



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS  
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

Cuadro Básico y Catálogo Institucional Edición 2018

# Anestesia

Grupo Terapéutico No. 2.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0202.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Diazepam. Solución inyectable 10 mg/ 2 ml.		
<b>Presentación del producto:</b> 50 ampolletas con 2 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Benzodiacepina. Relajantes del Músculo Esquelético.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Preanestésico. Ansiedad. Epilepsia y síndrome convulsivo. Espasmo muscular.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Las acciones anticonvulsivantes de las benzodiacepinas, así como otros efectos que se producen a dosis no sedantes, son resultado en gran parte de su capacidad para mejorar la inhibición sináptica mediada por GABA. A concentraciones terapéuticamente relevantes, las benzodiacepinas actúan como subconjuntos de los receptores GABA y aumentan la frecuencia, pero no la duración, de la apertura de los canales en Cl <sup>-</sup> activados por GABA. A concentraciones más elevadas, el diazepam y muchas otras benzodiacepinas pueden reducir el disparo de alta frecuencia sostenida de las neuronas, similar a los efectos de la fenitoína, carbamazepina y valproato. Aunque estas concentraciones corresponden a las concentraciones alcanzadas en los pacientes durante el tratamiento del estado epiléptico con diazepam, son considerablemente más altas a las asociadas con efectos anticonvulsivos o ansiolítico en pacientes ambulatorios.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> Después de la administración por vía intravenosa, las benzodiacepinas se redistribuyen de la manera típica a la de los agentes altamente liposolubles. Después de una inyección intramuscular, la absorción puede ser errática y la concentración plasmática máxima disminuye en comparación con la obtenida después de una dosis oral. El diazepam es altamente liposoluble y atraviesa la barrera hematoencefálica; actúa rápidamente en el cerebro, y sus efectos iniciales disminuyen rápidamente conforme se redistribuye en los depósitos de grasa y tejidos. El diazepam tiene una vida media bifásica con una fase de distribución inicial rápida y una fase de eliminación terminal prolongada de 1 a 2 días; su acción es adicionalmente prolongada incluso hasta por un tiempo de vida de 2 a 5 días, al de su principal metabolito activo, desmetildiazepam (nordazepam). El diazepam y desmetildiazepam se acumulan en dosis repetidas y la proporción relativa del desmetildiazepam en el cuerpo aumenta con el uso a largo plazo. No se ha encontrado una correlación simple entre las concentraciones plasmáticas de diazepam o sus metabolitos y su efecto terapéutico. El diazepam se metaboliza ampliamente en el hígado, a través de la isoenzima CYP2C19 del citocromo P450; además para el desmetildiazepam, sus metabolitos activos incluyen oxazepam y temazepam. Se excreta en la orina, principalmente en la forma de metabolitos libres o conjugados. El diazepam se enlaza en un 98 a 99% a las proteínas plasmáticas. La vida media de eliminación en el plasma y /o sus metabolitos, se prolonga en los recién nacidos, en los ancianos y en pacientes con enfermedad hepática. Además atraviesa la barrera hematoencefálica, y tanto el diazepam, como sus metabolitos también atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en la leche materna.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> En casos de hipersensibilidad a las benzodiacepinas, miastenia grave, intoxicación alcohólica aguda con manifestaciones de depresión, estado de coma o de choque, psicosis, hipoxia, edema cerebral, glaucoma de ángulo estrecho, depresión mental, durante la lactancia. Usar con precaución en pacientes con alteraciones hepáticas, renales o pulmonares. En individuos con hipoalbuminemia, causa depresión profunda. Produce tolerancia y farmacodependencia. Interactúa con diversos fármacos, especialmente con los que afectan el sistema nervioso central. Los niños y los ancianos son más susceptibles a sus efectos.		
<b>PRECAUCIONES:</b> Evitar su uso en pacientes de edad avanzada, ya que una mayor sensibilidad puede aumentar el riesgo de deterioro cognitivo, delirio, caídas, fracturas y accidentes automovilísticos (puede ser apropiado para trastornos convulsivos, trastornos oculares rápidos del movimiento ocular, abstinencia de benzodiacepinas, extracción de etanol, trastorno de ansiedad generalizada, anestesia perioperatoria y atención al final de la vida). En particular, evitar en pacientes con antecedentes de		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM: 0202.00</b>	<b>Partida Presupuesta: 2531</b>	
<b>Grupo Terapéutico: Anestesia</b>	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud: Grupo II</b>	
<p><b>PRECAUCIONES(continuación):</b> caídas o fracturas (a menos que no se disponga de alternativas más seguras) y en pacientes con demencia y deterioro cognitivo debido al riesgo de efectos adversos en el SNC.</p> <p>Pacientes que reciben terapia concomitante con benzodiazepinas o depresores del SNC no se les debe negar el acceso a medicamentos de tratamiento asistidos por medicamentos (p. Ej., Metadona y buprenorfina); si es necesario el uso concomitante, se recomienda un manejo y monitorización cuidadosos. Pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o drogas.</p> <p>No se recomienda el alcohol u otros depresores del SNC. Puede producirse una mayor frecuencia o gravedad de las convulsiones con el retiro abrupto cuando se utiliza como tratamiento complementario de los trastornos convulsivos.</p> <p>No se recomienda en pacientes psicóticos. Tenga precaución en pacientes con depresión severa, latente o asociada a ansiedad ya que pueden existir tendencias suicidas. Se han reportado reacciones psiquiátricas y paradójicas con el uso de benzodiazepinas, especialmente en niños y ancianos; suspender si ocurren reacciones.</p> <p>Se debe usar con precaución en pacientes embarazadas durante el trabajo de parto y el parto ya que pueden ocurrir irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal y reacciones neonatales adversas, como hipotonía, succión deficiente, hipotermia y depresión respiratoria. Tenga precaución en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica debido al riesgo de depresión respiratoria; ajuste de dosis recomendado.</p> <p>Los pacientes ancianos o debilitados pueden desarrollar ataxia o sedación excesiva; por lo que se recomienda un ajuste de dosis.</p>		
<p><b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Se puede desarrollar tolerancia (o taquifilaxia) a los efectos sedantes de las benzodiazepinas, incluyendo el diazepam. Su uso prolongado puede producir dependencia fisiológica con o sin dependencia psicológica. Se puede producir amnesia anterógrada tras la administración de dosis terapéuticas. La mayoría de los efectos adversos asociados son dosis-dependientes y relacionadas al SNC, incluyendo: dolor de cabeza, somnolencia, ataxia, mareos, confusión, depresión, síncope, fatiga, temblores y vértigo. Puede desarrollarse tolerancia a estos efectos. Los niños y los ancianos pueden ser más susceptibles a los efectos sobre el SNC de las benzodiazepinas.</p> <p>Disartria (por ejemplo, dificultad para hablar), visión borrosa, diplopía, incontinencia, retención urinaria, y reacciones cutáneas (inespecíficas) han sido reportadas durante el tratamiento con diazepam. Se desconoce la frecuencia de éstos eventos.</p>		
<p><b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> El diazepam es metabolizado por metabolismo oxidativo, específicamente, las isoenzimas hepáticas CYP2C19 y CYP3A4. Como resultado, el diazepam es susceptible a las interacciones con fármacos que inhiben éstas enzimas hepáticas.</p>		
<p><b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular o intravenosa. <b>Adultos:</b> 0.2 a 0.3 mg por kg de peso corporal. <b>Niños con peso mayor de 10 kg:</b> 0.1 mg por kg de peso corporal. Dosis única. Sólo administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.</p>		
<p><b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Advierta al paciente que el fármaco puede causar dependencia. Animar al paciente a portar una identificación que indique que se está tomando medicamentos para controlar convulsiones. Advierta al paciente que el fármaco puede provocar somnolencia y es peor al inicio del tratamiento.</p>		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> D.		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0204.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Atropina 1 mg. /ml. Solución inyectable. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 50 ampolletas con 1 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Agente anticolinérgico, antimuscarínico.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Intoxicación por insecticida órgano fosforado.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La atropina es un inhibidor competitivo de los receptores colinérgicos autonómicos post-ganglionares. Al parecer, el nitrógeno cuaternario de la atropina, se enlaza con el ácido aspártico del receptor de transmembrana. Éstos incluyen los receptores que se encuentran en el tracto gastrointestinal y músculo liso pulmonar, glándulas exocrinas, el corazón y los ojos. La actividad de la atropina, se debe principalmente a la l-hiosciamina, la cual posee toda la actividad de los antimuscarínicos, y no a la d-hiosciamina, que esencialmente no tiene una actividad antimuscarínica periférica. El grado de sensibilidad de distintos receptores muscarínicos a los agentes antimuscarínicos es dosis-dependiente. Los receptores más sensibles están en la saliva, bronquios y glándulas sudoríparas. Después, los receptores que están en el ojo y el corazón, seguidos por los receptores en el tracto GI. Los principales efectos clínicos de la atropina son una reducción en las secreciones salivales, bronquiales y las de las glándulas sudoríparas; midriasis; cicloplegia, cambios en la frecuencia cardiaca, contracción del músculo detrusor de la vejiga y del músculo liso GI; disminución de la secreción gástrica y la disminución de la motilidad GI.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La atropina se absorbe bien después de la administración IM, endotraqueal. Las concentraciones plasmáticas máximas se encuentran dentro de los 30 minutos tras la administración IM. Después de su absorción, el fármaco se distribuye ampliamente por todo el cuerpo y cruza la barrera hematoencefálica y la placenta. Se metaboliza en el hígado a varios metabolitos incluyendo al ácido trópico. La vida media inicial de la atropina es de aproximadamente 2 a 3 horas, y la vida media terminal es de aproximadamente 12.5 horas. La atropina y sus metabolitos se excretan principalmente por vía renal y en menor medida, por las vías pulmonares y fecales.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad a los anticolinérgicos, glaucoma de ángulo estrecho, sinequias entre iris y lente, asma, estenosis pilórica orgánica; infarto miocárdico agudo, uropatía obstructiva. Usar con precaución en pacientes con íleo paralítico, miastenia grave, megacolon tóxico. Vigilar la aparición de manifestaciones de tipo atropínico, isquemia miocárdico, hemorragia hipertiroidismo, enfermedad renal y hepática.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Resequedad bucal, dificultad para deglutir y hablar, estreñimiento, náuseas, vómito, taquicardia, palpitaciones, cefalea, inquietud, desorientación, alucinaciones, mareos, insomnio, agitación, confusión, midriasis, fotofobia, retención urinaria, hiperpirexia, leucocitosis, piel caliente. Síndrome central anticolinérgico, que se caracteriza por una progresión de síntomas desde las alucinaciones hasta la sedación e inconsciencia.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: antihistamínicos H1, ácido ascórbico, butorfanol, clotiapina, fenotiazinas, metoclopramida, morfina, neostigmina, opioides, bromuro de piridostigmina, remifentanilo, rivastigmina. Interfiere en la absorción de otras medicaciones desde el tracto gastrointestinal secundario a la disminución del vaciado y motilidad gástrica.		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VAZQUEZ	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0204.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular, intravenosa. <b>Adultos:</b> 2 mg cada 20 a 30 minutos, hasta obtener respuesta de atropinización. Dosis máxima 6 mg. <b>Niños:</b> Inicial: 0.05 mg/kg de peso corporal, repetir cada 10 a 30 minutos, por 3 dosis. Mantenimiento: 0.01 mg/kg de peso corporal. Dosis máxima 0.25 mg.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Las dosis tóxicas producen taquicardia, aumento en la temperatura corporal, insomnio, confusión, excitación, alucinaciones, pudiendo pasar al delirio; en intoxicación severa, ocurre depresión del SNC, falta de circulación y depresión respiratoria.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. Atraviesa la placenta, evidencia en la leche materna. Su administración provoca taquicardia en el feto. Restringir su uso ya que inhibe la lactancia.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VAZQUEZ	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0221.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo III	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Tiopental Sódico 0.5 g. /20 ml. Solución inyectable. (G) <b>CONTROLADO</b>		
<b>Presentación del producto:</b> Frasco ampula de 20 ml y diluyente.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %. <b>Se deberán extraer del empaque hasta el momento de su uso.</b>		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico General. Barbitúrico.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Agente anestésico en procedimientos quirúrgicos cortos.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> No se conoce con precisión su mecanismo de acción. La mayoría de las teorías atribuyen la eficacia del tiopental, a una reducción global en la actividad neuronal. Los barbitúricos deprimen la actividad neuronal mediante el aumento de la conductancia de iones en la membrana (principalmente cloruro), reduciendo las despolarizaciones de la inducción por glutamato, y potencia los efectos inhibitorios del GABA. Además, los barbitúricos mejoran el enlace receptor de las benzodiazepinas y el GABA. La eficacia del tiopental en la reducción de la presión intracraneal, se debe a su capacidad para reducir el flujo sanguíneo cerebral y el volumen por el aumento de la resistencia vascular cerebral. Los posibles mecanismos de acción, incluyen una reducción en la tasa metabólica cerebral, la inhibición de vaso parálisis y actividad de búsqueda de los radicales libres. El tiopental es un barbitúrico de acción ultracorta, con acción anticonvulsiva y puede ser utilizado como agente anestésico en procedimientos breves, a las dosis recomendadas, produce pérdida de la conciencia en 15 segundos y recuperación en 5-10 minutos, sin embargo, actualmente su uso es casi exclusivamente como inductor de la anestesia general, debido a que la vida media de eliminación es de 6-12 h y las dosis repetidas pueden producir recuperación lenta de la conciencia. Tiene una acción inotrópica negativa directa y un efecto vasodilatador que reduce el retorno venoso y se acompaña de taquicardia compensadora que genera aumento del consumo de O <sub>2</sub> miocárdico. Por todo ello, no es un fármaco de elección en pacientes con cardiopatía salvo que estén en un buen grado funcional.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El tiopental alcanza rápidamente concentraciones terapéuticas plasmáticas después de la inyección IV, induciendo hipnosis dentro de los 30 segundos. El tiopental se distribuye en los tejidos grasos, en concentraciones que son 6-12 veces las concentraciones plasmáticas. Las dosis repetidas causan acumulación, con anestesia prolongada y liberación gradual del tiopental del tejido graso. Su vida media de distribución es de 8.5 min. Cruza rápidamente la placenta pero las concentraciones en el plasma del feto son considerablemente menores que en la madre. El metabolismo de los metabolitos inactivos se produce principalmente en el hígado y el resto es degradado en tejidos tales como el cerebro y los riñones. Aproximadamente del 3-5% es desulfatado a pentobarbital. La vida media de eliminación es de 3-8 horas. Los metabolitos son excretados principalmente vía renal.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> En ausencia de venas útiles. Usar con precaución en casos de disfunción respiratoria. Aumenta los efectos de otros depresores del sistema nervioso central (sedantes, hipnóticos, fenotiazinas, benzodiazepinas, alcohol. En enfermedades cardiovasculares, hipotensión o shock, en disfunción hepática o renal, mixedema, uremia, anemia severa, miastenia gravis, hipersensibilidad a los barbitúricos, estados asmáticos y porfiria latente o manifiesta.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Depresión respiratoria y apnea. Durante la inducción de la anestesia, diversos estímulos (secreción laríngea, introducción del laringoscopio) pueden provocar laringoespasma. Arritmias cardíacas, depresión circulatoria, excitación. Posquirúrgicas: temblor, dolor de cabeza, náuseas, vómito, anemia hemolítica aguda con insuficiencia renal, parálisis del nervio radical. Anafilaxia.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0221.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: adrenalina, alcohol, depresores SNC, oxitocina, Bromuro de pancuronio, probenecid, reserpina, succinilcolina, sulfonamidas, diazóxido, zinelidina, analgésicos opioides, aminofelina, midazolam.		
<b>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:</b> Intravenosa. Adultos: 3 a 4 mg/kg de peso corporal. Niños: 2 a 3 mg/ kg de peso corporal. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Este medicamento debe ser administrado por personas calificadas en el uso de anestesia intravenosa. Informar a los pacientes a evitar el consumo de alcohol u otros depresores del SNC durante 24 hrs. Asesorar a los pacientes que las drogas pueden perjudicar las habilidades durante 24 horas después de su administración y que debe tener cuidado para evitar la conducción o realizar otras tareas que requieran alerta mental.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. Atraviesa barrera placentaria y puede aparecer en pequeñas cantidades en la leche.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0226.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Ketamina 500 mg /10 ml. Solución inyectable. (G.)		
