

**Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana**

Nombre de la alumna: Victoria Bélen de la Cruz Escobar

Nombre del profesor: Dr. Rodrigo Pacheco Ballinas

Nombre del trabajo: Antología de Tablas

Materia: Terapeutica Farmacológica I

Grado: 4°

Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitan de Dominguez, Chiapas a 24 de mayo del 2021

Tabla de Opiaceos

Opiodes: Son compuestos naturales, semi sintéticos o sintéticos que producen efectos similares a los causados por la morfina

Opiáceo: Describe específicamente los alcaloides naturales.

Nombre	Mecanismo de acción	Dosis ponderal/Dosis	Vías de administración	Indicaciones terapéuticas	Contraindicaciones	Reacciones adversas
Morfina	Analgésico agonista de los receptores opiáceos μ , y en menor grado los kappa, en el SNC.	Adultos: de 10-20 mg (1-2 unidades de Oramorph® 2mg/ml solución oral en unidosis, 5 - 10 ml de Oramorph® 2 mg/ml solución oral en frasco), administrada cada 4 - 6 horas Se podrán administrar 1 - 2 unidades de Oramorph® 6 mg/ml solución oral en unidosis o 1 unidad de Oramorph® 20 mg/ml solución oral en unidosis Niños de 12 a 16 años (40 a 50 Kg): o 10 a 20 mg. Dosis máxima por día de 60 a 120 mg.	⇒ Vía intravenosa ⇒ Vía intramuscular ⇒ Vía subcutánea ⇒ Vía epidural e intratecal.	- Tratamiento del dolor intenso - Tratamiento del dolor postoperatorio inmediato. - Tratamiento del dolor crónico maligno. - Dolor asociado a infarto de miocardio. - Dispnea asociada a insuficiencia ventricular izquierda y edema pulmonar. - Ansiedad ligada a procedimientos quirúrgicos.	- Pacientes con alergia a la morfina u otros opiáceos. - Pacientes con depresión respiratoria o enfermedad respiratoria obstructiva grave. - En caso de infección en el lugar de la inyección y en pacientes con alteraciones graves de la coagulación, la administración por vía epidural o intratecal está contraindicada.	-Hipersensibilidad conocida a la morfina o a cualquier otro componente de estos medicamentos - Insuficiencia o depresión respiratoria sin respiración asistida - Enfermedades obstructivas de las vías aéreas como por ejemplo asma bronquial agudo - Estados de presión intracraneal aumentada
Oxicodona	Agonista puro opioide con afinidad por receptores opiáceos μ , kappa y delta, con efecto analgésico, ansiolítico y sedante.	La dosis inicial habitual para pacientes que no han tomado opioides, es de 10 mg de hidrocloreto de oxicodona por dosis administrados a intervalos de 12 horas. Algunos pacientes, para minimizar la incidencia de reacciones adversas, pueden beneficiarse de una dosis inicial de 5 mg. Los pacientes que ya han tomado opioides, pueden iniciar el tratamiento con dosis más altas de oxicodona, teniendo en consideración su experiencia con tratamientos anteriores con opioides. 10-13 mg de hidrocloreto de oxicodona corresponden aproximadamente a 20 mg de sulfato de morfina, ambas en la formulación de liberación prolongada.	Oral: Comprimidos liberación prolongada: tragar enteros, no se deben partir, masticar ni triturar. La toma de los comprimidos partidos, masticados o triturados puede llevar a una rápida liberación y absorción de una dosis potencialmente fatal de oxicodona. Cápsulas: tragar enteras con un poco de agua. Parenteral: Inyección o perfusión subcutánea. Inyección o perfusión intravenosa	Dolor intenso, que sólo se puede tratar adecuadamente con analgésicos opioides. El antagonista opioide naloxona se añade para contrarrestar el estreñimiento inducido por los opioides, al bloquear la acción de la oxicodona en los receptores opioides que se encuentran en el intestino.	Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes Depresión respiratoria grave, con hipoxia y/o hipercapnia. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. Cor pulmonale. Asma bronquial grave. Íleo paralítico no inducido por opioides. Insuficiencia hepática de moderada a grave.	Disminución del apetito; sueños anormales, pensamientos anómalos, ansiedad, estado de confusión, depresión, insomnio, nerviosismo; somnolencia, mareos, dolor de cabeza, temblor, letargia; disnea, broncoespasmo; estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, dispepsia; prurito, erupción, hiperhidrosis; trastornos urinarios; astenia, fiebre, fatiga.

Codeína	Es agonista puro de receptores opioides de tipo μ , aunque con menor afinidad que la morfina. Tiene acción analgésica moderada-débil, antitusígena de acción central, por depresión del centro de la tos a nivel medular, y antidiarreica por disminución del peristaltismo intestinal. Deprime el sistema nervioso central en menor medida que la morfina y no ocasiona farmacodependencia.	En adultos: - Analgesia: 15-60 mg vía oral, SC, IM o IV cada 4-6 horas. - Acción antitusiva: 10-20 mg vía oral o SC cada 4-6 horas, hasta una dosis máxima de 120 mg/día. En niños: - Analgesia: 1 año y mayores: 0,5 mg/Kg vía oral, SC o IM cada 4-6 horas. - Acción antitusiva: 2-6 años: 2,5-5 mg vía oral cada 4-6 horas, hasta una dosis máxima de 30 mg/día; 7-12 años: 5-10 mg vía oral cada 4-6 horas, hasta una dosis máxima de 60 mg/día.	<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Vía parenteral • Vía intravenosa 	Tratamiento sintomático de la tos seca o improductiva, del dolor leve o moderado. En España las formas presentes en el mercado de codeína sola tienen indicación como antitusivo, y las formas combinadas con paracetamol en distintas proporciones para el dolor leve o moderado.	Depresión respiratoria grave, ataque agudo de asma, EPOC. Diarrea asociada a colitis pseudomembranosa o causadas por microorganismos invasivos.	Digestivos: el estreñimiento es el efecto más frecuente y limitante de su uso en tratamientos prolongados, la incidencia es mayor que con otros opioides. Cuando se usa como analgésico es conveniente utilizar un laxante. También náuseas y vómitos, sequedad de boca. Sistema nervioso: somnolencia, mareos, vértigo, confusión. Raramente agitación, alucinaciones o convulsiones a dosis altas. Se ha descrito excitación paradójica especialmente en niños. Otros: prurito, erupción cutánea, alteraciones de la visión, palpitaciones, raramente sudoración.
Tramadol	Analgésico de acción central, agonista puro no selectivo de los receptores opioides μ , delta y kappa, con mayor afinidad por los μ	Adultos y adolescentes mayores de 12 años: Normalmente, la dosis inicial de hidrocloreto de tramadol es de 50 ó 100 mg (1 ó 2 cápsulas), seguida de 50 ó 100 mg cada 4-6 horas, sin sobrepasar una dosis diaria de 400 mg (8 cápsulas) (ver sección 5.1). Población pediátrica Debido a la cantidad de principio activo por cápsula, no puede usarse el medicamento en niños (menores de 12 años). Existen otras presentaciones alternativas del medicamento apropiadas para dosificar a niños. Los adolescentes mayores de 12 años pueden seguir recomendaciones de adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Vía parental 	Tratamiento del dolor moderado a intenso en adultos y adolescentes a partir de 12 años.	Hipersensibilidad a tramadol; intoxicación aguda o sobredosis con depresores del SNC (alcohol, hipnóticos, otros analgésicos opiáceos); concomitante con IMAO o que hayan sido tratados durante las 2 sem anteriores; concomitante con linezolid; alteración hepática o renal grave; epilepsia no controlada adecuadamente con tto.; insuf. respiratoria grave; durante la lactancia si es necesario un tto. a largo plazo (más de 2 ó 3 días); para el tto. del s. de abstinencia a opioides.	
Fentanilo	Agonista opiáceo, produce analgesia y sedación por interacción con el receptor opioide μ , principalmente en SNC.	IM/IV: 1-2 mcg/kg/dosis, si necesario cada 1-2 horas. Infusión IV: 0,5-3 mcg/kg/h	<ul style="list-style-type: none"> • Solución inyectable (fentanilo base): <ul style="list-style-type: none"> ○ 0.05 mg / 2 ml ○ 0.05 mg / ml ○ 0.1 mg / 2 ml • Parches: <ul style="list-style-type: none"> ○ 4.2 mg / parche(25 mcg/h) ○ 8.4 mg / parche (50 mcg/h) ○ 10 mg / parche(100 mcg/h) ○ 12.6 mg / parche e ○ o 16.8 mg / parche 	Solución inyectable intravenosa: <ul style="list-style-type: none"> • Como suplemento narcótico analgésico en anestesia general o local. • Para administración con un neuroléptico como Droperidol como medicación anestésica, para la inducción de anestesia y coadyuvante en el 	Puede desarrollarse tolerancia y dependencia. Tras la administración intravenosa de fentanilo se puede producir una reducción transitoria de la presión arterial, especialmente en pacientes con hipovolemia. Deberán tomarse medidas adecuadas para mantener una presión arterial estable. Dependencia farmacológica y abuso potencial	Hipersensibilidad al citrato de fentanilo o a alguno de los excipientes Depresión respiratoria sin ventilación mecánica Administración concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa o dentro de las 2 semanas posteriores a la suspensión de su uso.

