NUTRICIÓN PARENTERAL (NPT).					
DIETA Número	AMINOVEN (*)	P (KABIVEN PERIFÉRICO)	A (KABIVEN)	B (OLICLINOMEL)	UCI
Nitrógeno (g)	5,6	5,4	10,8	14	17,4
Glucosa (g)	50	97	200	300	250
Lípidos (g)	-	51	80	100	70
HC/Lípidos	100/0	46/54	50/50	55/45	61/39
Kcal proteínas	140	100	300	340	435
Total Kcal. No prot.	200	900	1600	2200	1630
Total Kcal	340	1000	1900	2540	2065
Kcal. no prot/g N	36	166	148	157	94
Volumen (ml)	1000	1440	2053	2500	1900
Osmolaridad (mosm/l)	769	830	1060	1160	1346

*Electrolitos estándar en dietas centrales: Sodio 80/100 mEq, Potasio 50/60 mEq, Calcio 10/15 mEq, Magnesio 10/15 mEq, Fósforo 17/28 mEq, Cloro 80/100 mEq.

-Vitaminas y oligoelementos: estándar diarios. La bolsa de NPT no contiene las vitaminas K, B12, Fólico ni hierro. Se deben pautar vía IM (el hierro IV) una vez por semana.

-La bolsa de NPT-UCI no lleva incorporado Na ni K, por lo que éstos deberán ser incorporados posteriormente según los requerimientos del paciente si lleva incorporados oligoelementos.

(*) El Aminoven no se considera una nutrición parenteral total, al no contener lípidos, uno de los tres componentes básicos de las mismas.

V06C2-Preparados para Nutrición Enteral

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Dietas estándar		
Dieta estándar	Fco 500 ml	ENT <i>Isosource standard, Pentaset estándar, Ensure, Nutrison estándar, Osmolite HN</i>
Dieta normoproteica polimérica (6)(1)		
Dieta estándar con fibra	Fco 500 ml	ENT <i>Pentaset fibra, Ensure fibra, Isosource fibra, Nutrison fibra, Jevity</i>
Dieta normoproteica polimérica con fibra (10)(2)		
Dieta estándar hiperproteica	Fco 500 ml	ENT <i>EdanecHN, Promote, Isosource hiperproteico</i>
Dieta hiperproteica polimérica (2)(3)		
Dietas especiales		
Dieta normoproteica polimérica baja en sodio (8)(4)	Fco 500 ml	ENT <i>Pentaset bajo en sodio</i>
Dieta normoproteica polimérica concentrada (9)(5)	Fco 500 ml	ENT <i>Pentaset energético</i>
Dieta normoproteica polimérica diluida (12)(6)	Fco 500 ml	ENT <i>Pre-pentaset</i>
Dieta hiperproteica polimérica inmunomoduladora (5)(7)	Fco 500 ml	ENT <i>Impact</i>
Dieta hiperproteica oligomérica (1)(8)	sobres 76 g	ENT <i>Alitraq sobres</i>
Dieta hiperproteica oligomérica baja en lípidos (11)(9)	Fco 500 ml	ENT <i>Peptinaut líquido</i>
Dieta especial para diabéticos (3)(10)	Fco 500 ml	ENT <i>Glucerna</i>
Dieta especial para nefropatía crónica (7)(11)	Lata 236 ml	ENT <i>Nefro 236 ml vainilla lata</i>
Dieta especial para hepatopatía crónica (4)(12)	sobres	ENT <i>Hepatonutril sobres</i>
Suplemento proteico para prematuros	Fco 400 g	ENT <i>Eoprotin,</i>

(1)Dieta estandar disponible en el hospital. Se consideran equivalentes Pentaset estandar , Ensure HN , Osmolite HN, Isosource standard

(2)Dieta estandar con fibra disponible en el hospital. Se considera equivalente terapéuticos Ensure fibra, Jevity, Isosource (2) fibra, Nutrison fibra.

(3)Dieta polimérica hiperproteica. Se considera equivalente de Promote, Isosource (2) protein, Ensure HN, Edanec HN

(4)Indicada en pacientes con cirrosis hepática, ascitis. Insuficiencia cardíaca.

(5)1,5 Kcal /ml.

(6)0,5 Kcal /ml. Indicada en pacientes con ictus cuyo requerimiento de agua libre está aumentado. Uso exclusivo pacientes neurológicos.

(7)Dieta indicada para pacientes con estres metabólico e inmunodeficiencias. Uso exclusivo pacientes UCI.

(8)Dieta oligomérica enriquecida con glutamina indicado principalmente en pacientes con disfunción intestinal (Chron, síndrome intestino corto). 1 sobre se disuelve en 250 ml de agua.

(9) Dieta oligomérica inidaca en pacientes con linforragia por su bajo contenido en lípidos (9%).

(10)La distribución calórica de los hidratos de carbono es del 33 % y de lípidos 50 %. Indicada en pacientes diabéticos incontrolados.

(11)Dieta para pacientes con insuficiencia renal en diálisis. Alto contenido calórico (2Kcal/ml) y moderado en proteínas (4%)

(12)Dieta oligomérica para pacientes con Encefalopatía hepática. Alto contenido en aminoácidos ramificados y pobre en aromáticos. Pobre en sodio y en lípidos (7%).