<b>Presentación del producto:</b> Un frasco ampula con 10 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico general.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción de la anestesia general.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Produce anestesia disociativa por antagonismo del influjo de Ca <sup>++</sup> en los receptores NMDA centrales y espinales, con disociación de la actividad electroencefalográfica del tálamo neocortical y del sistema límbico. Durante el estado anestésico se conserva el reflejo faríngeo, hay aumento del tono muscular y estimulación cardiorrespiratoria. Tiene acción psicoestimulante que puede llegar a las alucinaciones y el delirio, incluyendo excitación, confusión, distorsión de la imagen corporal y amnesia. Las reacciones emergentes se abaten con estimulación mínima durante la fase de recuperación y se contrarrestan con el empleo de barbitúricos de acción corta o ultracorta.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La ketamina se administra parenteralmente. Tras la inyección IM, se absorbe rápidamente. La ketamina atraviesa fácilmente la placenta y se distribuye rápidamente en los tejidos altamente perfundidos (por ejemplo, corazón, pulmón y el cerebro), seguida de los músculos y tejidos periféricos y a continuación, a la grasa. La distribución de las fases dura unos 45 minutos, con una vida media de 10-15 minutos, lo que corresponde clínicamente al efecto anestésico del fármaco. Cuando se administra por vía intravenosa, una sensación de disociación se produce a los 15 segundos, y la anestesia se produce dentro de los 30 segundos (en 3-4 minutos por la vía IM). Los efectos analgésicos de la ketamina duran de 20-45 minutos. Los efectos anestésicos son terminados por una combinación de la redistribución y la biotransformación hepática a un metabolito activo, que es aproximadamente un tercio, tan activo como la ketamina en la reducción de requerimientos del MAC halotano. La anestesia tarda de 5 a 10 minutos para la administración IV y de 12-25 minutos para la administración IM. La ketamina es metabolizada hepáticamente a norquetamina, que reduce su actividad en el SNC. La vida media de eliminación de la ketamina es de aproximadamente 2-3 horas. Los metabolitos se excretan por vía renal (90%) y fecal (5%), el 4% de una dosis administrada se excreta sin cambios en la orina. La ketamina tiene un gran volumen de distribución y un rápido aclaramiento que la hacen adecuada para la perfusión continua sin drástica prolongación de la duración de la acción, que se ha observado con el tiopental.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a la Ketamina, hipertensión arterial intensa, daño hepático. En obstetricia se emplea como analgésico y no interfiere con el trabajo de parto, pero no se recomienda como anestésico por la elevada frecuencia de acontecimientos indeseables. No mezclarlo en la misma jeringa con otros fármacos. Por sobredosis se presenta depresión respiratoria que requiere ventilación de apoyo. Los barbitúricos y los opioides prologan su efecto anestésico, aumentan los efectos de los relajantes musculares. El halotano aumenta el riesgo de efectos cardiovasculares.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Reacciones emergentes durante la fase de recuperación, acompañadas por comportamiento irracional. También ocurren crisis hipertensivas o arritmias. Puede presentarse depresión respiratoria, si la aplicación intravenosa es muy rápida y la dosis es elevada. Puede haber náuseas, vómito y anorexia, así como contracciones tonicoclónicas y otras reacciones de emergencia durante la recuperación, posiblemente acompañada de una conducta irracional (efectos raramente persisten por más de algunas horas, pero puede producirse en cualquier momento dentro de las 24 horas), temblores, dolor en la zona de aplicación, comezón, vómito, anorexia, náuseas, depresión respiratoria. Estimulación respiratoria, apnea después de una inyección rápida; laringospasmos; obstrucción de las vías respiratorias.		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0226.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Con barbitúricos o narcóticos se prolonga el período de recuperación anestésica, es incompatible con barbitúricos, y con diazepam, aumenta toxicidad con relajantes musculares, con hormonas tiroideas puede incrementar la presión de sangre y ritmo cardíaco. Interactúan con: análogos sintéticos de las hormonas tiroideas, cisatracurio, hormona tiroidea. Con el halotano, disminuye el ritmo cardíaco y pulso. La tubocurarina y otros relajantes musculares no despolarizantes., aumentan los efectos neuromusculares, dando como resultado una depresión respiratoria prolongada.		
<b>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:</b> Intravenosa o intramuscular. <b>Adultos y niños:</b> Intravenosa: 1 a 4.5 mg/ Kg. de peso corporal. Intramuscular: 5 a 10 mg/ Kg. de peso corporal. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Deberá suministrarse bajo prescripción médica con experiencia en suministrar anestésicos, equipo de resucitación listo para usarse EN CASO de emergencia.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> D, el uso durante el parto vaginal o por cesárea está sujeto a criterio del médico.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0232.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Isoflurano 100 ml. Líquido o Solución. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 100 ml de líquido o solución.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 30°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico general, anestésico halogenado.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción y mantenimiento de la anestesia general.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El mecanismo exacto por el cual actúan los anestésicos inhalatorios, se desconoce. Parece haber una correlación entre la potencia anestésica y la liposolubilidad (teoría de Meyer-Overton), que sugiere que éstos anestésicos probablemente afecten la matriz lipídica de las membranas de células nerviosas en el cerebro. Además, los estudios de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y de resonancia electrónica de spin, indican que los anestésicos locales causan un desorden de la matriz lipídica de la membrana, posiblemente por la disminución en el número de moléculas que alternan simultáneamente entre los estados entre los estados de gel y cristalino y, por consiguiente, alterando la función de la membrana. Sin embargo, también se supone que influye más en la transmisión sináptica que en la axónica, y que su efecto depende de potenciar la descarga de neurotransmisores a nivel de las sinapsis inhibitorias y de inhibir las sinapsis excitatorias.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El Isoflurano se administra por inhalación y se absorbe fácilmente a través del sistema capilar pulmonar y alcanza concentraciones sanguíneas efectivas a los 10 min. El Isoflurano tiene un coeficiente de partición sangre-a gas de 1.43, sustancialmente más bajo que el de halotano o el enflurano. En consecuencia, la inducción y la recuperación con Isoflurano, son relativamente rápidos. Los cambios en la profundidad anestésica también pueden alcanzarse con mayor rapidez con el Isoflurano, que con el halotano o el enflurano. Se distribuye ampliamente en los tejidos y órganos, incluyendo el cerebro. Más del 99% del Isoflurano inhalado se excreta sin cambios a través de los pulmones. Aproximadamente el 0.2% del Isoflurano absorbido, es metabolizado por oxidación en la CYP2E1. La pequeña cantidad de productos de degradación del Isoflurano son insuficientes para producir cualquier toxicidad renal o hepática, o de algún otro órgano. El Isoflurano no parece ser un agente mutágeno, teratógeno o carcinógeno.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a los anestésicos halogenados. Tampoco se recomienda su administración en pacientes con hipertermia maligna o miastenia grave. Potencia el efecto relajante muscular de succinilcolina, atracurio y pancuronio. La relación muscular intensa no se revierte con neostigmina. Los aminoglucósidos aumentan el efecto relajante muscular.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Temblor, sacudidas musculares, cefalea, confusión, delirio, excitación, confusión. Náuseas y vómito durante la recuperación. Taquicardia o bradicardia, hipotensión arterial, dificultad respiratoria, hipoxia.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Potencializa la acción de los relajantes musculares y la concentración alveolar mínima, se reduce con la administración concomitante de N <sub>2</sub> O y fentanilo. Interactúan con: Amiodarona, Atracurio, Captopril, Cisatracurio, Irbesartán, Metildopa.		
<b>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:</b> Inhalación. Adultos: Inducción con 0.5 % Anestesia quirúrgica 1.5 a 2 %. Mantenimiento: 0.5 a 2.5 %. Niños: 1.5 %.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser aplicado por un médico anestesiólogo.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. No se ha establecido la seguridad por lo tanto solo deberá usarse si es estrictamente necesario.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0233.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Sevoflurano 250 ml. Líquido. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 250 ml de líquido o solución.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %. <b>Se deberán extraer del empaque hasta el momento de su uso.</b>		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésicos halogenados.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción y mantenimiento de la anestesia general en diversos tipos de cirugía, particularmente cirugía de corta estancia hospitalaria en adultos y niños.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El mecanismo exacto por el cual actúan los anestésicos inhalatorios, se desconoce. Parece haber una correlación entre la potencia anestésica y la liposolubilidad (teoría de Meyer-Overton), que sugiere que éstos anestésicos probablemente afecten la matriz lipídica de las membranas de células nerviosas en el cerebro. Además, los estudios de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y de resonancia electrónica de spin, indican que los anestésicos locales causan un desorden de la matriz lipídica de la membrana, posiblemente por la disminución en el número de moléculas que alternan simultáneamente entre los estados entre los estados de gel y cristalino y, por consiguiente, alterando la función de la membrana. El sevoflurano es un anestésico inhalado volátil no inflamable para inducción y mantenimiento de la anestesia general. Es un éter metil etil fluorinado semejante al desflurano. Ambos difieren del isoflurano y halotano por su menor solubilidad en la sangre. El porcentaje de división sangre/gas es de 0.6 a 0.7, ligeramente mayor al del desflurano y del óxido nitroso, pero menor al del halotano, enflurano, isoflurano y metoxiflurano. Esta característica permite una inducción anestésica más rápida y también recuperación más corta así como una mayor precisión en el control de la anestesia ocasionado por los rápidos cambios que pueden alcanzarse en la profundidad de la anestesia.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El sevoflurano es un anestésico líquido, volátil, no inflamable que se administra por vía inhalatoria mediante un vaporizador calibrado. Se absorbe fácilmente a través del sistema capilar pulmonar. En adultos de 40 años de edad, los valores de MAC (concentración alveolar mínima que previenen los movimientos en el 50% de los pacientes sometidos a un estímulo doloroso) de sevoflurano, es el 2.1% cuando se mezcla con oxígeno, que es aproximadamente equivalente a enflurano. El MAC de sevoflurano disminuye con la edad. Debido a la baja solubilidad del sevoflurano en la sangre (coeficiente sangre / gas a 37°C es de 0.63-0.69), proporcionan una rápida inducción de la anestesia, cambios rápidos en la profundidad anestésica, seguidos de cambios en la concentración entregada, y una rápida aparición tras la interrupción de la administración. Aproximadamente el 3% del sevoflurano absorbido es biotransformado. Se distribuye en el organismo y cruza la barrera hematoencefálica. El sevoflurano es metabolizado en el hígado por la CYP2E1, donde el principal producto es el hexafluoroisopropanol. El metabolismo hepático de sevoflurano también produce compuestos fluoruros inorgánicos. Las concentraciones máximas en el suero de fluoruro poco después de la cirugía, disminuyen rápidamente. El principal producto de interés, se refiere al compuesto A y es el pentafluoroisopropanil fluorometil éter. El sevoflurano no es pungente, por tanto, no irrita las vías respiratorias. El sevoflurano, al igual que el isoflurano, muestra una adecuada estabilidad cardiovascular, la presión arterial se mantiene dentro de los niveles normales. La frecuencia cardíaca se mantiene dentro de rangos normales, sin desarrollo de taquicardia. En algunos casos puede ocurrir bradicardia con concentraciones altas. El flujo sanguíneo cerebral (FSC) aumenta ligeramente con el sevoflurano, lo cual permite conservar la autorregulación del FSC.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0233.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<p><b>CONTRAINDICACIONES:</b> Al igual que otros anestésicos halogenados, está contraindicado en pacientes con antecedentes de hipertermia maligna. No se debe usar en pacientes con hipersensibilidad al sevoflurano. Debe usarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal, así como en pacientes con riesgo de elevación de la presión intracraneal (PIC) al realizar maniobras que reducen la PIC, como la hiperventilación. Produce elevaciones transitorias de la glucosa. Es importante el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica para evitar la isquemia del miocardio en pacientes con enfermedad arterial coronaria. No es recomendable durante el embarazo, a menos que se justifique el potencial riesgo-beneficio de la madre y el feto. Se ha asociado con glucosuria y proteinuria cuando se emplea en procedimientos largos a una velocidad de flujo baja. A agosto del 2012, se han recibido reportes aislados de prolongación QT, muy raramente asociados con torsades de pointes (en casos excepcionales han sido mortales), por lo que se debe tener precaución con pacientes susceptibles.</p>		
<p><b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Como otros anestésicos volátiles, se ha observado hipotensión arterial y bradicardia relacionada con la profundidad de la anestesia. La mayoría de efectos adversos son leves a moderados y transitorios. Náusea y vómito en el postoperatorio, como una secuela común de la cirugía y la anestesia general, que puede deberse al anestésico o a otros fármacos usados en el transoperatorio o en el postoperatorio o a respuesta del paciente a la cirugía. Agitación, somnolencia, escalofríos, mareo, aumento de la salivación, trastornos respiratorios, hipertensión, taquicardia, laringitis, fiebre y leucocitosis. Eventos adversos durante el periodo de inducción con incidencia &gt;1%: Bradicardia, hipotensión, taquicardia, agitación, laringoespasma, obstrucción aérea, respiración mantenida, incremento de la tos. Eventos pos comercialización, convulsiones, paro cardíaco, casos de disfunción hepática post operatoria severa, media y moderada o hepatitis con o sin ictericia. Hipertermia maligna, reacciones alérgicas como rash, urticaria, prurito, broncoespasmo, anafilaxia o reacciones anafilactoides.</p>		
<p><b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> El sevoflurano potencializa la acción de los relajantes musculares; los depresores del SNC, el N2O y los analgésicos narcóticos disminuyen la CAM (concentración alveolar mínima) de sevoflurano. El sevoflurano es eficaz y seguro cuando se administra concurrentemente con fármacos que actúan a nivel central, autonómicos, relajantes del músculo liso, anti infecciosos, Incluidos los aminoglucósidos, hormonas y sustitutos sintéticos, derivados del plasma y agentes cardiovasculares. Es compatible con barbitúricos.</p>		
<p><b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Por inhalación. Adultos: Inducción: iniciar con 1%. Concentraciones entre 2 y 3% producen anestesia quirúrgica. Mantenimiento: con concentraciones entre 1.5 a 2.5%. Niños: concentraciones al 2%.</p>		
<p><b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser aplicado por un médico anesthesiólogo.</p>		