				<p>mantenimiento de anestesia general o local.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para uso como agente anestésico con oxígeno en pacientes de alto riesgo en cirugía mayor. <p>Parches:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del dolor crónico, persistente, de moderado a severo. • Dolor intratable que requiera de analgesia opiode. 	<p>Se pueden desarrollar tolerancia, dependencia física y psicológica tras la administración repetida de opioides. Los riesgos aumentan en los pacientes con antecedentes personales de abuso de sustancias (incluidos el abuso o la adicción de drogas o alcohol).</p> <p>Síndrome de abstinencia</p> <p>La administración repetida a intervalos cortos durante períodos prolongados puede dar lugar al desarrollo de un síndrome de abstinencia tras la interrupción del tratamiento, que se puede manifestar por la aparición de los siguientes efectos adversos: náuseas, vómitos, diarrea, ansiedad, escalofríos, temblores y sudoración.</p>	<p>Intolerancia conocida al citrato de fentanilo o a otros morfínomiméticos.</p>
Naloxona	<p>Antagonista de receptores μ y kappa de opioides (bloquea completamente y de forma reversible los efectos que generan los opioides como dependencia física, analgesia y tolerancia)</p>	<p>Población pediátrica Inicialmente, de 0,01 a 0,02 mg de hidrocloreuro de naloxona por kg por vía IV, a intervalos de 2 a 3 minutos, hasta que se obtenga una respiración y una conciencia satisfactorias</p> <p>Adultos: Por lo general, una inyección IV de 0,1 a 0,2 mg de hidrocloreuro de naloxona (aproximadamente de 1,5 a 3 μg/kg) es suficiente</p>	<p>⇒ Vía intravenosa</p> <p>⇒ Vía intramuscular</p> <p>⇒ Perfusión venosa</p> <p>⇒ Vía oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reversión total o parcial de la depresión del SNC y especialmente de la depresión respiratoria causada por opiáceos naturales o sintéticos. • Diagnóstico de la sospecha de sobredosis o intoxicación aguda por opiáceos. • Reversión total o parcial de la depresión respiratoria o de la depresión del SNC en el recién nacido cuya madre ha recibido opiáceos. 	<p>Pacientes que hayan recibido dosis altas de narcóticos o tienen dependencia física de éstos (puede precipitar s. de abstinencia agudo); no es eficaz en la depresión central causada por agentes distintos a los opiáceos; evitar dosis altas durante la cirugía tras uso de opioides; precaución en enf. cardiovasculares o tto. concomitante con fármacos cardiotoxicos que causen taquicardia ventricular, fibrilación y parada cardíaca (cocaína, metanfetamina, antidepresivos cíclicos, bloqueantes canales de calcio, betabloqueantes, digoxina).</p>	<p>Naloxona Kern Pharma está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al hidrocloreuro de naloxona o a cualquiera de los excipientes</p>
Metadona	<p>Agonista opiáceo puro de origen sintético con potencia ligeramente superior a la morfina, mayor duración de acción y menor efecto euforizante. Presenta afinidad y marcada actividad en los receptores μ.</p>	<p>- Dolor intenso de cualquier etiología: oral y SC: 5-10 mg/dosis según intensidad.</p> <p>- Tto. del síndrome de abstinencia a los narcóticos, tto. sustitutivo de mantenimiento de la dependencia a opiáceos: establecer dosis según nivel de dependencia física. Oral: inicial: 10-30 mg/día, según respuesta aumentar hasta 40-60 mg/día en 1 a 2 sem. Mantenimiento: 60-100 mg/día, alcanzándose con incrementos sucesivos semanales de 10 mg/día. No sobrepasar 120 mg/día. Administrar dosis en 1 toma diaria. Suspender de manera gradual, disminuyendo la dosis en 5 a 10 mg.</p> <p>No utilizar en niños. Ancianos y</p>	<p>⇒ Vía oral</p> <p>⇒ Vía rectal</p> <p>⇒ Vía parenteral</p>	<p>Dolor intenso de cualquier etiología. Dolores postoperatorios, postraumáticos, neoplásicos, neuríticos, por quemaduras, cuando no responden a analgésicos menores. Tto. sustitutivo de mantenimiento a opiáceos, dentro de un programa de mantenimiento con control médico y conjuntamente con medidas de tipo médico y psicosocial. Tratamiento del síndrome de abstinencia a los narcóticos.</p>	<p>Dependencia psíquica, dependencia física y tolerancia. Lesiones craneales y presión intracraneal alta. Asma y otras enf. respiratorias. Trastornos abdominales agudos. Riesgo de hipotensión grave en pacientes hipovolémicos o con ingesta concomitante de fenotiazina o ciertos anestésicos. Evitar el uso de antagonistas opiáceos. Cuando debe utilizarse para el tto. de una depresión respiratoria grave en un paciente con adicción física, el antagonista se debe administrar con extrema precaución y gradualmente con dosis por debajo de las habituales. Ancianos, debilitados, hipotiroidismo, enf. de Addison, hipertrofia prostática o estenosis uretral</p>	<p>Hipersensibilidad a metadona. Insuf. respiratoria o enf. obstructiva respiratoria grave, administración concurrente con IMAO o en las 2 sem posteriores a la interrupción del tto. con IMAO. Enfisema. Asma bronquial. Cor pulmonale. Hipertrofia prostática o estenosis uretral. Hipertensión craneal. Dependientes de drogas no opiáceas. Con QT prolongado, como el síndrome de QT largo congénito. Deficiencia hepática grave, dado que podría desencadenar una encefalopatía portal y</p>

pacientes deteriorados dosis menores que las habituales.

sistémica en pacientes con alteraciones hepáticas graves. Embarazo y lactancia, no se recomienda el uso durante el parto, la acción de larga duración aumenta el riesgo de depresión neonatal

Tabla de Ansiolíticos

Fármacos ansiolíticos: En este sentido, históricamente se diferenciaron los **ansiolíticos**, o fármacos que alivian o suprimen los síntomas de la ansiedad sin producir sedación o sueño.

Benzodiazepinas: Las benzodiazepinas constituyen la principal herramienta farmacológica para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, aunque poseen otras indicaciones clínicas como relajantes musculares o anticonvulsivos.