V08-MEDIOS DE CONTRASTE

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Aceite Yodado	Amp 5 ml	--	<i>Lipiodol Ultra-fluide ME</i>
	Amp 10 ml	--	
Amidotriazoato de Meglumina	Fco 100 ml	--	<i>Uro Angiografín</i>
Amidotriazoato de Meglumina y Na	Fco 100 ml	REC OR	<i>Gastrografín</i>
Amidotriazoato de Calcio, Meglumina y Sodio	Vial 3,4g+22,75g +48g /250 ml	--	<i>Plenigraf</i>
	Vial 1,36g+9,1g +19,2g/ 100 ml	--	
Bario sulfato de alta densidad	Polvo 570 g	REC	<i>Barigraf Enema</i>
	Polvo 340 g	OR	<i>Barigraf A.D.</i>
Diatriazoato Meglumina +Diatriazoato sódico	Amp 12,15 g+1,85g/20 ml	--	<i>Pielograf 70%</i>
Gadopenteico	Vial 15 ml (287 mg/ml)		<i>Omniscan</i>
Galactosa+Palmítico ácido	Vial 2,5 g	IV	<i>Levovist, Clarograf, Sono vue 8mcg</i>
Hexafluoruro sulfúrico	40 mcl/5 ml	IV	<i>Sono Vue Mini Spike Plus</i>
Iohexol	Sol 10 ml	--	<i>Omnigraf 240</i>
	Sol 50 ml	--	<i>Omnitrast 240</i>
	Sol 50 ml	--	<i>Omnigraf 300</i>
	Sol 100 ml	--	<i>Omnitrast 300</i>
	Sol 50 ml	--	<i>Omnigraf 350</i>
	Sol 100 ml	--	<i>Omnitrast 350</i>
Iomeprol	Fco 50 ml	--	<i>Iomeron 350</i>
	Fco 100 ml	--	

V10-RADIOFÁRMACOS UTILIZADOS EN TERAPÉUTICA

V04. Agentes para diagnóstico

V04CX. Otros agentes para diagnóstico

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Urea Carbono-13	Sobres 100 mg	OR	<i>Tau Kit</i>

V09. Radiofármacos para diagnóstico

V09AA. Sistema Nervioso Central

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Bicisato de Tc	Kit frío	IV	<i>NeuroLite</i>
Ioflupano 123 I	74 mbq/ml Vial 5 ml	IV	<i>Datscan</i>
Exametazina de Tc, HMPAO	Kit frío	IV	<i>Ceretec</i>

V09AB. Sistema óseo

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fosfonocarboxilato de Tc, DPD	Kit frío	IV	<i>Teceos</i>
Medronato de Tc, MDP	Kit frío	IV	<i>Medrocis</i>

V09AC. Sistema renal

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Betaíta de Tecnecio 99m Tc		Kit frío IV	<i>Technescan MAG3</i>
Succímico de Tc, DMSA	Kit frío	IV	<i>Renocis</i>
Pentetato de Tc, DTPA	Kit frío	IV	<i>AmerScan Pentetate</i>

V09D. Sistema hepático

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Coloide estaño y Tc	Kit frío	IV	<i>AmerScan Hepatate</i>
Mebrofenina de Tc	Kit frío	IV	<i>Cholecis</i>

V09E. Sistema respiratorio

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Macroagregados de albúmina y Tc, MAA	Kit frío	IV	<i>Macrotec</i>
Technegas	Kit frío	IN	

V09GA. Sistema cardiovascular

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Sestamibi de Tecnecio 99m Tc	Kit frío	IV	<i>Cardiolite</i>
Tetrofosmina de Tecnecio 99m Tc	Kit frío	IV	<i>Myoview</i>
Pirofosfato de Tc, PYP	Kit frío	IV	<i>Technescan PYP</i>
Plaquetas marcadas con ¹¹¹ In	Suspensión de células autólogas	IV	<i>111 IndioOxina</i>
Hematíes marcados con Cr ⁹¹	Suspensión de células autólogas	IV	<i>Cromato sódico 51 Cr</i>
Hematíes marcados con Tc 99m 99m	Suspensión de células autólogas	IV	<i>Technescan PYP</i>

V09HA. Detección de infección e inflamación

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
AcMo antigranulocito de Tecnecio	Kit frío	IV	<i>Leukoscan</i>
Leucocitos marcados con Tc, HMPAO	Suspensión de células autólogas	IV	<i>Ceretec</i>

V09I. Radiofármacos para diagnóstico y detección de tumores

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Coloide de sulfuro de Tecnecio	Kit frío	SC	<i>Lymphoscint</i>
Octredótido de In	Vial 3,3 mCi	IV	<i>Octreoscan 111 In</i>
m-yodobencilguanidina 123 I	2, 4, 6 y 10 mCi	IV	<i>MIBG Yodo</i>
Galio 67	4, 7, 10 y 15 mCi	IV	<i>Citrato de Galio 67</i>
Talio 201	Vial	IV	<i>Cloruro de Talio</i>

VO9X. Otros radiofármacos para el diagnóstico

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Yodocolesterol 131 I		IV	<i>Norchol 131</i>
Pertecnectato sódico	Generador 20 Gbq	IV	<i>Generador 99-Mo 99m-Tc</i>

V10. Radiofármacos utilizados en terapéutica

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Fósforo 32	5 mCi	IV	<i>Fosfato sódico</i>
Yodo 131	5, 7, 10, 15 y 100 mCi y sol. oral	OR	<i>Cápsulas de yodo</i>
Itrio Y 90	10 mCi	IA	<i>Citrato de Itrio</i>

V10BX. Radiofármacos calmantes del dolor

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	VÍA	NOMBRE COMERCIAL
Cloruro de Estroncio 89 Sr	Vial 4 ml	IV	<i>Metastron</i>