<p><b>Riesgo durante el embarazo y lactancia: B,</b> no es recomendable durante el embarazo, trabajo de parto y el alumbramiento vaginal, a menos de justificarse el potencial riesgo-beneficio de la madre y el feto.</p>		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0234.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Desflurano. Líquido 240 ml. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 240 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> Conservar en envases herméticamente cerrados a una temperatura de 30 grados. Almacene los frascos en posición vertical. Para evitar fugas coloque firmemente la tapa del frasco sobre la válvula, sin apretar demasiado. Mantener en su envase original hasta el momento de usarse.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico Halogenado volátil. Anestésico general.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción y mantenimiento de la anestesia general. Nota: Uso pediátrico: No se recomienda para la inducción o el mantenimiento de la anestesia en los pacientes pediátricos no intubados a través de mascarilla, debido al aumento moderado de eventos adversos respiratorios graves (laringoespasmos, tos y secreciones).		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El mecanismo exacto por el cual actúan los anestésicos inhalatorios, se desconoce. Parece haber una correlación entre la potencia anestésica y la liposolubilidad (teoría de Meyer-Overton), que sugiere que éstos anestésicos probablemente afecten la matriz lipídica de las membranas de células nerviosas en el cerebro. Además, los estudios de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y de resonancia electrónica de spin, indican que los anestésicos locales causan un desorden de la matriz lipídica de la membrana, posiblemente por la disminución en el número de moléculas que alternan simultáneamente entre los estados entre los estados de gel y cristalino y, por consiguiente, alterando la función de la membrana.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El desflurano tiene un bajo coeficiente de partición sangre/gas (0.42) y se ha reportado que su inhalación, absorción, distribución y eliminación es más rápida que el de otros anestésicos halogenados, como el isoflurano o el halotano. De hecho, dentro de los primeros cinco minutos después de su administración, la concentración alveolar alcanza el 80% de la concentración inspirada. Se excreta principalmente y sin cambios a través de los pulmones. Una pequeña cantidad se difunde a través de la piel. Aproximadamente el 0,02% del desflurano inhalado se metaboliza en el hígado y se ha detectado ácido tricloroacético en el suero y orina de los pacientes que recibieron desflurano.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> En pacientes con una susceptibilidad genética conocida o sospechada a la hipertermia maligna y en pacientes con sensibilidad conocida al desflurano o a otros agentes halogenados. El desflurano debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad arterial coronaria, aumento de la frecuencia cardíaca o hipertensión.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Comunes:</b> Tos, apnea, aumento de las secreciones, y laringoespasmos. La hipotensión y la depresión respiratoria aumentan conforme la anestesia sea más profunda. En raras ocasiones, el desflurano puede causar hiperpotasemia, que puede causar arritmias cardíacas y muerte; los pacientes con enfermedad neuromuscular latente o manifiesta, tal como la distrofia muscular de Duchenne, parecen ser los más vulnerables. El paro cardíaco ha sido reportado por la FDA como un posible efecto del desflurano. El desflurano disminuye la resistencia vascular cerebral y el consumo de O <sub>2</sub> cerebral metabólico. Bajo condiciones de normocapnia y normotensión, el desflurano produce un aumento en el flujo sanguíneo cerebral y puede aumentar la presión intracraneal en pacientes con distensibilidad intracraneal disminuida.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0234.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> <i>Alfa-bloqueadores, agentes antihipertensivos:</i> El uso combinado puede aumentar la incidencia de presión sanguínea inestable. <i>Opiáceos, benzodiazepinas:</i> el uso concomitante puede disminuir la concentración alveolar mínima del desflurano. <i>Simpaticomiméticos:</i> Aumentan el riesgo de isquemia miocárdica de los anestésicos halogenados, especialmente en pacientes predispuestos a CAD, se han reportado muertes. <i>IMAO:</i> Los pacientes que reciben inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden tener un mayor riesgo de hipotensión tras la administración de anestésicos generales; los IMAO deben ser interrumpidos durante al menos 10 días antes de la cirugía siempre que sea posible.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Inhalación. Adultos: 2-12%		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> El desflurano debe ser administrado solamente por personas entrenadas en la administración de la anestesia general por el uso de un vaporizador específicamente diseñados y destinados a un uso con desflurano.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0242.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo I	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Fentanilo de 0.5 mg. / 10 ml. Solución inyectable. (G). <b>CONTROLADO.</b>		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 6 ampolletas frascos ampula con 10 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Opiode sintético relacionado con las fenilpiperidinas. Es un agonista del receptor $\mu$ .		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia general o local. Dolor de moderada intensidad durante la cirugía.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El fentanilo es un fuerte agonista de los receptores opiáceos $\mu$ - y kappa-. Los receptores de opiáceos, se encuentran acoplados con los receptores de las proteínas G (proteínas de enlace de nucleótidos de guanina) y funcionan como moduladores, tanto positivos como negativos, de la transmisión sináptica a través de proteínas G que activan proteínas efectoras. Los sistemas opiáceos- proteína-G incluyen adenilato ciclasa- monofosfato cíclico de adenosina (cAMP) y fosfolipasa <sub>3</sub> C (PLC)-inositol 1, 4,5 trifosfato (Ins (1, 4,5) P3)-Ca <sup>2+</sup> ). La analgesia esta mediada a través de cambios en la percepción del dolor en la médula espinal (receptores $\mu_2$ -, delta, kappa-), y niveles más altos en el SNC (receptores $\mu_1$ - y kappa <sub>3</sub> ). La respuesta emocional al dolor también es alterada. Los opioides cerca del voltaje tipo N, operados por los canales de calcio (agonista receptores kappa) y abrir el calcio dependiente interior, rectificando los canales de potasio (receptores agonistas $\mu$ y delta) resultando en la hiperpolarización y la reducción de la excitabilidad neuronal. La unión de los opiáceos, estimula el intercambio de guanosina trifosfato (GTP) por guanosina difosfato (GDP) en el complejo de proteína G. La unión de GTP permite una liberación de la subunidad de proteína G, que actúa sobre el sistema efector. En este caso de la analgesia inducida por opioides, del sistema efector adenilato ciclasa y el AMPc situado en la superficie interna de la membrana plasmática. Así, los opiáceos disminuyen AMPc intracelular por inhibición de adenilato ciclasa que modula la liberación de neurotransmisores nociceptivos como la sustancia P, GABA, dopamina, acetilcolina y la norepinefrina. Los opioides también modulan el sistema inmunológico y endocrino. Los opioides inhiben la liberación de vasopresina, somatostatina, insulina y glucagón. Como analgésico es mucho más potente que la morfina; una dosis de 0.1 mg de fentanilo equivale a 10 mg de morfina. Sin embargo, su margen de seguridad no es más amplio.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El fentanilo es altamente soluble en lípidos y cruza rápidamente la barrera sangre-cerebro. Esto se refleja en la vida media de equilibrio entre el plasma y el líquido cefalorraquídeo de aproximadamente 5 minutos para fentanilo. Los niveles en plasma y el líquido cefalorraquídeo disminuyen rápidamente, debido a la redistribución de fentanilo a partir de grupos de tejidos altamente perfundidos a otros tejidos, como músculo y grasa. Como ocurre la saturación de tejido menos perfundido, la duración del efecto de fentanilo alcanza una vida media de eliminación de entre las 3 - 4 horas. El fentanilo sufre metabolismo hepático y excreción renal. Por lo tanto el fentanilo puede tener una acción más prolongada., con el uso de dosis más altas o de Infusiones prolongadas.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad al fentanilo, aumento de la presión intracraneal, arritmias supraventriculares o bradicardia, disfunción hepática o renal intensa, administración previa de inhibidores de la MAO o benzodiazepinas, recién nacidos. Aumenta los efectos de otros depresores. Los niños y los ancianos son particularmente sensibles a sus efectos depresores. La administración repetida da lugar a tolerancia y dependencia física. Produce depresión respiratoria, por lo que es necesario mantener vigilancia estrecha sobre el paciente.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0242.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo I	
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Somnolencia, náuseas y vómito, depresión respiratoria, confusión mental, arritmias cardíacas, vértigo, visión borrosa, disminución de la motilidad gastrointestinal, dificultad para orinar, espasmo biliar, hipotensión ortostática, depresión mental, excitación o delirio, rigidez muscular, depresión circulatoria que conduce a paro cardíaco, erupción cutánea, dependencia física y psíquica.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Enflurano, ICAO, Nifedipino, Oxidodona.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. <b>Adultos:</b> 0.05 a 0.15 mg/kg de peso corporal. <b>Niños:</b> Dosis inicial: 10 a 20 mcg/kg de peso corporal. Dosis de mantenimiento a juicio del especialista. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> este producto es de alto riesgo, se requiere de receta médica especial.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. No se recomienda el uso (IV o IM) durante el parto (incluyendo la cesárea), ya que atraviesa la placenta y el centro respiratorio fetal es sensible a los opioides, puede encontrarse en la leche materna.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0243.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Etomidato 20 mg. /10 ml. Solución inyectable (G) <b>CONTROLADO.</b>		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas con 10 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores o menos de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico general. Hipnótico no barbitúrico.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción anestésica.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Agente hipnótico no barbitúrico que se emplea para la inducción de la anestesia. El etomidato parece facilitar la neurotransmisión GABA-sinérgica por el aumento en el número de receptores GABA disponibles, posiblemente por el desplazamiento de los inhibidores endógenos del enlace GABA. El etomidato produce respuestas clínicas tales como hipnosis, elevación de la tensión arterial de dióxido de carbono, la reducción de los niveles plasmáticos de cortisol y de forma similar al tiopental, una disminución transitoria del 20-30% en el flujo sanguíneo cerebral. Es útil en particular en pacientes con función cardiorrespiratoria comprometida. Además, disminuye la presión intracraneal y la intraocular		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El etomidato es administrado parenteralmente. La concentración mínima hipnótica en plasma es de 0.23 mcg / ml. Aproximadamente el 76% se une a proteínas, con un inicio de acción de menos de 1 minuto. La duración de la hipnosis inducida por etomidato es dosis dependiente, que normalmente dura de 3-5 minutos, cuando se utiliza una dosis promedio (0.3 mg / kg). El etomidato es rápidamente metabolizado por hidrólisis del éster en el hígado, después de 24 hrs. Aproximadamente el 75% de la dosis administrada se excreta en la orina durante el primer día después de la inyección, 2% se excreta sin cambios. Un metabolito ácido inactivo, representa el 80% de la excreción urinaria. La vida media del etomidato es de aproximadamente 75 minutos.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad a etomidato, no se recomienda su empleo en mujeres embarazadas, durante la lactación y en niños menores de 10 años. Es necesaria la administración de un relajante muscular cuando se requiera de intubación.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Movimientos mioclónicos involuntarios, hiperventilación, hipoventilación, dolor en el sitio de la inyección, ligera disminución de la presión arterial, aumento discreto de la frecuencia cardiaca, náuseas y vómito postoperatorio, apnea de corta duración (5 a 90 s) con recuperación espontánea, reacciones cutáneas alérgicas, laringoespasma.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Los medicamentos sedantes pueden potenciar el efecto hipnótico. Interactúa con: Cloranfenicol.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. Adultos y niños mayores de 10 años: 0.2 a 0.6 mg/kg de peso corporal. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser aplicado por un médico anesthesiólogo.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C, puede traspasar placenta, tomar precauciones en madres en lactancia.		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0245.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Propofol 500 mg en solución con aceite de soya, fosfátido de huevo o lecitina de huevo y glicerol. Emulsión inyectable. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con un frasco ampula o jeringa de 50 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas entre 2 a 25°C no debe congelarse y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico General. Sedante.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción y mantenimiento de la anestesia general.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Compuesto fenólico que produce un estado de anestesia general si se administra por vía intravenosa. Su estructura química no se relaciona con la de otros anestésicos intravenosos. No se conoce su mecanismo de acción, pero algunas evidencias sugieren que puede aumentar la depresión del SNC mediada por el GABA.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El comienzo y la duración de la anestesia después de un solo bolo, son similares a las del tiopental. La recuperación después de dosis múltiples o infusión, ha demostrado ser mucho más rápida después del propofol, o incluso después de tiopental y el metohexital. La duración más corta del Propofol, después de la infusión, puede ser explicada por su muy alto aclaramiento, junto con la lenta difusión del medicamento, desde el compartimiento periférico al central. El rápido aclaramiento del propofol explica que el vértigo sea menos grave, en comparación con los barbitúricos, y puede permitir una salida más rápida de la sala de recuperación. Se une extensamente a las proteínas del plasma (95-99%). El propofol es metabolizado en el hígado a metabolitos menos activos que se excretan por vía renal, sin embargo, su aclaramiento excede el flujo sanguíneo hepático. El propofol se une altamente a proteínas, y su farmacocinética, como las de los barbitúricos, puede verse afectada por condiciones que alteran los niveles de proteína sérica. Se metaboliza en el hígado y en diversos tejidos, cruza muy fácilmente la barrera hematoencefálica, se elimina en la orina. Su vida media terminal es de 5 a 12 horas.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Contraindicado en casos de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la formulación. Usar con precaución en pacientes con trastornos del metabolismo de lípidos (pancreatitis, hiperlipoproteinemia primaria, hiperlipidemia diabética), ancianos, debilitados, enfermedad circulatoria. No se recomienda su uso en obstetricia, ni en pacientes con aumento de la presión intracraneal o isquémica cerebral. Durante la anestesia con propofol es necesario mantener vigilancia constante de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca. El uso simultáneo de otros anestésicos generales aumenta los efectos depresores y cardiovasculares del propofol. No debe mezclarse con otros productos.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Náuseas, vómito, dolor abdominal, hipotensión, bradicardia, apnea, cefalea, mareo, sacudidas musculares, temblor, movimientos tónico-clónicos, hipo, apnea, bochornos, fiebre, dolor e inflamación en el sitio de la inyección. Isquemia miocárdica; bradicardia, disminución del gasto cardíaco, hipertensión arterial (especialmente en niños). Comportamiento amoroso; alucinaciones, neuropatía; opistótonos. Hiperemia conjuntival, nistagmo, tos, acidosis respiratoria durante el destete.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0245.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo I	
<p><b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Narcóticos (morfina, meperidina o fentanilo) o con combinaciones de sedantes (haloperidol, barbitúricos, droperidol, hidrato de cloral). Todos estos fármacos pueden aumentar los efectos farmacológicos del propofol, incrementando la reducción de la presión arterial y el gasto cardíaco. Los efectos hipnóticos del propofol se encuentran reducidos en los fumadores, en particular cuando se utiliza en dosis bajas, como en la sedación para diversas exploraciones. Estos efectos se deben a que la exposición crónica a la nicotina produce una desensibilización de los receptores nicotínicos del cerebro con un incremento de la neurotransmisión GABA-nérgica. Depresores del SNC (por ejemplo, los barbitúricos, benzodiacepinas, narcóticos), aumentan la depresión.</p>		
<p><b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa o infusión continua. <b>Adultos:</b> Inducción: 2 a 2.5 mg/ kg (40 mg cada 10 minutos). Mantenimiento: 4 a 12 mg/ kg/ hora. <b>Niños mayores de 8 años:</b> Inducción: 2.5 mg/kg. Mantenimiento: 10 mg/kg/hora. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.</p>		
<p><b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser manejado por el médico que tenga experiencia en su uso, ya que produce hipotensión y bradicardia, apnea durante el momento de la administración. A pesar de no tener efectos teratogénicos su uso en obstetricia se encuentra en duda, produce dolor cuando se administra a través de venas pequeñas. Indicar al paciente que la agilidad mental, coordinación y la destreza física puede verse afectada, algún tiempo después de su administración.</p>		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos.		