Nombre	Mecanismo de acción	Vías de administración	Dosis	Indicaciones Terapéuticas	Contraindicaciones	Reacciones adversas
Diazepam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades α/β del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades α/γ . Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vía parenteral ⇒ Vía intravenosa ⇒ Vía oral 	<p>Anestesiología: Premedicación: 10-20 mg I.M. (Niños 0.1-0.2 mg/kg) una hora antes de la inducción de la anestesia. Inducción de la anestesia: 0.2-0.5 mg/kg I.V. Sedación basal antes de procedimiento, exámenes e intervenciones: 10-30 mg I.V. (niños 0.1-0.2 mg/kg). Status epilepticus: 0.15-0.25 mg/kg I.V., repetir después de 10-15 minutos. Dosis máxima: 3 mg/kg en 24 horas. Estados de excitación: (Estados agudos de ansiedad y pánico, delirium tremens). Inicialmente 0.1-0.2 mg/kg I.V., pudiendo repetir a las 8 horas hasta que los síntomas cedan a cambiar la vía oral.</p>	<p>Medicación psicotrópica (ataráxico, relajante muscular, anticonvulsivo). Uso psiquiátrico y en medicina interna (neurosis, estados de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas, fobias, estados depresivos acompañados de tensión e insomnio; en los trastornos emocionales o que acompañan a las enfermedades orgánicas como la úlcera gastrointestinal, hipertensión arterial, dermatosis pruriginosa, colitis o enfermedades funcionales del sistema digestivo, cardiovascular y genital).</p>	<p>Hipersensibilidad a benzodiazepinas o dependencias de otras sustancias, incluido el alcohol (excepto tto. de reacciones agudas de abstinencia), miastenia gravis, síndrome de apnea del sueño, insuf. respiratoria severa, I.H. severa, glaucoma de ángulo cerrado (rectal, oral), hipercapnia crónica severa (oral).</p>	<p>El DIAZEPAM es bien tolerado. Posee un amplio margen de seguridad, lo que se ha confirmado por medio de estudios toxicológicos y farmacocinéticos, pero puede llegar a presentar somnolencia, fatiga, resequeza de boca, debilidad muscular y reacciones alérgicas. Otras que son menos frecuentes: amnesia anterógrada, confusión, constipación, depresión, diplopía, hipersalivación, disartria, dolor de cabeza, hipotensión, aumento o disminución de la libido, náusea, temor, incontinencia o retención urinaria, vértigo y visión borrosa. Muy raramente, elevación de las transaminasas y fosfatasa alcalina, así como reacciones paroxísticas como excitación aguda, ansiedad, trastornos del sueño y alucinaciones.</p>

Clorazepato	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	⇒ Vía oral ⇒ Vía intravenosa	Adultos: La dosis habitual oscila entre 5 y 30 mg/día. Puede administrarse en dosis fraccionadas o en una sola toma preferentemente antes de acostarse, utilizando la presentación que más se ajuste a la dosis prescrita. Poblaciones especiales Población pediátrica: Sólo se debe recomendar su uso en casos excepcionales. La dosificación en estos casos es de unos 0,5 mg/kg/día, fraccionados en varias dosis y usando cápsulas de 5 mg de Clorazepato NORMON. Pacientes de edad avanzada, pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: Se recomienda disminuir la posología; por ejemplo, la mitad de la posología media puede ser suficiente.	Clorazepato NORMON 5, 10 y 15 mg cápsulas duras están indicados en todas las manifestaciones de ansiedad que puedan presentarse en la psicopatología cotidiana y cuya intensidad no alcance una dimensión psiquiátrica: • Estados de ansiedad, aislados o asociados a una afección orgánica, con o sin insomnio. • Estados depresivos con componente ansioso, desde la inquietud a la angustia, tanto esenciales como reactivos. • Trastornos del comportamiento debidos a la ansiedad: irritabilidad y trastornos del carácter, hiperemotividad y conflictos afectivos.	Contraindicaciones • Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. • Miastenia gravis. • Hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas. • Insuficiencia respiratoria descompensada severa. • Síndrome de apnea del sueño. • Insuficiencia hepática severa. • Niños: las cápsulas de 5 mg no deben administrarse a niños menores de 30 meses de edad. Se recomienda no administrar las cápsulas de 10 mg y 15 mg a niños.	Al igual que ocurre con otras benzodiazepinas, la sobredosis no representa una amenaza vital a no ser que su administración se combine con otros depresores centrales (incluyendo alcohol). La sobredosificación con benzodiazepinas se manifiesta generalmente por distintos grados de depresión del sistema nervioso central, que pueden ir desde somnolencia hasta coma. En casos moderados, los síntomas incluyen somnolencia, confusión y letargia. En casos más serios, pueden aparecer ataxia, hipotonía, hipotensión, depresión respiratoria, raramente coma y muy raramente muerte.
Alprazolam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	⇒ Vía oral/ tabletas de 2mg	0.5-4.0 mg al día	Alprazolam está indicado en el tratamiento de trastornos por ansiedad generalizada y en el tratamiento de trastornos por angustia con o sin agorafobia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilidad al fármaco ▪ Glaucoma agudo ▪ Psicosis ▪ Trastornos psiquiátricos sin ansiedad ▪ Riesgo en embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Aturdimiento • Cefalea • Hostilidad • Hipotensión • Taquicardia • Náusea • Vómito
Bromazepam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del	⇒ Vía oral/ comprimido de 3mg	1.5 a 3 mg cada 12 horas	Bromazepam Tarbis es eficaz en el tratamiento de enfermedades que cursen con síntomas tales como	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilidad al fármaco ▪ Dependencia ▪ Estado de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiporreflexia • Ataxia • Somnolencia

	receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador			ansiedad, angustia, obsesiones, compulsiones, fobias e hipocondrías. Bromazepam Tarbis está indicado en el tratamiento de las reacciones emocionales exageradas que surgen de situaciones conflictivas y de estrés. Está igualmente indicado en estados en los que existe dificultad de contacto interpersonal y de comunicación; trastornos de la conducta, agresividad excesiva, inadaptaciones escolares y como auxiliar en psicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coma ▪ Insuficiencia renal ▪ Glaucoma ▪ Riesgo en embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Miastenia • Apnea • Insuficiencia respiratoria • Depreciación del estado de conciencia
Clorazepam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	⇒ Vía oral/ comprimidos de 0.5-2,h	<p>>de 10 años y adultos:</p> <p>Dosis inicial 0.5 mg/dosis cada 8 hrs</p> <p>Dosis de mantenimiento: 0.05-0.2 mg/kg/ día</p> <p>Dosis máxima: 20 mg/día</p>	Tratamiento de las crisis epilépticas generalizadas: tonicoclónicas (gran mal), clónicas, ausencias atípicas, mioclónicas, atónicas-acinéticas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilidad a las benzodiazepinas ▪ No utilizar en pacientes con insuficiencia hepática ▪ No utilizar en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Mareos • Fatiga • Irritabilidad • Aumento de secreciones en vías aéreas • Erupción cutánea
Midazolam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vía intramuscular ⇒ Vían intravenosa 	<p>IM: 70 a 80 µg/kg de peso corporal.</p> <p>IV: 35 µg/ kg de peso corporal una hora antes del procedimiento quirúrgico. Dosis total: 2.5 mg</p>	<p>Para los adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEDACIÓN CONSCIENTE antes y durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos con o sin anestesia local. • ANESTESIA <ul style="list-style-type: none"> - Premedicación antes de la inducción de la anestesia. - Inducción de la anestesia. - Como componente sedante en la anestesia combinada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilidad a las benzodiazepinas ▪ Miastenia gravis ▪ Glaucoma ▪ Estado de choque ▪ Coma ▪ Intoxicación alcohólica ▪ Riensgo en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradipnea • Apnea • Cefalea • Hipotención arterial

	ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador			<ul style="list-style-type: none"> • SEDACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Para los niños: • SEDACIÓN CONSCIENTE antes y durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos con o sin anestesia local. • ANESTESIA <ul style="list-style-type: none"> - Premedicación antes de la inducción de la anestesia. • SEDACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS 		
Triazolam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	⇒ Vía oral/ tableta 0.1125mg	0.125mg antes de dormir	Halcion (Triazolam) está indicado en el tratamiento de pacientes con insomnio transitorio. Al igual que el resto de las benzodiazepinas, Halcion está sólo indicado cuando el trastorno del sueño es agudo, discapacitante, o causa agotamiento extremo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia ▪ Estado de choque ▪ Riesgo en embarazo ▪ Hipersensibilidad al fármaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiporreflexoa • Ataxia • Misstenia gravias • Apnea • Somnolencia • Depresión del estado de conciencia • Dependencia • Insuficiencia respiratoria
Buspirona	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o	⇒ Oral tabletas de 5-10mg	Dosis inicial recomendada: 5mg tres veces al día y luego adicionar 5mg cada dos días hasta alcanzar dosis de 15 mg tres veces al día	Tratamiento de ansiedad de tipo cognitivo como ira, hostilidad, preocupación y depresión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilidad ▪ Insuficiencia hepática o renal grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareo • Náuseas • Cefalea • Nerviosismo • Insomnio • Fatiga • Excitación • Sudoración