<b>Clave CBCM:</b> 246.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Propofol 200 mg / 20 ml. Emulsión inyectable. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas con 20 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas entre 2 a 25°C no debe congelarse y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Fármaco con acción en SNC, sedante.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción y mantenimiento de la anestesia general.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Compuesto fenólico que produce un estado de anestesia general si se administra por vía intravenosa. Su estructura química no se relaciona con la de otros anestésicos intravenosos. No se conoce su mecanismo de acción, pero algunas evidencias sugieren que puede aumentar la depresión del SNC mediada por el GABA.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El comienzo y la duración de la anestesia después de un solo bolo, son similares a las del tiopental. La recuperación después de dosis múltiples o infusión, ha demostrado ser mucho más rápida después del propofol, o incluso después de tiopental y el metohexital. La duración más corta del Propofol, después de la infusión, puede ser explicada por su muy alto aclaramiento, junto con la lenta difusión del medicamento, desde el compartimiento periférico al central. El rápido aclaramiento del propofol explica que el vértigo sea menos grave, en comparación con los barbitúricos, y puede permitir una salida más rápida de la sala de recuperación. Se une extensamente a las proteínas del plasma (95-99%). El propofol es metabolizado en el hígado a metabolitos menos activos que se excretan por vía renal, sin embargo, su aclaramiento excede el flujo sanguíneo hepático. El propofol se une altamente a proteínas, y su farmacocinética, como las de los barbitúricos, puede verse afectada por condiciones que alteran los niveles de proteína sérica. Se metaboliza en el hígado y en diversos tejidos, cruza muy fácilmente la barrera hematoencefálica, se elimina en la orina. Su vida media terminal es de 5 a 12 horas.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Contraindicado en casos de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la formulación. Usar con precaución en pacientes con trastornos del metabolismo de lípidos (pancreatitis, hiperlipoproteinemia primaria, hiperlipidemia diabética), ancianos, debilitados, enfermedad circulatoria. No se recomienda su uso en obstetricia, ni en pacientes con aumento de la presión intracraneal o isquémica cerebral. Durante la anestesia con propofol es necesario mantener vigilancia constante de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. El uso simultáneo de otros anestésicos generales aumenta los efectos depresores y cardiovasculares del propofol. No debe mezclarse con otros productos.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Náuseas, vómito, dolor abdominal, hipotensión, bradicardia, apnea, cefalea, mareo, sacudidas musculares, temblor, movimientos tónico-clónicos, tos, hipo, apnea, bochornos, fiebre, dolor e inflamación en el sitio de la inyección Isquemia miocárdica; bradicardia, disminución del gasto cardíaco, hipertensión arterial (especialmente en niños). Comportamiento amoroso; movimiento hipotonía, alucinaciones, neuropatía; opistótonos. Hiperemia conjuntival, nistagmo, tos, acidosis respiratoria.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Narcóticos (morfina, meperidina o fentanilo) o con combinaciones de sedantes (haloperidol, barbitúricos, droperidol, hidrato de cloral). Todos estos fármacos pueden aumentar los efectos farmacológicos del propofol, incrementando la reducción de la presión arterial y el gasto cardíaco. Los efectos hipnóticos del propofol se encuentran reducidos en los fumadores, en particular cuando se utiliza en dosis bajas, como en la sedación para diversas exploraciones. Estos efectos se deben a que la exposición crónica a la nicotina produce una desensibilización de los receptores nicotínicos del cerebro con un incremento de la neurotransmisión GABA-nérgica. Depresores del SNC (por ejemplo, los barbitúricos, benzodiazepinas, narcóticos), aumentan la depresión.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0246.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo I	
<b>DOSIS Y VÍA DE AADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa o infusión continua. <b>Adultos:</b> Inducción: 2 a 2.5 mg/ kg (40 mg cada 10 minutos). Mantenimiento: 4 a 12 mg/ kg/ hora. <b>Niños mayores de 8 años:</b> Inducción: 2.5 mg/kg. Mantenimiento: 10 mg/kg/hora. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser manejado por el médico que tenga experiencia en su uso, ya que produce hipotensión y bradicardia, apnea durante el momento de la administración. A pesar de no tener efectos teratogénicos su uso en obstetricia se encuentra en duda, produce dolor cuando se administra a través de venas pequeñas. Indicar al paciente que la agilidad mental, coordinación y la destreza física puede verse afectada, algún tiempo después de su administración.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud del Distrito Federal		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 252.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Suxametonio, cloruro de (succinilcolina) 40 mg. /2 ml. Solución inyectable. (G).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase de 5 ampollitas de 2 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> Conservar en refrigeración de 2-8°C, no congelarse y protéjase de la luz.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Relajante musculo esquelético. Agonista en los receptores colinérgicos nicotínicos sobre las endoplaquetas motoras en el músculo esquelético.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Relajante musculoesquelético durante procedimientos quirúrgicos.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El suxametonio (succinilcolina), a semejanza del transmisor fisiológico acetilcolina, despolariza la placa neuromuscular del músculo esquelético y produce fasciculaciones. Si la administración se continúa, la despolarización persistente se traduce en bloqueo neuromuscular y parálisis, al impedirse la respuesta a la acetilcolina.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> Después de su administración intravenosa se hidroliza rápidamente en el plasma por la pseudocolinesterasa. Sólo 20% de la dosis llega a la placa neuromuscular. El producto de la hidrólisis es la succinilmonocolina, que a su vez sufre degradación a ácido succínico y colina. Su volumen aparente de distribución es de 16.4 + 14.7 l/min. Y de 5.6 + 6.8 ml/kg; aclaramiento corporal total de 40.5 + 38.7 y 15.0 + 14.8 l/min.; el área bajo la curva concentración tiempo en plasma es de 124.3 + 163.2 y 695 + 1008.9 min./µg/ml; la vida media de eliminación es de 16.6 + 4.8 y de 11.7 ± 4.5 segundos. Se elimina sin cambios en un 10% por la orina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> de hipersensibilidad a suxametonio o antecedentes de hipertermia maligna, así como en pacientes con quemaduras externas, traumatismo múltiple o glaucoma de ángulo estrecho. No es aconsejable administrarlo en infusión a niños. Debe usarse con precaución en sujetos con deficiencia de pseudocolinesterasa o con riesgo de hiperpotasemia. Diversos fármacos aumentan o prolongan sus efectos, como aminoglucósidos, polimixinas, clindamicina, lincomicina, anestésicos generales, anestésicos locales, inhibidores de la colinesterasa, ciclofosfamida, anticonceptivos, fenotiazinas, litio, quinidina. En enfermedad neurológica que involucre una pérdida aguda de grandes músculos, inmovilización prolongada (riesgo de hiperpotasemia), historial personal o familiar de enfermedades miotónicas congénitas; distrofia muscular de Duchenne, miastenia gravis, glaucoma, cirugía ocular, enfermedad del hígado; quemaduras; baja actividad de la colinesterasa plasmática (incluida enfermedad grave del hígado); hiperpotasemia.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Hipertermia maligna. Hipertensión, arritmias ventriculares y paro cardíaco. Broncoespasmo, depresión respiratoria prolongada y apnea. Fasciculaciones musculares, dolor muscular postoperatorio, rabdomiolisis. Erupciones cutáneas y sialorrea. En dolor muscular postoperatorio, especialmente en pacientes ambulatorios después de la operación y más común en las mujeres; mioglobinuria; mioglobinemia; apnea prolongada, el aumento de la presión intra-ocular; hiperpotasemia, bradicardia, hipotensión.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Oxiconona, insecticidas organofosforados, metrifonato, ecotiopato; fármacos específicos anticolinesterasa: neostigmina, piridostigmina, fisostigmina, edrofonio y clorhidrato de tacrina; compuestos citotóxicos: ciclofosfamida, mecloroetamina, trietilenmelamina, tiotepa y trimetafán; medicamentos psiquiátricos		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0252.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO (continuación):</b> como: fenelzina, promazina y cloropromazina; anestésicos como: ketamina, morfina y sus antagonistas; petidina y pancuronio. Fármacos con efectos potencialmente deletéreos sobre la actividad de colinesterasa plasmática: aprotinina, difenhidramina, prometacina, estrógenos, esteroides en dosis elevadas, anticonceptivos orales, terbutalina y metoclopramida, anestésicos volátiles inhalados halotano, enflurano, isoflurano, desflurano, éter dietílico y metoxiflurano; antibióticos como los aminoglucósidos, clindamicina y polimixinas; agentes antiarrítmicos quinidina, procainamida, verapamilo, beta bloqueadores, lidocaína y procaína; sales de magnesio, carbonato de litio. Azatioprina.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa o intramuscular. <b>Adultos:</b> Intravenosa: 25 a 75 mg, si es necesaria otra dosis 2.5 mg/minuto. <b>Niños:</b> Inicial (intravenosa): 1 a 2 mg/kg de peso corporal intramuscular: 2.5 a 4 mg/kg de peso corporal. Mantenimiento: Intravenosa: 0.3 a 0.6 mg/kg de peso corporal cada 5 a 10 minutos. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser aplicado por un médico anesthesiólogo. <b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C, En dosis terapéuticas normales no tiene efecto directo sobre el útero u otras estructuras con músculo liso, no cruza la barrera placentaria en cantidades suficientes para afectar la respiración del feto.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0261.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Lidocaína 500 mg. / 50 ml. Solución inyectable al 1%. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 frascos ampula con 50 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %. <b>Se deberán extraer del empaque hasta el momento de su uso.</b>		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico local.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Extrasístoles ventriculares. Fibrilación ventricular. Taquicardia ventricular. Ectopia ventricular causada por hipotensión.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Los efectos antiarrítmicos de la lidocaína son resultado de su capacidad para inhibir la entrada de sodio a través de los canales “rápidos” de la membrana de la célula miocárdica, por lo que aumenta el período de recuperación después de la repolarización. La lidocaína suprime la automaticidad y disminuye el período refractario efectivo y la duración del potencial de acción en el sistema de His-Purkinje, a concentraciones que no suprimen la automaticidad en el nodo SA. El fármaco suprime las despolarizaciones espontáneas en los ventrículos mediante la inhibición de mecanismos de reentrada y parece actuar preferentemente, en el tejido isquémico.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La lidocaína se absorbe rápidamente tras la administración parenteral y desde los tractos gastrointestinal y respiratorio. Este sistema generalmente se utiliza en los procedimientos dérmicos y proporciona anestesia a una profundidad de hasta 10 mm. Se distribuye ampliamente en el organismo y se une en forma moderada a las proteínas plasmáticas (50%). La lidocaína es dialquilada en el hígado por CYPs a monoetilglicina xilidida y glicina xilidida, la cual puede ser metabolizada a monoetilglicinea y xilidida. Tanto la monoetilglicinea xilidida y glicinea xilidida mantienen la actividad anestésica local. En los seres humanos, alrededor del 75% de la xilidida se excreta en la orina como el metabolito 4-hidroxi-2, 6-dimetilanilina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a la lidocaína y anestésicos relacionados, bloqueo cardiaco, hemorragia grave, hipotensión grave, estado de choque, disfunción hepática o renal, hipertermia maligna, infección o inflamación en la zona de aplicación, septicemia. Hipersensibilidad a los anestésicos locales amida; síndrome de Stokes-Adams; síndrome Wolff-Parkinson-White, grados graves de sinoauricular, auriculoventricular (AV) o bloque intraventricular en ausencia de marcapasos; uso oftálmico.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Con dosis excesivas, depresión cardiaca y estimulación con depresión del sistema nervioso central. Reacciones de hipersensibilidad. Excitación, agitación, mareos, tinnitus, visión borrosa, náuseas, vómitos, temblores y convulsiones.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Ajmalina, Antiarrítmicos, Antidepresivos Tricíclicos, Barbitúricos, Bloqueantes Beta-adrenérgicos, Bupivacaína, Ciclopropano, Cimetidina, Cisatracurio, Cloroformo, Diazepam, Difenilhidantoína, Fenobarbital, Halotano, Metoprolol, Procaínamida, Propanolol, Tocainida, Tricoloroetileno, Trimetoprima. La procainamida: produce efectos aditivos cardiacos y neurológicos. La succinilcolina prolonga el bloqueo neuromuscular. Amfotericina B, parenteral, cefalosporinas, doxiciclina, epinefrina, isoproterenol, metohexital, nitroprusiato, norepinefrina, fenitoína, bicarbonato sódico, sulfadiazina.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM:</b> 0261.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. <b>Adultos:</b> Antiarrítmico: 1 a 1.5 mg/kg/ dosis administrar lentamente. Mantenimiento: de 1 a 4 mg/ min. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La administración de este producto deberá ser vigilada estrechamente por el médico. Explique al paciente sobre las reacciones adversas relacionadas al SNC (mareos, confusión, parestesias, convulsiones), que pueden ocurrir y se encuentran relacionadas a la toxicidad en el SNC. Explique al paciente que el fármaco puede causar mareos y debe evitar levantarse de la cama o caminar sin ayuda.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0262.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Lidocaína 1 g. / 50 ml. Solución inyectable al 2%. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 frascos ampula con 50 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %. <b>Se deberán extraer del empaque hasta el momento de su uso.</b>		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico local tipo amida, antiarrítmico.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia local. Anestesia epidural caudal. Anestesia regional. Arritmia ventricular (extrasístoles, taquicardia, fibrilación, ectopia).		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Los efectos antiarrítmicos de la lidocaína son resultado de su capacidad para inhibir la entrada de sodio a través de los canales “rápidos” de la membrana de la célula miocárdica, por lo que aumenta el período de recuperación después de la repolarización. La lidocaína suprime la automaticidad y disminuye el período refractario efectivo y la duración del potencial de acción en el sistema de His-Purkinje, a concentraciones que no suprimen la automaticidad en el nodo SA. El fármaco suprime las despolarizaciones espontáneas en los ventrículos mediante la inhibición de mecanismos de reentrada y parece actuar preferentemente, en el tejido isquémico.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La lidocaína se absorbe rápidamente tras la administración parenteral y desde los tractos gastrointestinal y respiratorio. Este sistema generalmente se utiliza en los procedimientos dérmicos y proporciona anestesia a una profundidad de hasta 10 mm. Se distribuye ampliamente en el organismo y se une en forma moderada a las proteínas plasmáticas (50%). La lidocaína es dialquilada en el hígado por CYPs a monoetilglicina xilidida y glicina xilidida, la cual puede ser metabolizada a monoetilglicinea y xilidida. Tanto la monoetilglicinea xilidida y glicina xilidida mantienen la actividad anestésica local. En los seres humanos, alrededor del 75% de la xilidida se excreta en la orina como el metabolito 4-hidroxi-2, 6-dimetilanilina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a la lidocaína y anestésicos relacionados, bloqueo cardiaco, hemorragia grave, hipotensión grave, estado de choque, disfunción hepática o renal, hipertermia maligna, infección o inflamación en la zona de aplicación, septicemia. Hipersensibilidad a los anestésicos locales amida; síndrome de Stokes-Adams; síndrome Wolff-Parkinson-White, grados graves de sinoauricular, auriculoventricular (AV) o bloque intraventricular en ausencia de marcapasos; uso oftálmico.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Con dosis excesivas, depresión cardiaca y estimulación con depresión del sistema nervioso central. Reacciones de hipersensibilidad. Excitación, agitación, mareos, tinnitus, visión borrosa, náuseas, vómitos, temblores y convulsiones.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Ajmalina, Antiarrítmicos, Antidepresivos Tricíclicos, Barbitúricos, Bloqueantes Beta-adrenérgicos, Bupivacaína, Ciclopropano, Cimetidina, Cisatracurio, Cloroformo, Diazepam, Difenilhidantoína, Fenobarbital, Halotano, Metoprolol, Procaínamida, Propanolol, Tocainida, Tricoloroetileno, Trimetoprima. La procainamida: produce efectos aditivos cardiacos y neurológicos. La succinilcolina prolonga el bloqueo neuromuscular. Amfotericina B, parenteral, cefalosporinas, doxiciclina, epinefrina, isoproterenol, metohexital, nitroprusiato, norepinefrina, fenitoína, bicarbonato sódico, sulfadiazina.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM:</b> 0262.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. <b>Adultos:</b> Antiarrítmico: 1 a 1.5 mg/kg/ dosis administrar lentamente. Mantenimiento: de 1 a 4 mg/ min. Solo administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio. Infiltración. <b>Niños y adultos:</b> Dosis máxima 4.5 mg/kg de peso corporal o 300 mg. Anestesia caudal o epidural de 200 a 300 mg. Anestesia regional de 225 a 300 mg. No repetir la dosis en el transcurso de 2 horas.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La administración de este producto deberá ser vigilada estrechamente por el médico. Explique al paciente sobre las reacciones adversas relacionadas al SNC (mareos, confusión, parestesias, convulsiones), que pueden ocurrir y se encuentran relacionadas a la toxicidad en el SNC. Explique al paciente que el fármaco puede causar mareos y debe evitar levantarse de la cama o caminar sin ayuda.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0264.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Lidocaína 10 g en 100 ml. Solución al 10%. (G.)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase de 115 ml. Con atomizador manual.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %. <b>Se deberán extraer del empaque hasta el momento de su uso.</b>		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico local tipo amida, antiarrítmico.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia local. Anestesia epidural caudal. Anestesia regional. Arritmia ventricular (extrasístoles, taquicardia, fibrilación, ectopia).		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Anestésico local que se une a receptores específicos de los canales de sodio de la membrana neural; reduce su permeabilidad a los iones de sodio, con lo que se inhibe la generación y propagación del potencial de acción. Algunas presentaciones además contienen epinefrina (adrenalina), vasoconstrictor adrenérgico que modifica su farmacocinética.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La lidocaína se absorbe rápidamente tras la administración parenteral y en el tracto gastrointestinal y respiratorio. Este sistema se utiliza en general para los procedimientos por vía cutánea y proporciona anestesia a una profundidad de hasta 10 mm. La lidocaína es dialquilada en el hígado por CYPs a monoetilglicina xilidida y glicina xilidida, que pueden ser metabolizados a más monoetilglicina y xilidida. Ambos monoetilglicina xilidida y glicina xilidida mantienen la actividad anestésica local. En los seres humanos, alrededor del 75% de la xilidida se excreta en la orina como metabolito más 4-hidroxi-2, 6-dimetilanilina. Se absorbe bien a través de las mucosas y de los sitios de depósito. Se distribuye ampliamente en el organismo y se une en forma moderada a las proteínas plasmáticas (50%). Se biotransforma en el hígado y se elimina en la orina. La epinefrina (1:200 000) reduce la velocidad de absorción del anestésico, prolonga la duración de su efecto, disminuye las concentraciones plasmáticas y reduce el riesgo de toxicidad sistémica.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a la lidocaína y anestésicos relacionados, bloqueo cardiaco, hemorragia grave, hipotensión grave, estado de choque, disfunción hepática o renal, hipertermia maligna, infección o inflamación en la zona de aplicación, septicemia. Hipersensibilidad a los anestésicos locales amida; síndrome de Stokes-Adams; síndrome Wolff-Parkinson-White, grados graves de sinoauricular, auriculoventricular (AV) o bloque intraventricular en ausencia de marcapasos; uso oftálmico.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Con dosis excesivas, depresión cardiaca y estimulación con depresión del sistema nervioso central. Reacciones de hipersensibilidad. Excitación, agitación, mareos, tinnitus, visión borrosa, náuseas, vómitos, temblores y convulsiones.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Ajmalina, Antiarrítmicos, Antidepresivos Tricíclicos, Barbitúricos, Bloqueantes Beta-adrenérgicos, Bupivacaína, Ciclopropano, Cimetidina, Cisatracurio, Cloroformo, Diazepam, Difenilhidantoína, Fenobarbital, Halotano, Metoprolol, Procaínamida, Propanolol, Tocainida, Tricoloroetileno, Trimetoprima. La procaínamida: produce efectos aditivos cardiacos y neurológicos. La succinilcolina prolonga el bloqueo neuromuscular. Amfotericina B, parenteral, cefalosporinas, doxiciclina, epinefrina, isoproterenol, metohexital, nitroprusiato, norepinefrina, fenitoína, bicarbonato sódico, sulfadiazina.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM:</b> 0264.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Local. Aplicar en la región, de acuerdo a la indicación del médico especialista.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La administración de este producto deberá ser vigilada estrechamente por el médico. Explique al paciente sobre las reacciones adversas, que puede presentarse vértigo o somnolencia y debe evitar salir de la cama o caminar sin ayuda.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0265.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Lidocaína y epinefrina intravenosa. Lidocaína 1 g. Epinefrina 0.25 mg. Solución inyectable al 2%. (G).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 frascos ampula con 50 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Es un anestésico de acción local, casi inmediata, con duración media (30 A 60 minutos) de efecto analgésico y vasoconstrictor. Anestésicos locales amida.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia local. Anestesia epidural y caudal. Anestesia regional.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La lidocaína y la epinefrina se utilizan juntos en la preparación parenteral de la anestesia local en procedimientos dentales y en la preparación tópica para anestesia tópica. La lidocaína es una amida anestésica local con una duración intermedia de acción. La epinefrina es un vasoconstrictor y es utilizado para promover la hemostasia local y para reducir la absorción sistémica y prolongar la duración de la acción de los anestésicos locales. Como anestésico local y regional: estabiliza la membrana neuronal y previene la iniciación a la transmisión de los impulsos nerviosos.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La lidocaína se absorbe rápidamente tras la administración parenteral en el tracto gastrointestinal y respiratorio. Aunque es efectiva cuando es utilizada sin ningún vasoconstrictor, la epinefrina reduce la velocidad de absorción, de manera que se reduce la toxicidad y la duración de la acción por lo general es prolongada. La lidocaína es dialquilada en el hígado por la CYP a monoetilglicina xilidida y glicina xilidida, que pueden ser metabolizados a monoetilglicina y xilidida. Tanto la monoetilglicina xilidida y la glicina xilidida mantienen la actividad anestésica local. En los seres humanos, alrededor del 75% de xilidida se excreta en la orina como el metabolito 4-hidroxi-2, 6-dimetilanilina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Evitar el empleo en casos de isquemia regional o de hipersensibilidad a la lidocaína, anestésicos tipo amida miastenia gravis, enfermedad cardiaca, arritmias, deshidratación, enfermedad hepática, hipertensión, hipotensión, edad avanzada, embarazo, en estado de shock o bloqueo cardiaco. La fórmula con epinefrina <b>NUNCA</b> deberá ser administrada por vía intravenosa. No se recomienda en niños menores de 2 años. La combinación de lidocaína y epinefrina está contraindicada en las siguientes condiciones: hipersensibilidad anestésica local a amidas y sulfitos (productos que contienen metabisulfito de sodio). Los productos parenterales son también contraindicados en pacientes que reciben terapia anticoagulante, coagulopatía, infección en el sitio de la inyección, administración intravenosa, hipersensibilidad a parabenos, administración paracervical y trombocitopenia. Las soluciones que contienen conservadores no deben usarse para el bloqueo nervioso central (por ejemplo, administración lumbar, caudal, epidural o espinal). Debe utilizarse con precaución en las siguientes condiciones: bloqueo AV, la lactancia materna, enfermedad cardiaca (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria, arritmias), deshidratación, edad avanzada, insuficiencia cardiaca, enfermedad hepática, hipertensión, hipotensión, hipovolemia, parto, miastenia gravis, el embarazo, prolongación de QT y shock.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Al incrementarse la dosis se presentan somnolencia, zumbidos, mareos, fasciculaciones, coma, convulsiones, depresión respiratoria con paro, depresión cardiovascular, agitación, visión borrosa, disnea, euforia, alucinaciones, náusea, vomito. La epinefrina con lidocaína aplicada en sitios con compromiso vascular puede causar isquemia y necrosis de la zona por disminución de la irrigación sanguínea.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM:</b> 0265.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con otros antiarrítmicos pueden producirse efectos cardiacos aditivos. Con anticonvulsivos del grupo de la hidantoína, tiene efectos depresivos sobre el corazón y se metaboliza más rápidamente. Con los bloqueadores beta-adrenérgicos puede aumentar su toxicidad. Con la cimetidina puede ocasionar su aumento en sangre. Los bloqueadores neuromusculares potencian su efecto. La epinefrina puede potencializar el efecto de los medicamentos que aumenta la excitabilidad cardiaca. No utilizar digitálicos.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Infiltración. Adultos: 7 mg/kg de peso corporal ó 500 mg. No repetir la dosis en el transcurso de 2 horas.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La administración de este producto deberá ser vigilada estrechamente por el médico. <b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B. No se recomienda su empleo durante el primer trimestre del embarazo, atraviesa la placenta. La epinefrina atraviesa la placenta y entra a la circulación fetal.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0267.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Lidocaína y epinefrina intravenosa. Lidocaína 36 mg. Epinefrina 0.018 mg. Solución inyectable al 2%. (G.).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 50 cartuchos dentales con 1.8 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Es un anestésico de acción local, casi inmediata, con duración media (30 A 60 minutos) de efecto analgésico y vasoconstrictor. Anestésico local amida.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia dental.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La lidocaína y la epinefrina se utilizan juntos en la preparación parenteral de la anestesia local en procedimientos dentales y en la preparación tópica para anestesia tópica. La lidocaína es una amida anestésica local con una duración intermedia de acción. La epinefrina es un vasoconstrictor y es utilizado para promover la hemostasia local y para reducir la absorción sistémica y prolongar la duración de la acción de los anestésicos locales. Como anestésico local y regional: estabiliza la membrana neuronal y previene la iniciación a la transmisión de los impulsos nerviosos.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La lidocaína se absorbe rápidamente tras la administración parenteral en el tracto gastrointestinal y respiratorio. Aunque es efectiva cuando es utilizada sin ningún vasoconstrictor, la epinefrina reduce la velocidad de absorción, de manera que se reduce la toxicidad y la duración de la acción por lo general es prolongada. La lidocaína es dialquilada en el hígado por la CYP a monoetilglicina xilidida y glicina xilidida, que pueden ser metabolizados a monoetilglicina y xilidida. Tanto la monoetilglicina xilidida y la glicina xilidida mantienen la actividad anestésica local. En los seres humanos, alrededor del 75% de xilidida se excreta en la orina como el metabolito 4-hidroxi-2, 6-dimetilanilina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Evitar el empleo en casos de isquemia regional o de hipersensibilidad a la lidocaína, anestésicos tipo amida miastenia gravis, enfermedad cardíaca, arritmias, deshidratación, enfermedad hepática, hipertensión, hipotensión, edad avanzada, embarazo, en estado de shock o bloqueo cardíaco. La fórmula con epinefrina <b>NUNCA</b> deberá ser administrada por vía intravenosa. No se recomienda en niños menores de 2 años. La combinación de lidocaína y epinefrina está contraindicada en las siguientes condiciones: hipersensibilidad anestésica local a amidas y sulfitos (productos que contienen metabisulfito de sodio). Los productos parenterales son también contraindicados en pacientes que reciben terapia anticoagulante, coagulopatía, infección en el sitio de la inyección, administración intravenosa, hipersensibilidad a parabenos, administración paracervical y trombocitopenia. Las soluciones que contienen conservadores no deben usarse para el bloqueo nervioso central (por ejemplo, administración lumbar, caudal, epidural o espinal). Debe utilizarse con precaución en las siguientes condiciones: bloqueo AV, la lactancia materna, enfermedad cardíaca (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria, arritmias), deshidratación, edad avanzada, insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática, hipertensión, hipotensión, hipovolemia, parto, miastenia gravis, el embarazo, prolongación de QT y shock.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Al incrementarse la dosis se presentan somnolencia, zumbidos, mareos, fasciculaciones, coma, convulsiones, depresión respiratoria con paro, depresión cardiovascular, agitación, visión borrosa, disnea, euforia, alucinaciones, náusea, vómito. La epinefrina con lidocaína aplicada en sitios con compromiso vascular puede causar isquemia y necrosis de la zona por disminución de la irrigación sanguínea.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b>		
<b>Área: Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos</b>		
<b>Clave CBCM:</b> 0267.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con otros antiarrítmicos pueden producirse efectos cardíacos aditivos. Con anticonvulsivos del grupo de la hidantoína, tiene efectos depresivos sobre el corazón y se metaboliza más rápidamente. Con los bloqueadores beta-adrenérgicos puede aumentar su toxicidad. Con la cimetidina puede ocasionar su aumento en sangre. Los bloqueadores neuromusculares potencian su efecto. La epinefrina puede potencializar el efecto de los medicamentos que aumenta la excitabilidad cardíaca. No utilizar digitálicos.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Infiltración. Adultos y niños: 20 a 100 mg.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La administración de este producto deberá ser vigilada estrechamente por el médico.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B. No se recomienda el empleo durante el primer trimestre del embarazo, atraviesa la placenta. La epinefrina atraviesa la placenta y entra a la circulación fetal.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0270.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Ropivacaína 150 mg/20 ml. Solución inyectable.(G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas con 20 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico local, amino amida.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Anestesia local. Anestesia epidural.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La ropivacaína es un anestésico local amino amida que incrementa el umbral de excitación eléctrica en los nervios, disminuye la propagación del impulso nervioso, y reduce la velocidad de aumento de la acción potencial, evitando de este modo la generación y conducción de impulsos nerviosos.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La ropivacaína se enlaza aproximadamente un 94% a las proteínas plasmáticas. La vida media de eliminación terminal se ha reportado de 1.8 horas. Es extensamente metabolizado en el hígado, principalmente por hidroxilación aromática, la cual es mediada por la isoenzima CYP1A2 del citocromo P450; la isoenzima CYP3A4 juega un rol menor en el metabolismo de la ropivacaína. Algunos metabolitos son excretados principalmente en la orina; aproximadamente 1% de una dosis es excretada sin cambios.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> anestesia regional intravenosa y bloqueo para cervical en obstetricia. Hipersensibilidad a la ropivacaína o a cualquier anestésico local tipo amida.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> <b>Serias:</b> Paro cardiaco, condrólisis de cartílago auricular, con síndrome de pupila de Horner. <b>Comunes:</b> Bradicardia fetal (12.1%), hipotensión (32 a 37%), prurito (5.1%), náusea (24.8%), vómito (11.6%), dolor de espalda (4 a 40%), parestesia (5.6%), Fiebre (9.2%).		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> El metabolismo de la ropivacaína esta mediado por la isoenzima CYP1A2 del citocromo P450 y el potencial existe para interacciones entre la ropivacaína y otros medicamentos que inhiben o actúan como un sustrato para esta isoenzima. El uso prolongado de la ropivacaína debe ser evitado en pacientes tratados con inhibidores CYP1A2 potentes, tales como la fluvoxamina. Las concentraciones plasmáticas de ropivacaína pueden ser reducidas por fármacos inductores de enzimas como la rifampicina. La administración de la ropivacaína con anestésicos generales, opioides analgésicos o fármacos estructuralmente relacionados a los anestésicos locales tipo amida puede resultar en la potenciación de efectos adversos.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intrarraquídea o infiltración. Adultos: Bloqueo epidural: 38 a 188 mg. Bloqueo de nervios: 7.5 a 300 mg.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Instruir a los pacientes que reciben ropivacaína espinal o epidural de reportar signos/síntomas de parálisis respiratoria (efectos espinales altos), debilidad muscular, hipotensión, o retención urinaria. Indicar a los pacientes que reciben ropivacaína por cualquier vía reportar signos/síntomas involuntarios de inyecciones intratecales o IV, las cuales incluyen SNC o toxicidad cardiovascular.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0271.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Bupivacaína 5 mg. / ml. Solución inyectable. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Un frasco ampula con 30 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Anestésico local tipo amida.		