	estimuladores del paso previo preactivador					
Flumazenil	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades a/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades a/y. Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas se han definido como «moduladores aloscéricos positivos» para GABA o estimuladores del paso previo preactivador	⇒ Vía intravenosa ⇒ Vía parenteral	0.3 a 0.6mg, cada 6 horas por 24 horas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para la reversión sedación cuando la sedación inducida por un tratamiento con benzodiazepinas 2. Para la recuperación de la toxicidad de las benzodiazepinas en sospecha de sobredosis 3. Tratamiento de la encefalopatía hepática 	<p>El uso de flumazenil puede precipitar síntomas de abstinencia de benzodiazepinas. Pueden ocurrir convulsiones como resultado de la administración de flumazenil. La probabilidad de convulsiones aumenta si flumazenilo se administra a pacientes con trauma en la cabeza o a pacientes que se sabe que dependen de las benzodiazepinas. El flumazenil debe utilizarse también con precaución en la unidad de cuidados intensivos, donde existe la posibilidad de una dependencia de benzodiazepinas no reconocida.</p> <p>El flumazenil debe utilizarse con precaución en pacientes que tienen un historial de abuso de sustancias o que se sabe que abusan de sustancias.</p> <p>No se recomienda para su uso en la intoxicación por antidepresivos cíclicos.</p> <p>El flumazenil no debe utilizarse en pacientes con estado epiléptico, convulsiones, o aumento de la presión intracraneal debido a la posible precipitación de convulsiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Palpitaciones • Miedo

Tabla de Antipsicóticos

Antipsicóticos: Son un grupo de fármacos utilizados principalmente en el tratamiento de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos. No obstante, con la aparición de los antipsicóticos de nueva generación, su espectro de indicaciones se ha ampliado considerablemente.

Nombre	Mecanismo de acción	Vía de Administración	Indicaciones Terapéuticas	Dosis	Efectos adversos	Contraindicaciones
Pimozida	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT ₂ y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	Vía oral	Psicosis aguda y crónica Trastornos de ansiedad	<p>Psicosis Adultos: La dosis inicial recomendada en pacientes con esquizofrenia crónica es de 2 a 4 mg una vez al día, con incrementos semanales de 2 a 4 mg hasta alcanzar un nivel de efectos terapéuticos satisfactorio o hasta que se presenten unos efectos adversos excesivos. La dosis media de mantenimiento es de 6 mg al día con el intervalo habitual de 2 a 12 mg por día. La dosis máxima diaria es de 20 mg.</p> <p>Los pacientes deben de ser controlados regularmente para asegurarse de que se está utilizando la dosis mínima eficaz.</p> <p>Trastornos de ansiedad Adultos: 2 mg 1 vez al día, administrados en una toma única (2 comprimidos de Orap 1 mg).</p>	Anorexia, insomnio, mareo, somnolencia, cefalea, temblor, letargia, visión borrosa, estreñimiento, sequedad de boca, vómitos, hiperhidrosis, hiperactividad de glándulas sebáceas, nicturia, poliuria, disfunción eréctil, postración, depresión, agitación, inquietud, trastorno extrapiramidal, acatisia, hipersecreción salivar, rigidez muscular.	Hipersensibilidad. Depresión SNC, estado comatoso, trastorno depresivo, Parkinson. Prolongación QT congénita o adquirida, o historial familiar, historial de arritmias cardíacas o torsades de pointes (realizar ECG previo). Hipocaliemia, hipomagnesemia, bradicardia clínicamente significativa.
Clorpromazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT ₂ y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	⇒ Vía oral ⇒ Vía parenteral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psicosis ○ Delirio ○ Confusión ○ Esquizofrenia 	<p>Dosis inicial 25-50 mg/día.</p> <p>Dosis de mantenimiento 25/50mg/8h (máxima 300mg/día)</p> <p>Vía I.M o perfusión Vía intravenosa 25-50mg varias veces al día hasta una dosis máxima de 150 mg/día</p>	Algunas de las reacciones adversas de la clorpromazina pueden producirse con más probabilidad o con mayor intensidad en pacientes con algún problema médico especial como la insuficiencia mitral o el feocromocitoma. Así, algunos pacientes con estas condiciones subyacentes han experimentado graves	La clorpromazina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a las fenotiazinas. No se debe utilizar en estados comatosos o en presencia de alcohol, barbitúricos y otros fármacos depresores del sistema nervioso central. Los pacientes con depresión de la médula ósea o que hayan mostrado reacciones de

					hipotensiones después de un tratamiento con clorpromazina a las dosis recomendadas. Algunas de las reacciones adversas más frecuentes observadas durante los tratamientos con clorpromazina son: Somnolencia, usualmente ligera a moderada, durante las primeras dos semanas, desapareciendo poco después en la mayoría de los casos.	hipersensibilidad como ictericia o discrasias sanguíneas no deberán ser tratados con clorpromazina.
Flufenazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	⇒ Vía parenteral ⇒ Vía oral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psicosis ○ Esquizofrenia 	La dosis y frecuencia óptima se determinan para cada paciente Dosis inicial 12.5-25mg Terapia de mantenimiento; una única administración puede ser eficaz para 4 semanas o más No exceder 100mg.	Los medicamentos pueden producir algunos efectos no deseados además de los que se pretenden obtener. Algunos de estos efectos requieren atención médica. Los siguientes efectos no deseados se pueden presentar en raras ocasiones y requieren atención médica en forma inmediata, como los siguientes: las más comunes parecen ser las reacciones extrapiramidales agudas (acatisia, distonía y síndrome parkinsoniano) que aparecen con más frecuencia que tras el uso de fenotiacinas alifáticas. El uso prolongado puede provocar discinesia tardía.	Hipersensibilidad, lesión encefálica subcortical, concomitancia con dosis elevadas de depresores del SNC, comatosos, depresión severa, discrasias sanguíneas, lesión hepática, párkinson, glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia prostática, niños < 3 años.
Periciazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-	⇒ Vía parenteral ⇒ Vía oral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Agitación ○ Neurosis ○ Psicosis 	Agitación: 10-60 mg/día, en 2-3 tomas Neurosis, psicosis: 50-250mg/día en 2-3 tomas	I.R./I.H., antecedente de enf. hepática, ancianos, afección cardiovascular grave (hipotensión), pacientes parkinsonianos, factores de riesgo de ACV, epilepsia	Hipersensibilidad a fenotiazinas, riesgo de glaucoma de ángulo agudo o de retención urinaria ligada a problemas uretroprostáticos, enf. de Parkinson,

	HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.				(vigilancia clínica y evaluación EEG) el umbral epileptógeno puede descender, factores de riesgo para el tromboembolismo, ancianos con psicosis relacionada con demencia (presentan > riesgo de muerte)	antecedentes de agranulocitosis o porfiria. Asociación con: levodopa (antagonismo, si aparece s. extrapiramidal inducido por neuroleptico no usar levodopa sino un anticolinérgico), alcohol (aumenta sedación), guanetidina (disminución de efecto antihipertensivo), sultoprida (mayor riesgo de alteración del ritmo ventricular). Niños < 3 años.
Clotiapina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	⇒ Vía oral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad ○ Esquizofrenia ○ Psicosis ○ Delirio ○ Manía ○ Insomnio 	Psicosis: Tratamiento de ataque, 120-160mg máximo de 360 mg/día. Dosis de mantenimiento: 60-80mg en varias tomas Insomnio: 20-60 mg al acostarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acatisia ▪ Rigidez muscular ▪ Contracción muscular intensa ▪ Reducción del deseo sexual y/o retraso en alcanzar el orgasmo ▪ Sonolencia diurna 	- Hipersensibilidad conocida al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Estados comatosos o de depresión grave del sistema nervioso central
Levomepromazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vía oral comprimidos de 25 y 100mg ⇒ Via parenteral ampollas de 25mg ⇒ Solución oral 40mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad ○ Agitación ○ Depresión ○ Psicosis 	Pacientes psicóticos 100-200 mg/día en 2-3 tomas No psicóticos 25-75 mg/día en 2-3 tomas Por vía intramuscular 75-100mg/día en 3-4 inyecciones, como tratamiento de ataque y bajo vigilancia médica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedación diurna ▪ Sensación de aturdimiento ▪ Sequedad de boca ▪ Mareo por proucir hipotensión arterial ▪ Mareo por producir hipotención arterial 	- Alergia a levomepromazina o [ALERGIA A FENOTIAZINAS]. - Puede exacerbar la enfermedad en pacientes con [DEPRESIÓN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL], [DEPRESIÓN MEDULAR], estados de [COMA] o [FEOCROMOCITOMA] (riesgo de reacciones de hipertensión).
Perfenazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores	⇒ Vía oral comprimidos de 8 mg	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad ○ Esquizofrenia ○ Psicosis ○ Delirio ○ Manía 	Dosis usual 4mg/8h (máximo 8mg/8h)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somnolencia diurna inicial ▪ Sensación de inquietud con necesidad de moverse ▪ Rigidez muscular ▪ Contracción muscular intensa 	Deben no debe administrarse en casos de: - Hipersensibilidad a la perfenazina o a otros fármacos del grupo de las fenotiazinas. - Hipersensibilidad a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Los pacientes

	noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de deseo sexual 	con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia total de lactasa o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar Decentán.
Pipotiazina	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vía parenteral comprimidos de 10mg ⇒ Vía oral ⇒ Vía intravenosa ⇒ Perfusión I.V intermitente ⇒ Perfusión I.V continua 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad ○ Esquizofrenia ○ Psicosis ○ Delirio ○ Manía 	Dosis usual 100mg/ 4 semanas, pudiendo incrementarse la dosis, en función de la respuesta, hasta un máximo de 200mg/4 semanas	I.R./I.H., ancianos, enf. cardiovascular grave, epilépticos, tratados con antiparkinsonianos, pacientes con factores de riesgo de ACV. En caso de hipertermia inexplicable suspender por riesgo de SNM. Si aparece fiebre o infección realizar análisis para descartar posible agranulocitosis. Riesgo de: prolongación QT (torsades de pointes), en particular, en bradicardia, hipocaliemia y prolongación QT congénita o adquirida, evaluar para excluir riesgo antes y/o durante tto.; tromboembolismo venoso.	Hipersensibilidad a fenotiazinas, riesgo de glaucoma de ángulo agudo o de retención urinaria por problemas uretroprostáticos, enf. de Parkinson, antecedente de agranulocitosis o porfiria. Asociación con: levodopa (antagonismo recíproco, si aparece s. extrapiramidal emplear anticolinérgico); alcohol (aumenta sedación). Embarazo y lactancia.
Haloperidol	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vía oral comprimidos de 0.5 y 10mg ⇒ Solución oral de 20 mg/ml ⇒ Vía parenteral ampollas de 50mg viales depot de 200mg 	Como neuroléptico en: <ul style="list-style-type: none"> - Delirios y alucinaciones en: o esquizofrenia aguda y crónica o paranoia o confusión aguda, alcoholismo (síndrome de Korsakoff) - Delirio hipocondríaco - Trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, límite y otras personalidades 	Dosis inicial: 0.5mg/8-12h con dosis de mantenimiento de 1-15mg diarios En esquizofrenia crónica y tratamiento de ataque de psicosis, dosis inicial de 15mg/día, en casos resistentes son necesarias dosis de hasta 60-100mg/día en 2-3 tomas diarias	Somnolencia diurna inicial Sensación de inquietud con necesidad de moverse Rigidez muscular Contracción muscular intensa Reducción de deseo sexual y/o retaso en alcanzar el orgasmo	Hipersensibilidad al haloperidol o a alguno de los excipientes. - Estado comatoso. - Depresión del SNC producida por el alcohol u otros medicamentos depresores. - Enfermedad de Parkinson. - Lesión de los ganglios basales.
Sulpride	Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores	Vía oral comprimidos de 50-200 mg Vía parenteral, ampollas de 100mg	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Fobias Delirio Esquizofrenia Paranoia Delirio y vértigo 	Neurosis y vértigo 50-100 mg/8h Psicosis: 100-200mg/6h Vía I.M 600-800 mg/día (durante 15-20 días)	I.R., ajustar dosis. HTA. Ancianos: pueden precisar menor dosis inicial y ajuste más gradual, controlar función cardíaca, riesgo de hipotensión ortostática, sedación y trastornos extrapiramidales (discinesia tardía, vigilar signos precoces); aumento de	Hipersensibilidad a sulpirida. Tumores prolactina-dependientes concomitantes (prolactinoma de glándula pituitaria y cáncer de mama). Feocromocitoma. Pacientes con prolongación del intervalo QT como síndrome de QT congénito, o situaciones clínicas que

	noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.				mortalidad en ancianos con demencia. Suspender tto. en caso de hipertermia de origen no diagnosticado, riesgo de SNM. Enf. de Parkinson. Epilepsia o antecedentes de crisis convulsivas, vigilar. Niños, eficacia y seguridad no investigada.	supongan un riesgo añadido, tales como: bradicardia clínicamente relevante (<50 lpm), historia de arritmias sintomáticas, cualquier otra enf. cardíaca clínicamente relevante, tto. concomitante con antiarrítmicos clase I o III y con cualquier medicamento capaz de prolongar el intervalo QT. Asociación con levodopa o medicamentos antiparkinsonianos (incluido ropirinol).
--	--	--	--	--	---	---

Tabla de antidepresivos

Antidepresivos: Los fármacos con actividad antidepresiva tienen en común la capacidad de promover la actividad de los sistemas monoaminérgicos, especialmente el noradrenérgico y el serotoninérgico.

Nombre	Mecanismo de acción	Vías de administración	Indicaciones Terapéuticas	Dosis	Efetos Adversos	Contraindicaciones
Imipramina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)	Vía oral Vía parenteral	[DEPRESIÓN]: - Estados depresivos de cualquier etiología, sintomatología y gravedad. - Depresión y distimias depresivas en niños, adolescentes, y ancianos. - Síndromes depresivos debidos a arteriosclerosis, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, enfermedades somáticas crónicas, síndrome doloroso crónico y alcoholismo. Crisis de [ANGUSTIA] ("panic attacks"). Terroros nocturnos. [ENURESIS NOCTURNA]: en mayores de 5 años y cuando se descarte causa orgánica. [DOLOR CRÓNICO].	Depresión y síndrome depresivo en pacientes ambulatorios: inicialmente, 25 mg/8-24 h, pudiendo incrementarse a lo largo de una semana, en función de la respuesta clínica, hasta un máximo de 150-200 mg/día; posteriormente, se irá reduciendo hasta la dosis usual de mantenimiento que es de 50-100 mg/día.	- Alteraciones cardiovasculares ([ANGINA DE PECHO], [ARRITMIA CARDIACA], [HIPERTENSIÓN], [INSUFICIENCIA CARDIACA], [INSUFICIENCIA CORONARIA]): aumenta el riesgo de arritmias, bloqueo cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. - Alteraciones hematológicas: existe riesgo de [AGRANULOCITOSIS]. - [EPILEPSIA]: puede disminuir el umbral convulsivo. - [ESQUIZOFRENIA], [PSICOSIS]: puede aumentar el riesgo de alteraciones psicóticas.	Hipersensibilidad a imipramina, hipersensibilidad cruzada a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzazepinas, estadio agudo del infarto de miocardio. Concomitante, ó 14 días antes o después del tto. con un IMAO y con inhibidores reversibles selectivos de la MAO, como moclobemida.