<b>Indicaciones terapéuticas:</b> Anestesia epidural y caudal Anestesia local.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Al igual que todos los anestésicos locales, la bupivacaína causa un bloqueo reversible de la conducción nerviosa por disminución de la permeabilidad al sodio de las membranas del nervio. Esto disminuye la tasa de despolarización de la membrana, por lo que aumenta el umbral para la excitabilidad eléctrica. El bloqueo afecta a todas las fibras nerviosas en la siguiente secuencia: autonómica, sensorial y motora, con la disminución de los efectos en orden inverso. La pérdida de la función nerviosa clínicamente es de la siguiente manera: dolor, temperatura, tacto, propiocepción, tono del músculo esquelético. La penetración directa de la membrana del nervio es necesaria para la eficacia de la anestesia, que se consigue mediante la inyección de la solución anestésica local por vía subcutánea, intradérmica o submucosamente alrededor del nervio de los troncos nerviosos de la zona para ser anestesiada. El efecto de la bupivacaína sobre la función motora varía con la concentración. Específicamente, cuando se utiliza para anestesia epidural, caudal, o bloqueo del nervio periférico, las solución al 0.25% muestra resultados incompletos del bloqueo motor, las soluciones al 0.5% muestran una relajación muscular moderada y las soluciones al 0.75% proporcionan una relajación muscular completa.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La bupivacaína se administra parenteralmente. La absorción depende de la concentración, dosis, vía de administración, la vascularidad del tejido y el grado de vasodilatación en torno del área de inyección. Después de la inyección caudal, epidural o bloqueo del nervio periférico, las concentraciones sanguíneas pico se alcanzan en 30-45 minutos. El inicio de acción de la bupivacaína es rápido (1-10 minutos), y es significativamente más duradero que otros anestésicos locales usados comúnmente (3-9 horas). Se distribuye en todo el organismo y alcanza concentraciones más altas en hígado, pulmones, corazón y cerebro. Se metaboliza en el hígado y se excreta en la orina en forma de metabolitos. Su vida media es de 3.5 h +/- 2 hrs en adultos y 8.1 hrs en recién nacidos. La epinefrina (1:200 000) reduce la velocidad de absorción del anestésico, prolonga la duración de su efecto, disminuye las concentraciones plasmáticas y reduce el riesgo de toxicidad sistemática. Tiene una alta capacidad para unirse a proteínas plasmáticas (95%). Los perfiles plasmáticos presentan tres compartimentos. El primer compartimiento representado por una distribución intravascular rápida del medicamento. El segundo representa el equilibrio del medicamento a lo largo de los órganos con buena percusión como cerebro, miocardio, pulmones, riñones e hígado. El tercero representa un equilibrio del medicamento con los tejidos pobremente perfundidos, como el músculo y la grasa. La eliminación del medicamento a partir de la distribución tisular depende en gran parte de la capacidad de los sitios de unión en la circulación para llevarlo al hígado donde es metabolizado. El riñón es el principal excretor con sus metabolitos, 6% es excretada sin cambios en la orina.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a la bupivacaína, miastenia gravis, bloqueo paracervical en obstetricia. Usar con precaución en pacientes con epilepsia, trastornos de la conducción cardiaca, insuficiencia respiratoria o daño hepático. Interactúa con todos los depresores del sistema nervioso central y aumenta sus efectos. No usar en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO o con antidepresores tricíclicos, ya que puede ocurrir hipertensión arterial grave, en anestesis para cervical obstétrica.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0271.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Reacciones alérgicas, metahemoglobinemia, hipotensión arterial, bradicardia, arritmias cardíacas, mareo, cefalea, ansiedad, excitación, estimulación o depresión generalizada del sistema nervioso central (dosis altas), náuseas, tinnitus.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Antidepresivos tricíclicos, Buprenorfina, Butorfonol, Ciclopropano, Halotano, Lidocaína, Sulfonamida, Verapamilo. Causa hipotensión, potencia el efecto anestésico o arritmia cardíaca. Con antieméticos, depresores del SNC, inhibidores de la MAO, incluyendo la furazolidona y la procarbada, bloqueadores neurovasculares, analgésicos opiáceos, y los vaso constrictores como la metoxamina y fenilefrina.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Infiltración. Adultos y niños mayores de 12 años: Anestesia caudal: 75 a 150 mg repetir cada 3 horas de acuerdo al procedimiento anestésico. Anestesia regional 25 a 50 mg. La dosis única no debe exceder de 175 mg y la dosis total de 400 mg/día.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Deberán ser aplicadas únicamente por médicos anestesiólogos con experiencia del producto y sus posibles complicaciones. Deberá aplicarse en un medio hospitalario que cuente con equipo y medicamentos para reanimación cardiopulmonar y personal capacitado.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. Durante el embarazo con fines obstétricos. Tener precaución durante la lactancia.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0291.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Neostigmina 0.5 mg / ml. Solución inyectable. (G).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 6 ampolletas con 1 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Inhibidores colinesterasa. Parasimpaticomimético.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Intoxicación y efectos adversos de agentes bloqueadores neuromusculares no despolarizantes. Distensión abdominal. Atonía vesical postoperatoria.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La neostigmina ejerce sus efectos compitiendo con la acetilcolina por su sitio de unión en la acetilcolinesterasa. Ya que interfiere con la destrucción enzimática de la acetilcolina, la neostigmina potencia la acción de la acetilcolina tanto en los músculos esqueléticos (receptor nicotínicos) como en el tracto gastrointestinal (receptor muscarínico). Los diferentes grupos de músculos presentan diferentes niveles de respuesta a los agentes anti-colinesterásicos y las dosis que producen la estimulación de un grupo muscular pueden causar debilidad, a través de una sobredosis, en otro.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La neostigmina se absorbe poco después de la administración oral, de tal manera que dosis mucho más grandes son necesarias que por la vía parenteral. Después de la aplicación intramuscular, los efectos inician en 20 min, y persisten entre 2.5 y 4 h. Considerando que la dosis parenteral eficaz de la neostigmina es de 0.5 a 2 mg, la dosis oral equivalente puede ser de 15 a 30 mg o más. Se metaboliza parcialmente en el hígado. La neostigmina y la piridostigmina son destruidas por las esterasas plasmáticas, y alcoholes aromáticos cuaternarios, y los compuestos precursores se excretan en la orina; la vida media de estos fármacos es de sólo 1 a 2 horas.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> en casos de hipersensibilidad a la neostigmina, vagotomía, hipertiroidismo, asma bronquial, infarto miocárdico agudo, insuficiencia coronaria, arritmias cardíacas, úlcera péptica, hipertiroidismo, epilepsia y enfermedad de Parkinson. Los aminoglucósidos, los anestésicos generales y algunos antiarrítmicos antagonizan sus efectos antimiastrénicos. Su administración simultánea con succinilcolina puede producir depresión respiratoria prolongada Hipersensibilidad a bromuros y anticolinesterasas; obstrucción mecánica intestinal o urinaria; peritonitis. Cirugía intestinal reciente o vesical. Después del suxametonio.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Síntomas muscarínicos como salivación, anorexia, náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea. Se pueden presentar urgencia urinaria, secreción bronquial y lagrimeo; asimismo, broncoespasmo, depresión respiratoria, calambres musculares		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Anestésicos locales, Antiarrítmicos, Antibióticos Aminoglucósidos, Anticolinérgicos, Atropina, Barbitúricos, Bloqueantes Neuromusculares Despolarizantes, Bloqueantes Neuromusculares no Despolarizantes, Fenotiazinas, Galamina, Glucocorticoides (corticoesteroides), Hidroquinidina, Mecamilamina, Metocarbamol, Morfina, Pancuronio Bromuro, Procaínamida, Quinidina, Quinina, Succinilcolina, Teofilina, Tubocurarina, Verapamilo, los corticoesteroides: pueden antagonizar las anti-colinesterasas en la miastenia gravis, que produce depresión profunda muscular. La succinilcolina produce bloqueo neuromuscular, que puede ser prolongado o antagonizado.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0291.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular, subcutánea. <b>Adultos:</b> 0.5 a 2.5 mg, hasta obtener la respuesta. Previamente administrar 0.6 a 1.2 mg de atropina. <b>Niños:</b> 0.07 a 0.08 mg/ kg de peso corporal, hasta obtener la respuesta. Previamente administrar 0.01 mg de atropina.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Los efectos colaterales más comunes son salivación, fasciculaciones musculares, náuseas, vómito, debilitamiento muscular, dolor abdominal severo o dificultad para respirar. Dígame al paciente que informe a su médico si se producen efectos en un lapso de tiempo transcurrido desde la última dosis y el tipo de efectos adversos.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0302.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Naloxona 0.4mg / ml Solución inyectable.(G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 10 ampolletas con un ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> es un antagonista de los receptores opiáceos $\mu$ , antídoto.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Intoxicación por opioides.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Antagonista competitivo de los receptores opioides, capaz de revertir los efectos producidos por agonistas opioides y por agonistas-antagonistas, incluyendo depresión respiratoria, sedación y convulsiones que ocurren en casos de sobredosis. Tiene mayor afinidad por los receptores $\mu$ ( $\mu$ ). En pacientes con dependencia física a opioides, excepto a buprenorfina, produce un síndrome de abstinencia cuya intensidad depende de la magnitud de la dependencia y de la dosis administrada del antagonista. Algunos estudios sugieren que puede antagonizar algunas acciones depresoras de los sedantes hipnóticos. Naloxona, es esencialmente un antagonista puro con poca o ninguna actividad agonística. Los receptores de opiáceos incluyen $\mu$ , kappa y delta, que han sido reclasificados por la Subcomisión de la Unión Internacional de Farmacología como PO1 (delta), PO2 (kappa), y PO3 ( $\mu$ ). Los receptores $\mu$ son los responsables de la analgesia, euforia, depresión respiratoria, miosis y los receptores; kappa son responsables de la analgesia, disforia, algunos efectos psicomiméticos (es decir, desorientación y / o despersonalización), y sedación; los receptores delta median la analgesia, sedación, y, posiblemente, la liberación hormonal y de neurotransmisores. Se cree que la naloxona antagoniza los receptores $\mu$ , kappa y delta. Este antagonismo es competitivo y de corta duración. Por lo tanto, repetir las dosis de naloxona puede ser requerida, cuando los opiáceos involucrados son de acción prolongada. La naloxona por sí misma, no produce dependencia física o psíquica y no empeora la depresión respiratoria si es administrada por sobredosis de no-opiáceos. La naloxona antagoniza los efectos tóxicos y clínicos de los opiáceos. Por lo tanto, no revierten solamente la depresión respiratoria, hipotensión y sedación sino también la analgesia.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La naloxona se administra por vía intravenosa, intramuscular, interóseamente, o por vía subcutánea. El inicio de la acción es de 1-2 minutos después de la administración IV y de 2-5 minutos después de la administración SC o IM, aunque se puede retrasar la acción en pacientes hipotensos. La duración de la acción depende de la dosis y vía de administración, la duración de la acción es más prolongada después de la administración IM que después de la administración IV. Tras la administración parenteral, la distribución es rápida. La naloxona alcanza una razón cerebro a suero de 12 a 15 veces más que la morfina. Es rápidamente metabolizado en el hígado, principalmente por conjugación con ácido glucurónico. El principal metabolito es la naloxona-3-glucurónido. En adultos, el rango de vida media plasmática oscila entre los 30-81 minutos; en los recién nacidos, la vida media es de aproximadamente 3 horas. La excreción de los metabolitos en la orina indica que el 60-70% de una dosis oral o IV, se excreta dentro de las siguientes 72 horas.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> en hipersensibilidad a la naloxona, dependencia a opioides. Administrar con precaución en casos de hipertensión arterial, arritmias supraventriculares, enfermedades convulsivas, edema pulmonar y si se sospecha dependencia a opioides o en pacientes con aumento de la presión intracraneal. En las embarazadas con adicciones, la administración de naloxona puede precipitar un cuadro de abstinencia en el producto. En dependencia física de opiáceos u otras situaciones en las que el síndrome de abstinencia aguda puede ser precipitado, enfermedades cardiovasculares.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 0302.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Puede inducir un síndrome de abstinencia en pacientes dependientes de los opiáceos. En quienes no son dependientes ocasiona los siguientes síntomas: Cardiovasculares: hipotensión, hipertensión, arritmias, taquicardia. Neurológicos: náusea, vómito, irritabilidad, nerviosismo, temblores e incremento de la sudoración. Respiratorio: disnea, edema pulmonar.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Decrece el efecto de analgésicos narcóticos. Interactúa con: Butorfanol, Clonidina, Meperidina, Oxycodona, Remifentanilo.		
<b>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:</b> Intramuscular, intravenosa, subcutánea. <b>Adultos:</b> 0.4 a 2 mg cada 3 minutos, hasta obtener el efecto terapéutico. Dosis máxima 10 mg/día. <b>Niños:</b> 0.1 mg/kg de peso corporal/dosis. Aplicar dosis cada 3 minutos, hasta obtener respuesta clínica.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Se debe tener precaución con los pacientes que se conoce o se sospecha tienen dependencia física o adicción a los opiáceos, ya que la naloxona puede precipitar el síndrome de abstinencia.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 2107.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II <b>CONTROLADO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Efedrina 50 mg. / 2mL. Solución inyectable (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 100 ampolletas con 2 ml		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Agente agonista adrenérgico, simpaticomimético.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Hipotensión arterial Síndrome de Stokes Adams.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> La efedrina lanza a la norepinefrina endógena de sus sitios de almacenaje. Esto representa un efecto simpaticomimético indirecto. La norepinefrina a su vez, estimula varios receptores alfa y beta. La efedrina también puede estimular directamente los receptores beta, sobre todo en el músculo liso bronquiolar. Los efectos beta adrenérgicos se derivan de la producción de AMP cíclico por la activación de la enzima adenilato ciclasa. Los efectos alfa adrenérgicos parecen ser el resultado de la inhibición de la adenilato ciclasa. Debido a que los sitios de almacenamiento de la noradrenalina pueden agotarse, se puede desarrollar taquifilaxia a los efectos presores y cardiacos de la efedrina. Al igual que otros agentes simpaticomiméticos, los efectos fisiológicos de la efedrina son muy variables y algunas veces dependen de la dosis utilizada. A pesar de que la efedrina ejerce un efecto cronotrópico positivo a través del nodo sinusal, éste efecto puede ser revertido por una respuesta vagal compensatoria para aumentar la presión arterial. En consecuencia, se han observado tanto bradicardia sinusal, como taquicardia. Algunos pacientes no presentan cambios en la frecuencia cardiaca. Las arritmias pueden ocurrir después de altas dosis. Los efectos de la efedrina en el flujo sanguíneo coronario pueden ser dosis dependientes, pero en general, la efedrina usualmente aumenta el flujo sanguíneo coronario. Éste aumento en el flujo de la sangre, puede ser debido a la dilatación de las arterias coronarias o como un resultado de un aumento en la presión arterial. En la periferia, la efedrina puede producir tanto vasodilatación por la estimulación de los receptores beta <sub>2</sub> , como vasoconstricción como un resultado de la estimulación de los receptores alfa <sub>1</sub> . La efedrina parenteral disminuye el flujo sanguíneo renal por la constricción de los vasos sanguíneos renales. Los pacientes hipotensos que no son hipovolémicos, inicialmente experimentarán un flujo sanguíneo y urinario reducido, lo cual aumentará a medida que la presión arterial regrese a la normalidad. El flujo sanguíneo renal y la tasa de filtrado glomerular se reducirán aún si la presión sanguínea alcanza niveles hipertensos.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> La efedrina es administrada por vía oral, tópica o parenteral. La efedrina se absorbe rápida y completamente después de la administración por vía oral, subcutánea o intramuscular. La absorción por vía intramuscular es ligeramente más rápida (10-20 minutos) que la vía subcutánea. Los efectos clínicos se observan inmediatamente después de la administración intravenosa. La duración de la actividad presora tras la administración parenteral es de 1 hora, y hasta 4 horas después de la administración oral. Los datos de distribución son escasos, pero se cree que la efedrina atraviesa la placenta y se distribuye hacia la leche materna. Pequeñas cantidades de efedrina son metabolizadas por el hígado a través de la desaminación oxidativa, desmetilación, hidroxilación aromática, y conjugación. Los metabolitos han sido identificados como p-hidroxiefedrina, p-hidroxinorefedrina, norefedrina y conjugados de estos metabolitos. La efedrina y sus metabolitos se excretan principalmente en la orina, principalmente como fármaco inalterado. La eliminación de la efedrina y sus metabolitos es mejorada por un pH ácido urinario. La vida media de eliminación de la efedrina es de alrededor de 3 horas, si el pH de la orina es de 5, y cerca de 6 horas a un pH urinario de 6.5.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 2107.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II <b>CONTROLADO</b>	
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad a la efedrina. No se administre en pacientes con alteraciones hepáticas o renales severas, ni que se encuentren bajo tratamiento con anticoagulantes o que presenten alteraciones en la coagulación. Ni en pacientes hipertensos, en casos de glaucoma de ángulo estrecho, psiconeurosis, ingesta de inhibidores de la MAO, durante la anestesia general con ciclopropano o halotano. Administrar con precaución en personas hipertensas, hipertiroideas, prostáticas o diabéticas; en pacientes debilitados, con antecedentes de enfermedad cardiovascular y en ancianos. Los adrenérgicos intensifican sus efectos y los antiadrenérgicos los bloquean.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Nerviosismo, ansiedad, aprensión, miedo, tensión agitación, excitación, inquietud, irritabilidad, insomnio, hiperactividad, hipertensión, taquicardia, palpitación, elevación o disminución de presión sanguínea, palidez inusual, vértigo, dolor de cabeza, xerostomía, náusea, anorexia, vómito, dolor al orinar, temblor, debilidad, diaforesis, arritmias cardíacas, verborrea, hiperreflexia, confusión, delirio, alucinaciones, retención urinaria, priapismo, palidez de la piel, boca seca, dificultad para respirar.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Disminuyen sus efectos de vasodilatador y cardio/broncodilatador con agentes bloqueadores alfa y beta. Con precaución cuando se esté recibiendo medicamentos hepatotóxicos, o nefrotóxicos. Disminuye su efecto con barbitúricos, carbamazepina, hidantoína, o rifampicina. Interactúa con: anestésicos generales inhalatorios halogenados, cortivazol, desflurano, dexametasona, fosfestrol, glucocorticoides (corticoesteroides) y metildopa.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular, subcutánea o intravenosa. Adultos: Subcutánea e intramuscular: 25 a 50 mg. Intravenosa: 10 a 25 mg. Dosis máxima: 150 mg/ día. Niños: Subcutánea o intravenosa: 3 mg/ kg de peso corporal/ día, fraccionar en dosis cada 4 a 6 horas.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> La efedrina deberá ser utilizada por médicos especialistas familiarizados con el empleo de este medicamento y con el tratamiento de las posibles complicaciones. Se deberán extremar las precauciones cuando se administre en los pacientes que presenten angina de pecho, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipertiroidismo, feocromocitomas o hipertrofia prostática.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. No se debe emplear en el embarazo o lactancia.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 2108.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II CONTROLADO	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Midazolam 5 mg. / 5 ml. Solución inyectable. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas con 5 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Benzodiazepina (hipnótico y sedante).		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción anestésica. Sedación.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Las benzodiazepinas actúan a nivel de las regiones límbicas, talámica e hipotalámica del sistema nervioso central y pueden producir cualquier nivel requerido de depresión en el SNC, incluyendo sedación, hipnosis, relajación del músculo esquelético y actividad anticonvulsivante. Evidencias recientes indican que las benzodiazepinas, ejercen sus efectos a través de la mejora del complejo receptor ácido gamma-aminobutírico (GABA)- benzodiazepina. El GABA es un neurotransmisor inhibitorio que ejerce sus efectos en subtipos de receptores específicos designados como GABA -A y GABA-B. El GABA-A es el principal subtipo de receptor en el SNC y se cree que está involucrado en las acciones de ansiolíticos y sedantes. Los tres tipos de receptores benzodiazepinas (BNZ), se encuentran localizados en el SNC y otros tejidos; los receptores BNZ <sub>1</sub> se encuentran en el cerebelo y la corteza cerebral, los receptores BNZ <sub>2</sub> en la corteza cerebral y la médula espinal, y el receptor BNZ <sub>3</sub> en tejidos periféricos. Se cree que la activación de los receptores BNZ <sub>1</sub> son mediadores del sueño, mientras que el receptor BNZ <sub>2</sub> afecta a la relajación muscular, la actividad anticonvulsivante, la coordinación motora y la memoria. Las benzodiazepinas se unen de forma no específica a las BNZ <sub>1</sub> y BNZ <sub>2</sub> los cuales mejoran los efectos del GABA. El midazolam ha duplicado su afinidad por los receptores de la benzodiazepina que el diazepam. A diferencia de los barbitúricos que aumentan las respuestas del GABA mediante el aumento de la longitud de tiempo para abrir los canales de cloruro, las benzodiazepinas mejoran los efectos de GABA, por el aumento en la afinidad por los receptores GABA. El enlace de GABA a los sitios abiertos al canal de cloruro, dan como resultado una hiperpolarización de la membrana celular que impide que la célula se excite aún más. La acción anti-ansiedad de las benzodiazepinas puede ser el resultado de su capacidad para bloquear la excitación cortical y límbica, después de la estimulación de las vías reticulares, mientras que las propiedades de relajación muscular están mediadas por la inhibición tanto de las vías mono y polisinápticas. Las benzodiazepinas también pueden deprimir directamente la función del músculo y del nervio motor. Su efecto sedante inicia a los 15 min., después de la administración intramuscular. El efecto sedante dura 1 a 4 horas.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> Tras la administración intramuscular, la absorción es rápida, con una biodisponibilidad promedio superior al 90%. El inicio de la acción tras la administración IM o IV, se produce a los 5-15 minutos y en 1.5-5 minutos, respectivamente. Los efectos máximos se observan en 20-60 minutos, con un tiempo de recuperación de 2-6 horas. Los tiempos de recuperación son similares a la administración intravenosa de una dosis única. El midazolam se distribuye ampliamente, cruzando la sangre del cerebro y la barrera placentaria. Se desconoce si la distribución se produce en la leche materna. El midazolam se une en un 94-97% a proteínas y tiene una vida media de 1-5 horas. Se hidroliza extensamente en el hígado. El principal metabolito es el alfa-hidroximidazolam, que es equipotente al midazolam. Hasta el 80% del midazolam se recupera en la orina como alfa-glucuronido hidroximidazolam. Aproximadamente el 4% de la dosis se metaboliza a 1-hidroximidazolam y 1,4-hidroximidazolam; estos metabolitos menores tienen menor actividad farmacológica comparada con el midazolam, y se conjugan en el hígado con la posterior excreción renal. Menos de un 0.03% de la dosis se excreta sin cambios en la orina.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 2108.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<p><b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a las benzodiazepinas, hipotensión intensa, estado de choque, intoxicación alcohólica, depresión de los signos vitales. Administrar con precaución en pacientes con disfunción hepática, renal o cardiaca. Los pacientes debilitados y aquellos con enfermedad obstructiva crónica son más susceptibles a sus efectos depresores. Aumenta el efecto de alcohol, barbitúricos, opioides, antihistamínicos, tranquilizantes, antidepresores y otros depresores del sistema nervioso central. El fentanilo, el droperidol y los opioides que se utilizan como medicación preoperatoria aumentan sus efectos hipnóticos. En un mal control del dolor, depresión del SNC existente; golpes; glaucoma agudo de ángulo cerrado; intoxicación alcohólica aguda, coma.</p>		
<p><b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Náuseas, vómito, sabor ácido, salivación excesiva, hipoamnesia retrógrada, euforia, confusión, delirio o agitación, movimientos musculares, ataxia, parestesias, sedación excesiva, visión borrosa, hipotensión, taquicardia, dolor e irritación en el sitio de la inyección, fluctuaciones de los signos vitales, depresión respiratoria, apnea, reacciones de hipersensibilidad. Si se administra rápidamente y/o a dosis elevadas en pacientes ancianos o con insuficiencia respiratoria previa, se puede presentar depresión respiratoria severa. En casos muy raros, se puede presentar reacción paradójica (irritabilidad, agresividad, etc.). Después de administración por tiempo prolongado la suspensión brusca, puede provocar síntomas de supresión.</p>		
<p><b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Delavirdina, Efavirenz, Nelfinavir, Ritonavir verapamil, diltiazem, quetoconazol, itraconazol. Potencializa el efecto depresor central de neurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, analgésicos, anestésicos y alcohol. Tener precaución en la administración conjunta con eritromicina, ya que puede desencadenar efectos como náuseas, taquicardias y pérdida de la conciencia. Incrementa y prolonga la sedación; cimetidina, ranitidina, eritromicina, diltiazem, quetoconazol e itraconazol.</p>		
<p><b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular profunda, intravenosa. <b>Adultos:</b> Intramuscular: 70 a 80 µg/kg de peso corporal. Intravenosa: 35 µg/ kg de peso corporal una hora antes del procedimiento quirúrgico. Dosis total: 2.5 mg. <b>Niños:</b> Intramuscular profunda o intravenosa: Inducción: 150 a 200 µg/ kg de peso corporal, seguido de 50 µg/ kg de peso corporal, de acuerdo al grado de inducción deseado. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.</p>		
<p><b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Sedante e hipnótico de rápido comienzo y corta duración con propiedades ansiolíticas, anticonvulsivantes y miorelajantes. Es una Benzodiazepina con buen efecto hipnótico y sedante, útil como medicación antes de procedimientos diagnósticos quirúrgicos o como inductor de la anestesia. Contraindicado en pacientes con insuficiencia respiratoria grave, insuficiencia hepática severa, síndrome de apnea durante el sueño, hipersensibilidad a las benzodiazepinas y al medicamento así como en miastenia grave. Produce tolerancia, dependencia física y psíquica después de varios días de administración. Una vez que se instala la dependencia, al suspenderlos produce síndrome de supresión. Su manejo es de uso restringido a la personal con experiencia en su manejo, ya que puede producir depresión respiratoria. Su antagonista específico es el flumazenil.</p> <p>Informar al paciente y a su familia antes de la intervención, sobre la posibilidad de una amnesia post-operatoria temporal. Asesorar a los pacientes que estos medicamentos pueden provocar somnolencia y que debe tener cuidado al conducir o realizar otras tareas que requieran alerta mental hasta que la somnolencia ha disminuido, o hasta un día después de su administración. Asesorar a los pacientes a evitar el alcohol y otros depresores del SNC hasta 24 horas tras la administración. Las pacientes deben informar a su médico si están embarazadas, o planean quedarse embarazadas o está amamantando. Los pacientes que recibieron infusión continua en los entornos de atención crítica durante un largo período de tiempo, pueden experimentar síntomas de retirada tras una interrupción brusca.</p> <p><b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> D, no administrarse en el primer trimestre de embarazo o en periodo de lactancia, debe manejarse con precaución en el trabajo de parto, ya que puede producir depresión respiratoria.</p>		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4054.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II <b>CONTROLADO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Flumazenil 0.5 mg / 5 ml (0.1 mg / ml) solución inyectable. (G)..		
<b>Presentación del producto:</b> Una ampollita con 5 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Es un derivado de la imidazobenzodiazepina que actúa como antagonista de las benzodiazepinas		
<b>INDICACIONES TERAPEUTICAS:</b> Intoxicación por benzodiazepinas.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Inhibe en forma competitiva a los agentes que actúan por medio de los receptores de las benzodiazepinas, bloqueando específicamente sus efectos sobre el sistema nervioso central.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> Se administra por vía intravenosa y su efecto antagonista es inmediato (30 a 60 seg.); tiene duración de 1 a 4 h. Se une moderadamente a las proteínas plasmáticas (50%) y se distribuye en todo el organismo. Cruza la barrera hematoencefálica y alcanza rápidas concentraciones cerebrales máximas. Se metaboliza en el hígado y su metabolito inactivo se excreta por vía renal. Su vida media de eliminación es de unos 60 minutos. El flumazenil por se elimina casi completamente por metabolismo hepático a los productos inactivos con una vida media de aproximadamente 1 hora, la duración de los efectos clínicos generalmente es sólo 30 a 60 minutos. La ingestión de alimentos durante una infusión intravenosa de flumazenil resulta en un incremento del 50% en la depuración, probablemente debido a un incremento en el flujo sanguíneo hepático que acompaña al alimento.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad a flumazenil, en los pacientes a quienes se les ha administrado benzodiazepina para el control de una condición que potencialmente amenaza la vida (es decir control de la presión intracraneal o <i>status epilepticus</i> )		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> sentimientos de ansiedad, palpitaciones y miedo. Vasodilatación cutánea (por ejemplo, la sudoración, rubefacción, sofocación), palpitaciones. Defecto en el campo visual, diplopía, visión borrosa. Náuseas, vómitos. Hiperventilación.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> En los casos de sobredosis con fármacos mezclados, particularmente con antidepresivos cíclicos, se pueden presentar los efectos tóxicos (como convulsiones y disrritmias cardiacas) con la reversión de los efectos de la benzodiazepina, Bloquea los efectos centrales de las benzodiazepinas, por medio de la interacción competitiva a nivel de los receptores.		
<b>DOSIS Y VIA DE ACMINISTRACION:</b> Intravenosa. Adultos: 0.3 a 0.6 mg, cada 6 horas por 24 horas.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Debe ser administrado por un anestesiólogo o un médico experimentado. Indicar al paciente que a pesar del sentimiento de alerta al momento de la administración, los efectos de las benzodiazepinas pueden reaparecer afectando la memoria y el juicio. Debe evitar realizar actividades que requieran atención mental (como conducir o manejar maquinaria pesada) por al menos 18 a 24 horas después de la administración. Evite tomar alcohol o drogas.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> B.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4055.00	<b>Partida Presupuesta:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Bupivacaína Hiperbárica solución inyectable 15 mg. Dextrosa 240 mg. (G)		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas de 3 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO:</b> Anestesia local. Bloqueo subaracnoideo.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Adultos y niños mayores de 12 años: Anestesia subaracnoidea.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Bloquea la despolarización e interfiere en el intercambio de sodio y potasio a través de la membrana de la célula nerviosa, evitando la generación y conducción del impulso nervioso.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El bloqueo sensorial después del bloque espinal es rápido (1 min.); el nivel del bloqueo motor máximo y el nivel del dermatoma máximo se alcanzan a los siguientes 15 min. Al parecer cruza la placenta por difusión pasiva. Se metaboliza principalmente en el hígado, y el riñón es el principal órgano excretor. Tiene una alta capacidad para unirse a proteínas plasmáticas (95%). Los perfiles plasmáticos presentan tres compartimentos. El primer compartimento representado por una distribución intravascular rápida del medicamento. El segundo representa el equilibrio del medicamento a lo largo de los órganos con buena percusión como cerebro, miocardio, pulmones, riñones e hígado. El tercero representa un equilibrio del medicamento con los tejidos pobremente perfundidos, como el músculo y la grasa. La eliminación del medicamento a partir de la distribución tisular depende en gran parte de la capacidad de los sitios de unión en la circulación para llevarlo al hígado donde es metabolizado.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad a la bupivacaína; no usar en niños menores de 12 años; para anestesia raquídea, tópica o bloqueo paracervical. En pacientes débiles, ancianos o con enfermedad aguda, hepatopatía grave, en alergias a fármacos		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Urticaria, prurito, edema angioneurótico (incluyendo edema laríngeo), taquicardia, estornudos, náuseas, vómitos, mareos, diaforesis, hipertermia e hipotensión intensa.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Antidepresivos tricíclicos, Buprenorfina, Butorfanol, Ciclopropano, Cloroformo, Halotano, Imán, Lidocaína, Sulfonamidas, Verapamilo. Con los cuales causa hipotensión, o potencia el efecto anestésico o favorece arritmia cardiaca.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Infiltración local o subaracnoidea. <b>Adultos y niños mayores de 12 años:</b> Dosis inicial de 10 a 15 mg. Dosis subsecuente de acuerdo a peso y talla del paciente. Cada dosis no debe exceder de 175 mg y la dosis total de 400 mg/día.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Deberán ser aplicadas únicamente por médicos anestesiólogos con experiencia del producto y sus posibles complicaciones. Deberá aplicarse en un medio hospitalario que cuente con equipo y medicamentos para reanimación cardiopulmonar y personal capacitado.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C.		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4057.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Midazolam 15 mg. / 3 ml. Solución inyectable. (G) <b>CONTROLADO</b>		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 5 ampolletas con 3 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> A temperaturas no mayores de 25°C y humedad relativa de no más de 65 %.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Benzodiazepina.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Inducción anestésica Sedación.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<p><b>FARMACODINAMIA:</b> Las benzodiazepinas actúan a nivel de las regiones límbicas, talámica e hipotalámica del sistema nervioso central y pueden producir cualquier nivel requerido de depresión en el SNC, incluyendo sedación, hipnosis, relajación del músculo esquelético y actividad anticonvulsivante. Evidencias recientes indican que las benzodiazepinas, ejercen sus efectos a través de la mejora del complejo receptor ácido gamma-aminobutírico (GABA)- benzodiazepina. El GABA es un neurotransmisor inhibitorio que ejerce sus efectos en subtipos de receptores específicos designados como GABA -A y GABA-B. El GABA-A es el principal subtipo de receptor en el SNC y se cree que está involucrado en las acciones de ansiolíticos y sedantes. Los tres tipos de receptores benzodiazepinas (BNZ), se encuentran localizados en el SNC y otros tejidos; los receptores BNZ<sub>1</sub> se encuentran en el cerebelo y la corteza cerebral, los receptores BNZ<sub>2</sub> en la corteza cerebral y la médula espinal, y el receptor BNZ<sub>3</sub> en tejidos periféricos. Se cree que la activación de los receptores BNZ<sub>1</sub> son mediadores del sueño, mientras que el receptor BNZ<sub>2</sub> afecta a la relajación muscular, la actividad anticonvulsivante, la coordinación motora y la memoria. Las benzodiazepinas se unen de forma no específica a las BNZ<sub>1</sub> y BNZ<sub>2</sub> los cuales mejoran los efectos del GABA. El midazolam ha duplicado su afinidad por los receptores de la benzodiazepina que el diazepam. A diferencia de los barbitúricos que aumentan las respuestas del GABA mediante el aumento de la longitud de tiempo para abrir los canales de cloruro, las benzodiazepinas mejoran los efectos de GABA, por el aumento en la afinidad por los receptores GABA. El enlace de GABA a los sitios abiertos al canal de cloruro, dan como resultado una hiperpolarización de la membrana celular que impide que la célula se excite aún más. La acción anti-ansiedad de las benzodiazepinas puede ser el resultado de su capacidad para bloquear la excitación cortical y límbica, después de la estimulación de las vías reticulares, mientras que las propiedades de relajación muscular están mediadas por la inhibición tanto de las vías mono y polisinápticas. Las benzodiazepinas también pueden deprimir directamente la función del músculo y del nervio motor.</p> <p>Su efecto sedante inicia a los 15 min., después de la administración intramuscular. El efecto sedante dura 1 a 4 horas.</p>		