Duloxetina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)	Vía oral	Tratamiento de los episodios depresivos mayores. Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos. Tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada	- Episodios depresivos mayores y pacientes con episodios depresivos mayores comórbidos: inicial y mantenimiento: 60 mg/día. - Trastorno de ansiedad generalizada: inicial: 30 mg/día. Mantenimiento: 60 mg. Puede considerarse un escalado de la dosis de hasta 90 o 120 mg en aquellos con respuesta insuficiente a 60 mg (según respuesta clínica y tolerabilidad).	Antecedentes de manía o diagnóstico de trastorno bipolar o convulsiones; hipertensión intraocular o riesgo de glaucoma de ángulo estrecho; pacientes cuya patología de base se pueda comprometer por un aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial; concomitante con otros antidepresivos (en especial con IMAO reversibles selectivos),	Hipersensibilidad, enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática, enfermedad renal grave, hipertensión arterial no controlada. En combinación con: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) irreversibles no selectivos; inhibidores del citocromo P-450 (CYP) 1A2 como fluvoxamina, ciprofloxacino o enoxacino.
Fluoxetina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)	Vía oral Vía parenteral	Adultos: Episodio depresivo mayor. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Bulimia nerviosa: Fluoxetina Mylan está indicado como complemento a la psicoterapia para la reducción de los atracones y las purgas. Niños a partir de los 8 años y adolescentes: Para episodios depresivos de moderados a graves, si no hay respuesta a la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones. El tratamiento antidepresivo debe ofrecerse a los niños o jóvenes con depresión de moderada a severa sólo en combinación con una terapia psicológica concurrente.	- [Depresión]: 20 mg/24 h, por la mañana, después de varias semanas de tratamiento, puede incrementarse la dosis diaria [Bulimia]: 60 mg/día. Trastorno obsesivo compulsivo]: 20-60 mg/día. Dosis iniciales de 40-60 mg, demostraron un comienzo de acción más rápido que los que recibieron 20 mg/día. Dosis máxima para cualquier indicación: 80 mg/día.	- Suicidio: como con otros antidepresivos existe el riesgo de suicidio, especialmente al inicio del tratamiento, debido a que el efecto terapéutico completo puede demorarse 3-4 semanas. - Suspensión del tratamiento: la interrupción brusca del tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina ISRS puede originar reacciones adversas, entre las que se incluyen frecuentemente náuseas y vómitos.	Asociación con un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO): la fluoxetina no deberá administrarse en combinación con IMAO, ni tampoco durante los 14 días posteriores a la suspensión de un tratamiento con un IMAO. Debido a que fluoxetina y su principal metabolito tienen vidas medias de eliminación prolongadas, deberá pasar un mínimo de 5 semanas entre la suspensión de fluoxetina y el comienzo de un tratamiento con IMAO. - Insuficiencia renal grave (ritmo de filtración glomerular < 10 ml/min). - Epilepsia inestable o incontrolada.
Fluvoxamina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)	Vía oral Vía parenteral	Depresión y trastorno obsesivo-compulsivo	Vía oral. Iniciar con 50 o 100 mg/día. Dosis recomendada: 100 mg/día (por la noche), se puede ajustar a las 3-4 semanas. Máximo: 300 mg/día.	En caso de historial de intentos de suicidio u otros trastornos psiquiátricos, controlar la aparición de ideas de suicidio. Agitación psicomotora. Al retirar el tratamiento pueden aparecer síntomas de retirada.	Hipersensibilidad a la fluvoxamina. Combinación con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): iniciar como mínimo 2 semanas después de finalizar con IMAO irreversibles, o al día siguiente de finalizar con IMAO reversibles, y esperar 1 semana entre la interrupción de fluvoxamina y la administración de cualquier IMAO.
Mirtazapina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad	Vía oral Vía parenteral	Tratamiento de episodios de depresión mayor.	Adultos La dosis eficaz diaria que se utiliza generalmente es de entre 15 y 45 mg; la dosis de inicio es de 15 ó 30 mg. En general, mirtazapina empieza a actuar después de 1-2 semanas de	Se han notificado reacciones adversas cutáneas graves (RACG), como síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), necrólisis epidérmica tóxica (NET), reacción medicamentosa con eosinofilia y	Alergia a mirtazapina. - POSTINFARTO DE MIOCARDIO: ante el riesgo de producir bloqueo cardíaco.

	por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)			tratamiento. El tratamiento con una dosis adecuada debe proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. S	síntomas sistémicos (DRESS), dermatitis ampollosa y eritema multiforme en asociación con el tratamiento con mirtazapina (ver sección 4.4). Los pacientes con depresión presentan varios síntomas relacionados con la enfermedad misma. Por tanto, a veces es difícil diferenciar los síntomas que son resultado de la propia enfermedad o debidos al tratamiento con mirtazapina.	
Paroxetina	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)		<ul style="list-style-type: none"> - [Depresión]: Tratamiento de la depresión y profilaxis de las recaídas y recidivas de la depresión. El tratamiento prolongado con paroxetina mantiene su eficacia durante periodos de hasta 1 año. - [Trastorno obsesivo compulsivo]: tratamiento de estos trastornos y profilaxis de las recaídas. - [Angustia]: crisis de angustia. - [Fobia social]: tratamiento. 	<p>[Depresión]: 20 mg/día. En algunos pacientes pueden precisarse dosis superiores, debiendo incrementarse la dosis en fracciones de 10 mg (generalmente cada semana), hasta un máximo de 50 mg/día</p> <p>[Trastorno obsesivo compulsivo]: inicialmente, 20 mg/día, si es necesario, incrementar en fracciones de 10 mg semanalmente hasta la dosis usual de 40 mg/día, dosis máxima 60 mg/día.</p> <p>- [Angustia]: inicialmente 10 mg/día, por la mañana, en caso necesario incrementar en fracciones de 10 mg semanalmente hasta la dosis de 40 mg/día, dosis máxima 60 mg/día.</p>	Alteraciones bipolares y maanías Epilepsia Hiponatremia Insuficiencia hepática Insuficienci renal	- Alergia a paroxetina.
Trazodona	Se trata de fármacos que inhiben la actividad de uno o varios de los transportadores situados en la presinapsis y que se encargan de recaptar la correspondiente monoamina. Presentan afinidad por uno o varios de los transportadores de las monoaminas noradrenalina (NET o SLC6A2), serotonina (SERT o	Vía oral Vía parenteral	<ul style="list-style-type: none"> - [DEPRESIÓN]: depresiones orgánicas, endógenas, psicógenas, sintomáticas e involutivas. Estados mixtos de depresión y ansiedad. Depresiones atípicas o enmascaradas (transtornos psicosomáticos). - [TEMBLOR], [DISCINESIA]. 	Oral, adultos: - Depresiones exógenas sintomáticas y psicógenas de mediana entidad: 150-300 mg/24 h.	- Alteraciones cardiovasculares ([ANGINA DE PECHO], [ARRITMIA CARDIACA], [HIPERTENSIÓN], [INSUFICIENCIA CARDIACA], [INSUFICIENCIA CORONARIA]): aumenta el riesgo de arritmias, bloqueo cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia a trazodona u otras triazolpiridinas (como la etoperidona). - [TRASTORNOS BIPOLARES] y [MANÍA]: puede acelerar la transición hacia la fase hipomaníaca o maníaca e inducir un ciclo rápido y reversible entre la manía y la depresión.

	SLC6A4) y dopamina (DAT o SLC6A3)		- [TRASTORNOS DE AFECTIVIDAD] y [ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO]: [IRRITABILIDAD], [AGRESIVIDAD], labilidad emotiva, [APATÍA], aislamiento, disminución en la duración del sueño. - [PREMEDICACIÓN ANTES DE UNA INTERVENCIÓN]: medicación preanestésica, preendoscópica y postoperatoria.		miocardio o accidente cerebrovascular. - [EPILEPSIA]: puede disminuir el umbral convulsivo. - [ESQUIZOFRENIA], [PSICOSIS]: puede aumentar el riesgo de alteraciones psicóticas. - [HIPERTIROIDISMO]: debido al riesgo de toxicidad cardiovascular.	- [POSTINFARTO DE MIOCARDIO]: ante el riesgo de producir bloqueo cardíaco.
--	-----------------------------------	--	---	--	---	--

Tabla de Relajantes Musculares

Relajantes Musculares: Los relajantes musculares esqueléticos son fármacos que actúan sobre los centros nerviosos y deprimen la actividad del músculo esquelético, disminuyendo el tono y los movimientos involuntarios. Hay dos grupos de fármacos con acciones y finalidades diferentes

Nombre	Mecanismo de acción	Vías de administración	Dosis	Indicaciones Terapéuticas	Efectos Adversos	Contraindicaciones
Carisoprodol	El carisoprodol actúa interrumpiendo la comunicación neuronal dentro de la formación reticular y la médula espinal. La depresión del SNC produce sedación, y la percepción del dolor puede ser alterada. Algunos autores estiman que la mayoría de los beneficios observados con carisoprodol es secundaria a un efecto sedante generalizado, pero esto es difícil de verificar debido a la cantidad limitada de datos clínicos disponibles.	Vía parenteral Vía oral	Adultos y adolescentes: La dosis recomendada es de 350 mg por vía oral tres veces al día y antes de acostarse. Niños <12 años: El uso seguro y eficaz no se ha establecido en niños.	Tratamiento de las afecciones musculoesqueléticas dolorosas incluyendo espasmos musculares	Los efectos adversos más comunes durante la terapia carisoprodol son somnolencia y vértigo. También se han descrito otros efectos sobre el SNC tales como vértigo, ataxia, letargo, temblor, insomnio, agitación, irritabilidad, dolor de cabeza, depresión, y síncope. Las reacciones sistémicas incluyen debilidad, mareos, ataxia, pérdida temporal de la visión, confusión, midriasis, agitación y desorientación.	El carisoprodol está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al fármaco, a cualquiera de los componentes de su formulación o con hipersensibilidad al carbamato debido a que el carisoprodol se metaboliza a este fármaco. El carisoprodol está contraindicado en la porfiria aguda intermitente, ya que puede potenciar la enfermedad.
Clorzoxazona	No se conoce con exactitud. Los datos obtenidos en experimentos en animales sugieren que este fármaco actúa a nivel de la médula espinal y de las áreas subcorticales del cerebro inhibiendo los reflejos multisinápticos responsables de	Vía oral	Administración oral: Adultos: se recomiendan dosis de 250 a 500 mg 3 o 4 veces al día Niños: la seguridad y eficacia de la clorzoxazona no ha sido establecida	Tratamiento de las contracciones musculares de origen osteomioauricular de naturaleza traumática Tratamiento de dolor muscular originado por el síndrome de disco, torticolis, espondilitis y anquilosante	En general la clorzoxazona es bien tolerada y rara vez ha llegado a producir efectos indeseables y reacciones adversas. Han sido observadas de forma aislada las siguientes reacciones que se han asociado al uso de clorzoxazona: sangrado	La clorzoxazona está contraindicada las personas que hayan mostrado hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los componentes de la fórmula. No se recomienda el uso de este fármaco en la insuficiencia hepática, ni en los enfermos alcohólicos.

	las contracturas musculares de etiología variada. Como resultado, se produce una disminución de los espasmos musculares con alivio del dolor y aumento de la movilidad muscular.				gastrointestinal, cefalea, mareos, edema angioneurótico, daño hepático, y reacciones anafilácticas. En raras ocasiones se han comunicado rash, petequias y equimosis.	Aunque muy poco frecuentes, se han comunicado casos graves de toxicidad hepatocelular en pacientes tratados con clorzoxazona, desconociéndose los factores que predisponen a esta toxicidad.
Metocarbamol	El mecanismo exacto de la acción del metocarbamol no es conocida. A diferencia de otros bloqueantes neuromusculares, el metocarbamol no afecta la conducción nerviosa, ni a la transmisión neuromuscular ni a la excitabilidad muscular. Como ocurre en el caso del carisoprodo o de la ciclobenzaprina, tampoco tiene el metocarbamol un efecto directo sobre el músculo esquelético.	Vía oral Vía parenteral	Adultos: se recomiendan inicialmente dosis de 1.5 g cuatro veces al día durante 2-3 días, aunque en algunos pacientes pueden ser necesarias dosis de hasta 8 g/día. Para una terapia de mantenimiento se recomiendan unas dosis de 4 a 4.5 g/día distribuidas en 3 a 6 dosis divididas	Tratamiento de los espasmos musculares asociados a condiciones musculoesqueléticas dolorosas Tratamiento del tétanos	Las reacciones adversas más frecuentes reportadas están relacionadas con los efectos farmacológicos del metocarbamol: somnolencia, mareos e incoordinación. También son relativamente frecuentes la visión borrosa, fiebre, cefaleas, náuseas y vómitos, tanto después de la administración oral como o parenteral. Después de la administración del metocarbamol por vía oral puede manifestarse anorexia.	No se recomienda la administración intravenosa o intramuscular a pacientes con insuficiencia renal debido a que la solución inyectable contiene propilenglicol, una sustancia irritante para los riñones. En el supuesto que dichas inyecciones fuesen imprescindibles durante más de 3 días, se recomienda la realización de pruebas de la función renal, retirando inmediatamente el fármaco si se observase un empeoramiento de la misma. El metocarbamol se debe administrar con suma precaución o, mejor aún, no administrar a pacientes epilépticos o con historia de convulsiones: el metocarbamol puede rebajar el umbral convulsivo.
Orfenadrina	Relaja el músculo estriado por acción sobre el sistema nervioso central, donde produce cierto grado de depresión e inhibe los reflejos polisinápticos	Vía parenteral Vía oral	Intramuscular. 60 mg; si es necesario, se puede repetir cada 12 h.	Alivio del dolor asociado a espasmo del músculo esquelético. Tratamiento auxiliar del parkinsonismo.	Puede causar somnolencia, mareo, visión borrosa o desvanecimiento. Se evitará el manejo de maquinaria peligrosa y de vehículos. No se deberá ingerir alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Hay que notificar de inmediato al médico si las reacciones adversas son muy intensas y se presenta prurito, erupción cutánea, palpitaciones o confusión mental.	Glaucoma, retención urinaria debida a hipertrofia prostática o a obstrucción del cuello de la vejiga, miastenia gravis.
Tizanidina	La tizanidina es un agonista alfa2-adrenérgico de acción central que actúa en los receptores presinápticos. Está estructuralmente y	Vía oral Vía parenteral	Adultos: Una sola dosis de 8 mg PO reduce el tono muscular en pacientes con espasticidad durante un período de varias horas. El efecto pico se produce	Para el tratamiento agudo e intermitente del aumento del tono muscular asociada con la espasticidad	Los efectos adversos debidos a la tizanidina son comunes y con frecuencia están relacionados con la dosis. Las reacciones eventos adversos generalmente se	La tizanidina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a la tizanidina o a alguno de los componentes de su formulación

	farmacológicamente relacionado con la clonidina, pero sólo tiene 2-10% de la potencia antihipertensiva de esta.		en 1-2 horas y dura entre 3-6 horas. Los efectos dependen de la dosis. Ancianos: Utilice el extremo inferior del intervalo de dosis para adultos (ver dosis para adultos). Utilice tizanidina con precaución en pacientes de edad avanzada; la eliminación del fármaco puede reducirse cuatro veces. Niños: El uso seguro y eficaz no se ha establecido.		correlacionan con las propiedades farmacológicas de la tizanidina, un agonista alfa2-adrenérgico de acción central. Los eventos adversos que más frecuentemente conducen a la retirada de la tizanidina en ensayos clínicos controlados fueron: astenia (definido como debilidad, fatiga y/o cansancio) (3%), sedación (somnolencia o somnolencia) (3%), xerostomía (boca seca) (3%), el aumento de espasmo o tono (2%) y mareos (2%).	La tizanidina es un agonista alfa2-adrenérgico de acción centra que está estructural y farmacológicamente relacionada con clonidina. Aunque tizanidina tiene una menor actividad reductora de la presión arterial que la clonidina (10.2% de la potencia antihipertensiva en modelos animales), su administración puede resultar en una hipotensión significativa en algunos pacientes, especialmente con dosis más altas. Se recomienda precaución cuando tizanidina se va a utilizar en los pacientes en riesgo de desarrollar hipotensión incluidos los pacientes que tratados concomitantemente con antihipertensivos.
Bacofeno	No se conoce con exactitud el mecanismo de acción del baclofen, aunque se cree que el fármaco actúa a nivel de la médula espinal bloqueando las vías de transmisión aferentes polisináptica y monosinápticas. El baclofen inhibiría la transmisión de impulsos por estas vías actuando como un neurotransmisor inhibitorio bien por sí mismo, bien induciendo una hiperpolarización de los terminales nerviosos primarios, lo que inhibiría la liberación de neurotransmisores excitatorios como el glutamato o el aspartato	Vía oral	Adultos: Inicialmente, 5 mg tres veces al día, aumentando las dosis gradualmente cada tres días en 5 mg en cada administración (o sea 15 mg/día) hasta alcanzar las dosis de 40 a 80 mg al día. Niños > 8 años: inicialmente entre 10 y 15 mg/día en dosis divididas. Luego aumentar gradualmente hasta un máximo de 60 mg al día. Niños entre 2 y 7 años: inicialmente 10-15 mg/día en 3 dosis divididas. Las dosis se pueden aumentar gradualmente hasta un máximo de 40 mg al día.	Tratamiento de hipo persistente Tratamiento de la neuralgia del trigémino	Las reacciones adversas más frecuentes observadas con el baclofen administrado por vía oral son mareos, vértigo, debilidad, cefaleas, náuseas/vómitos, hipotensión, constipación, letargia/fatiga, confusión, insomnio y aumento de la frecuencia urinaria. Después de la administración intratecal, los efectos secundarios son similares a los de la vía oral pero adicionalmente se pueden observar convulsiones, parestesias, visión borrosa, hipotonía, disartria, hipotensión y disnea.	En los pacientes con insuficiencia renal severa (creatinina sérica > 2 mg/dl), el baclofen puede mostrar efectos tóxicos a dosis relativamente bajas a las 24-48 horas de iniciarse el tratamiento y, por consiguiente el baclofen está contraindicado en estos pacientes. El baclofen está relativamente contraindicado en pacientes que hayan experimentado hemorragias intracraneales o un accidente cerebrovascular anteriores debido al riesgo de un aumento de la depresión del sistema nervioso central, respiratoria o cardiovascular.
Dantroleno	El dantroleno sódico es un fármaco relajante muscular que actúa directamente sobre el músculo afectando la respuesta contráctil después de la unión mioneuronal. En la preparación nervio-músculo aislado, el dantroleno produce una relajación del músculo esquelético contrarrestando la respuesta	Vía oral Vía parenteral Vía intravenosa	Adultos y niños: después de una crisis de hipertermia maligna, para prevenir su repetición, se recomienda administrar 4 a 8 mg/kg/día divididos en 3 o 4 dosis Administración intravenosa Adultos y niños: La dosis inicial es de 1 mg/Kg que se debe inyectar IV rápida. Esta dosis inicial puede repetirse si fuese necesario hasta	Pre-operativamente Prevención de la hipertermia maligna Para el tratamiento de una crisis de hipertermia maligna Tratamiento de la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple, lesiones de la médula o otras condiciones espásticas	Se han publicado raros casos de muerte por hipertermia maligna incluso después de un tratamiento intravenoso con dantroleno. Muchas de estas muertes fueron debidas a un reconocimiento tardío del síndrome, dosis inadecuadas, ausencia de terapias de soporte, u otras complicaciones como fallo renal agudo o coagulación	La utilización del dantroleno por vía intravenosa en el tratamiento de una crisis de hipertermia maligna no es un sustituto de las medidas de soporte estándar. Estas medidas deben ser individualizadas pero usualmente consisten en discontinuar la administración de los factores desencadenantes, aumentar el

	contráctil del músculo en la unión neuromuscular.		que la alteraciones metabólicas y fisiológicas se controlen o hasta que se alcance una dosis total máxima de 10 mg/Kg.		intravascular diseminada. En algunos casos, los datos son insuficientes para descartar un fracaso terapéutico del dantroleno.	aporte de oxígeno, tratar la acidosis metabólica, monitorizar la excreción urinaria y el balance electrolítico y enfriar al paciente.
Diazepam	Las benzodiazepinas se ligan a un sitio unión específico en el complejo macromolecular del receptor GABAA, distinto del usado por el neurotransmisor GABA. La unión del GABA se establece en las subunidades α/B del receptor GABAA, mientras que la de las benzodiazepinas se realiza en las subunidades α/γ . Esta unión provoca cambios en la conformación del receptor, lo que aumenta la afinidad de GABA. Por ello, las benzodiazepinas activan	Vía parenteral Vía intravenosa Vía oral	Anestesiología: Premedicación: 10-20 mg I.M. (Niños 0.1-0.2 mg/kg) una hora antes de la inducción de la anestesia. Inducción de la anestesia: 0.2-0.5 mg/kg I.V. Sedación basal antes de procedimiento, exámenes e intervenciones: 10-30 mg I.V. (niños 0.1-0.2 mg/kg). Status epilepticus: 0.15-0.25 mg/kg I.V., repetir después de 10-15 minutos. Dosis máxima: 3 mg/kg en 24 horas. Estados de excitación: (Estados agudos de ansiedad y pánico, delirium tremens). Inicialmente 0.1-0.2 mg/kg I.V., pudiendo repetir a las 8 horas hasta que los síntomas cedan a cambiar la vía oral.	Medicación psicótropa (ataráxico, relajante muscular, anticonvulsivo). Uso psiquiátrico y en medicina interna (neurosis, estados de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas, fobias, estados depresivos acompañados de tensión e insomnio; en los trastornos emocionales o que acompañan a las enfermedades orgánicas como la úlcera gastrointestinal, hipertensión arterial, dermatosis pruriginosa, colitis o enfermedades funcionales del sistema digestivo, cardiovascular y genital).	Hipersensibilidad a benzodiazepinas o dependencias de otras sustancias, incluido el alcohol (excepto tto. de reacciones agudas de abstinencia), miastenia gravis, síndrome de apnea del sueño, insuf. respiratoria severa, I.H. severa, glaucoma de ángulo cerrado (rectal, oral), hipercapnia crónica severa (oral).	El DIAZEPAM es bien tolerado. Posee un amplio margen de seguridad, lo que se ha confirmado por medio de estudios toxicológicos y farmacocinéticos, pero puede llegar a presentar somnolencia, fatiga, reseca de boca, debilidad muscular y reacciones alérgicas. Otras que son menos frecuentes: amnesia anterógrada, confusión, constipación, depresión, diplopía, hipersalivación, disartria, dolor de cabeza, hipotensión, aumento o disminución de la libido, náusea, temor, incontinencia o retención urinaria, vértigo y visión borrosa. Muy raramente, elevación de las transaminasas y fosfatasa alcalina, así como reacciones paroxísticas como excitación aguda, ansiedad, trastornos del sueño y alucinaciones.

Conclusión

Definitivamente el tener consciencia de lo importante que es aprender sobre los fármacos en general es basta, debido a que como estudiantes y futuros profesionistas debemos prepararnos lo mejor posible para poder brindar un servicio de calidad a nuestros pacientes.

Al igual que eso reflexionar que en nuestras manos están un gran poder y de que los fármacos podrían ser los mejores amigos o los mayores enemigos de nuestro paciente, ya que en nuestras manos está el prescribirle el fármaco correcto y que lo ayude a sentirse mejor. Es por eso que debemos estudiar con determinación, esmero y responsabilidad estos fármacos que serán nuestro aliados durante toda la vida.

Referencias Bibliográficas

- FICHA TÉCNICA*. (n.d.). Retrieved May 21, 2021, from https://international.kyowa-kirin.com/share/pdf/FT_ORAMORPH.pdf
- PROSPECTO MORFINA B. BRAUN 20 mg/ml SOLUCION INYECTABLE*. (2015). Aemps.es. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/42592/Prospecto_42592.html#:~:text=Braun-,Morfina%20B.,%2C%20subcut%C3%A1nea%2C%20epidural%20e%20intratecal
- Vidal Vademecum. (2019, April 26). . Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-oxicodona-n02aa05>
- FICHA TÉCNICA*. (n.d.). Retrieved May 21, 2021, from <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2017/8/30/118368.pdf>
- CODEÍNA*. (n.d.). <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/190/CODEiNA.pdf>
- CODEINA*. (2021). Humv.es. http://www.humv.es/webfarma/Informacion_Medicamentos/Formulario/Codeina.HTM
- FICHA TÉCNICA*. (n.d.). https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/65724/65724_ft.pdf
- Vidal Vademecum. (2018, April 16). . Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>
- Vidal Vademecum. (2019, April 26). . Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-fentanilo%2C+analgesico-n02ab03#:~:text=Agonista%20opi%C3%A1ceo%2C%20produce%20analgesia%20y,opioide%20%C2%B5%2C%20principalmente%20en%20SNC>
- Vidal Vademecum. (2016, June 30). . Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-naloxona-v03ab15>
- Vidal Vademecum. (2018, June 11). . Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-metadona-n07bc02>
- . (2021). Mhmedical.com. https://accessmedicina.mhmedical.com/data/AccessMedicina/Vidal/FT_N07BC02.html#:~:text=Mecanismo%20de%20acci%C3%B3n%3A,actividad%20en%20los%20receptores%20%C2%B5.
- Diazepam Solución inyectable Ans*. (2021). Unam.mx. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/65.HTM#:~:text=Mecanismo%20de%20acci%C3%B3n%20de%20Diazepam,situados%20en%20la%20membrana%20postsin%C3%A1ptica
- Ceruelo Bermejo, J., & García Rodicio, S. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 14(10), 637–647. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(07\)71951-5](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(07)71951-5)