<p><b>FARMACOCINÉTICA:</b> Tras la administración intramuscular, la absorción es rápida, con una biodisponibilidad promedio superior al 90%. El inicio de la acción tras la administración IM o IV, se produce a los 5-15 minutos y en 1.5-5 minutos, respectivamente. Los efectos máximos se observan en 20-60 minutos, con un tiempo de recuperación de 2-6 horas. Los tiempos de recuperación son similares a la administración intravenosa de una dosis única. El midazolam se distribuye ampliamente, cruzando la sangre del cerebro y la barrera placentaria. Se desconoce si la distribución se produce en la leche materna. El midazolam se une en un 94-97% a proteínas y tiene una vida media de 1-5 horas. Se hidroliza extensamente en el hígado. El principal metabolito es el alfa-hidroximidazolam, que es equipotente al midazolam. Hasta el 80% del midazolam se recupera en la orina como alfa-glucuronido hidroximidazolam. Aproximadamente el 4% de la dosis se metaboliza a 1-hidroximidazolam y 1,4-hidroximidazolam; estos metabolitos menores tienen menor actividad farmacológica comparada con el midazolam, y se conjugan en el hígado con la posterior excreción renal. Menos de un 0.03% de la dosis se excreta sin cambios en la orina.</p>		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4057.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia.	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo II	
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad a las benzodiazepinas, hipotensión intensa, estado de choque, intoxicación alcohólica, depresión de los signos vitales. Administrar con precaución en pacientes con disfunción hepática, renal o cardíaca. Los pacientes debilitados y aquellos con enfermedad obstructiva crónica son más susceptibles a sus efectos depresores. Aumenta el efecto de alcohol, barbitúricos, opioides, antihistamínicos, tranquilizantes, antidepresores y otros depresores del sistema nervioso central. El fentanilo, el droperidol y los opioides que se utilizan como medicación preoperatoria aumentan sus efectos hipnóticos. En un mal control del dolor, depresión del SNC existente; golpes; glaucoma agudo de ángulo cerrado; intoxicación alcohólica aguda, coma.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Náuseas, vómito, sabor ácido, salivación excesiva, hipoamnesia retrógrada, euforia, confusión, delirio o agitación, movimientos musculares, ataxia, parestesias, sedación excesiva, visión borrosa, hipotensión, taquicardia, dolor e irritación en el sitio de la inyección, fluctuaciones de los signos vitales, depresión respiratoria, apnea, reacciones de hipersensibilidad. Si se administra rápidamente y/o a dosis elevadas en pacientes ancianos o con insuficiencia respiratoria previa, se puede presentar depresión respiratoria severa. En casos muy raros se puede presentar reacción paradójica (irritabilidad, agresividad, etc.). Después de administración por tiempo prolongado la suspensión brusca, puede provocar síntomas de supresión.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> con: Delavirdina, Efavirenz, Nelfinavir, Ritonavir verapamil, diltiazem, quetoconazol, itraconazol. Potencializa el efecto depresor central de neurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, analgésicos, anestésicos y alcohol. Tener precaución en la administración conjunta con eritromicina, ya que puede desencadenar efectos como náuseas, taquicardias y pérdida de la conciencia. Incrementa y prolonga la sedación; cimetidina, ranitidina, eritromicina, diltiazem, quetoconazol e itraconazol.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intramuscular profunda, intravenosa. <b>Adultos:</b> Intramuscular: 70 a 80 µg/kg de peso corporal. Intravenosa: 35 µg/ kg de peso corporal una hora antes del procedimiento quirúrgico. Dosis total: 2.5 mg. <b>Niños:</b> Intramuscular profunda o intravenosa: Inducción: 150 a 200 µg/ kg de peso corporal, seguido de 50 µg/ kg de peso corporal, de acuerdo al grado de inducción deseado. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Sedante e hipnótico de rápido comienzo y corta duración con propiedades ansiolíticas, anticonvulsivantes y miorelajantes. Es una Benzodiazepina con buen efecto hipnótico y sedante, útil como medicación antes de procedimientos diagnósticos quirúrgicos o como inductor de la anestesia. Contraindicado en pacientes con insuficiencia respiratoria grave, insuficiencia hepática severa, síndrome de apnea durante el sueño, hipersensibilidad a las benzodiazepinas y al medicamento así como en miastenia grave. Produce tolerancia, dependencia física y psíquica después de varios días de administración. Una vez que se instala la dependencia, al suspenderlos produce síndrome de supresión. Su manejo es de uso restringido a la personal con experiencia en su manejo, ya que puede producir depresión respiratoria. Su antagonista específico es el flumazenil. Informar al paciente y a su familia antes de la intervención, sobre la posibilidad de una amnesia post-operatoria temporal. Asesorar a los pacientes que estos medicamentos pueden provocar somnolencia y que debe tener cuidado al conducir o realizar otras tareas que requieran alerta mental hasta que la somnolencia ha disminuido, o hasta un día después de su administración. Asesorar a los pacientes a evitar el alcohol y otros depresores del SNC hasta 24 horas tras la administración. Las pacientes deben informar a su médico si están embarazadas, o planean quedarse embarazadas o está amamantando. Los pacientes que recibieron infusión continua en los entornos de atención crítica durante un largo período de tiempo, pueden experimentar síntomas de retirada tras una interrupción brusca.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> D, no administrarse en el primer trimestre de embarazo o en periodo de lactancia, debe manejarse con precaución en el trabajo de parto, ya que puede producir depresión respiratoria.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4059.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Rocuronio, bromuro de 50 mg/ml. Solución inyectable (G).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con 12 ampollas o frascos ampula de 5 ml.		
<b>Condiciones de almacenamiento:</b> En refrigeración (2 a 8 °C). No congelar. A temperatura ambiente, el rocuronio inyectable debe ser usado en máximo 60 días. En contraste con el vecuronio el rocuronio es estable en solución acuosa. El bromuro de rocuronio es compatible en solución con cloruro de sodio 0.9%, agua estéril para inyección, glucosa 5% en agua, glucosa 5% en soluciones lactatos ringer y salinas. La mezcla debe ser usada dentro de las siguientes 24 horas de preparación.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
<b>Grupo Fármaco terapéutico:</b> Agente músculo esquelético. Bloqueador neuromuscular no despolarizante.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Relajación muscular durante procedimientos quirúrgicos.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> El bromuro de rocuronio es un agente bloqueador neuromuscular no despolarizante con duración intermedia y rápida de inicio intermedio que es dosis dependiente. Los mecanismos que competen a los receptores colinérgicos a la placa motora; sin embargo, los inhibidores de la acetilcolinesterasa tales como la neostigmina y al edroponio antagonizan esta acción.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> Las concentraciones plasmáticas de uso intravenoso de rocuronio siguen un modelo abierto de tres compartimientos. Hay una fase de distribución inicial con una vida media de 1 a 2 minutos seguida de una fase de distribución más lenta con una vida media de 14 a 18 minutos. Se reporta que se enlaza aproximadamente 30% a las proteínas plasmáticas. La vida media de eliminación es aproximadamente de 1.2 a 1.4 horas. Más del 40% de una dosis puede ser excretada en la orina dentro de las 24 horas. El rocuronio es también excretado en la bilis. Se ha reportado que el principal metabolito del rocuronio, el 17-desacetilrocuronio tiene un efecto neuromuscular débil.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> hipersensibilidad al bromuro de rocuronio u otros agentes bloqueantes neuromusculares.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Serias:</b> Anafilaxis. <b>Comunes:</b> Hipertensión (0.1 a 2%), hipotensión (0.1 a 2%), taquicardia (menos del 1 al 5.3%), dolor en el sitio de inyección y resistencia vascular pulmonar incrementada (24%).		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> la amikacina, la bacitracina, gentamicina, kanamicina, neomicina, polimixina B, carbamazepina, clindamicina, estreptomycin, colistimetato de sodio, tobramicina mejoran y/o prolongan el bloqueo neuromuscular, que puede llevar a una depresión respiratoria y parálisis. La betametasona, la dexametasona, hidrocortisona, metilprednisolona, prednisolona, prednisona, disminuyen la efectividad del rocuronio, prolongando la debilidad muscular y la miopatía. El enflurano, isoflurano, sevoflurano mejoran la actividad del rocuronio. La epinefrina incrementa el riesgo de re parálisis postoperatoria. La fosfenitoína y fenitoína, reducen la exposición del rocuronio y la eficacia. El magnesio incrementa el riesgo de toxicidad del rocuronio.		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. Adultos: Dosis a juicio del especialista. Se debe administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> El rocuronio relaja el musculo durante la cirugía u otros procedimientos médicos. No debe recibir este medicamento si ha tenido una reacción alérgica al rocuronio. Este medicamento es administrado a través de una jeringa colocada en una vena, recibirá el medicamento mientras se encuentre en un hospital o un servicio de emergencia.		
<b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C		
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.



<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4061.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>DESCRIPCIÓN.</b>		
<b>Nombre del medicamento:</b> Cisatracurio, besilato de, 10 mg. / 5 ml. Solución inyectable. (G).		
<b>Presentación del producto:</b> Envase con ampolleta de 5 ml.		
<b>MONOGRAFÍA DEL FÁRMACO</b>		
Grupo Fármaco terapéutico: Relajante muscular no despolarizante.		
<b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</b> Relajación neuromuscular.		
<b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.</b>		
<b>FARMACODINAMIA:</b> Previene la despolarización de la membrana muscular y posteriormente la contracción del músculo al actuar como antagonista competitivo de la acetilcolina en las subunidades alfa de los receptores nicotínico-colinérgicos de las endoplacas motoras del músculo esquelético. También interfiere con la movilización de la acetilcolina presináptica. El bloqueo neuromuscular puede revertirse farmacológicamente con un agente anticolinesterasa (neostigmina endofonium, piridostigmina). La relajación del músculo esquelético se produce en un orden predecible, comenzando con los músculos asociados a los movimientos finos, por ejemplo, los ojos, cara y cuello. Estos efectos son seguidos por la relajación muscular de las extremidades, pecho y abdomen y, por último, el diafragma. Los efectos del cisatracurio son antagonizados por los inhibidores de la acetilcolinesterasa, tales como la neostigmina.		
<b>FARMACOCINÉTICA:</b> El cisatracurio se administra por vía intravenosa. El volumen de distribución es limitado por su gran peso molecular y su alta polaridad. La unión de cisatracurio a las proteínas plasmáticas no se ha estudiado exitosamente, debido a su rápida degradación por el pH fisiológico. El cisatracurio sufre eliminación de Hofmann órgano- independiente (un proceso químico, dependiente de un pH y temperatura), para formar el metabolito monocuaternario acrilato y laudanosino, ninguno de los cuales tiene ninguna actividad de bloqueo neuromuscular. El metabolito acrilato monocuaternario sufre hidrólisis por esterasas plasmáticas no específicas, para formar el metabolito alcohol monocuaternario (MQA). El laudanosino se metaboliza posteriormente a desmetil metabolitos, que se conjugan con ácido glucurónico y se excreta en la orina. Durante las Infusiones IV de cisatracurio, las concentraciones plasmáticas máximas de laudanosino y el metabolito MQA son de aproximadamente el 6% y el 11% del compuesto original, respectivamente. Las concentraciones máximas de laudanosino son significativamente inferiores en pacientes quirúrgicos sanos que recibieron Infusiones de cisatracurio, que en los pacientes que recibieron Infusiones de atracurio (C <sub>máx</sub> = 60 ng / ml vs 342 ng / ml). Los valores promedio de aclaramiento para el cisatracurio son de 4.5-5.7 ml / min / kg en pacientes quirúrgicos saludables. El modelo farmacocinética sugiere que el 80% del aclaramiento se explica por la eliminación de Hofmann y el restante 20% por la eliminación renal y hepática. Aproximadamente el 95% de una dosis se recupera en la orina (en su mayoría como metabolitos conjugados) y el 4% en las heces; menos de 10-15% de la dosis se excreta como fármaco inalterado. El promedio de vida media de eliminación del cisatracurio es de 22-29 minutos. El promedio de vida media de eliminación del laudanosino es de 3.1 horas. La farmacocinética del cisatracurio en el adulto joven es similar a la de pacientes ancianos o con insuficiencia renal o hepática. De igual manera, la farmacocinética es similar al administrarse por infusión o en bolo único. El perfil de recuperación posterior a la infusión, es independiente de la duración de la infusión, aún en pacientes en la unidad de cuidados intensivos.		
<b>CONTRAINDICACIONES:</b> Hipersensibilidad al cisatracurio, hipersensibilidad al alcohol bencílico cuando lo contiene la formulación. Potencian el efecto bloqueador neuromuscular las siguientes condiciones: anormalidades electrolíticas, hiponatremia, hipocalcemia e hipokalemia severas, hipermagnesemia, enfermedades neuromusculares, acidosis, porfiria		
<b>Elaboró:</b>  Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b>  M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b>  Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.





<b>Unidad de Gobierno:</b> Secretaría de Salud de la Ciudad de México		
<b>Área:</b> Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos		
<b>Clave CBCM:</b> 4061.00	<b>Partida Presupuestal:</b> 2531	
<b>Grupo Terapéutico:</b> Anestesia	<b>Clasificación de acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud:</b> Grupo IV	
<b>CONTRAINDICACIONES (continuación):</b> aguda intermitente, insuficiencia renal y hepática. Los pacientes con la función neuromuscular deteriorada, pueden experimentar un bloqueo neuromuscular prolongado o exagerando con agentes despolarizantes. Estas condiciones incluyen miastenia gravis, síndrome de miasténico asociados con carcinomatosis de pequeñas células (síndrome de Lambert-Eaton; originalmente asociado con el cáncer de pulmón), miopatía, o cualquier otra enfermedad neuromuscular.		
<b>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</b> Erupción cutánea, bradicardia, hipotensión. Bronco espasmos, dolor de cabeza. Se han observado reacciones anafilácticas de distintos grados. Raramente debilidad muscular. Inflamación en el sitio de la inyección, enrojecimiento de la cara o las manos; prurito en los lóbulos de la oreja; edema de pies, dolor en la piel, dolor en el ojo; sabor salado. Náuseas con o sin vómitos (disminuye con la administración continua), anorexia, diarrea, malestar epigástrico, dolor abdominal.		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:</b> Influencia sobre magnitud y/o duración; en flurano y isoflurano, halotano, ketamina, antibióticos (amino glucósidos, polimixina, espectinomycin, tetraciclinas, lincomicina, clindamicina), antiarrítmicos (propranolol, antagonistas del calcio, lignocaina, procainanida, quinidina), diuréticos (furocemida, manitol, acetazolamida), sales de magnesio litio y bloqueadores ganglionares (trimetafán, hexameton). Disminuyen el efecto fenitoína y carbamazepina, bloqueadores ganglionares (trimetafán y hexametonio).		
<b>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</b> Intravenosa. <b>Adultos:</b> Inducción 0.15 mg/kg de peso corporal, mantenimiento: 0.03 mg/kg de peso corporal. <b>Niños:</b> Inducción: 0.1 mg/kg de peso corporal, mantenimiento: 0.02 mg/kg de peso corporal. Administrar diluido en soluciones intravenosas. Envasadas en frascos de vidrio.		
<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE:</b> Deberá ser administrado solamente o bajo la supervisión estrecha de un anestesiólogo. <b>Riesgo durante el embarazo y lactancia:</b> C. Solo debe ser usado si el beneficio para la madre supera el riesgo potencial para el feto.		
<b>Elaboró:</b> Q.F.B. ROCÍO MEJÍA VÁZQUEZ.	<b>Revisó:</b> M. EN A. FCO. TOMÁS DELGADO CRUZ.	<b>Autorizó:</b> Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY.