

## Sumario

- Actualización farmacoterapéutica pediátrica
- Alertas
- Fármacos con nuevas indicaciones en pediatría
- Enlaces de interés
- Cursos y Congresos
- Artículos especial: [Unificación de criterios en formulación pediátrica: mejorando la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la calidad en la formulación magistral](#)

## Actualización farmacoterapéutica

### Atención farmacéutica

#### [Identificación y manejo de la sobredosis de paracetamol e ibuprofeno](#)

Acetaminophen and ibuprofeno overdose. Argentieri J, Morrone K, Pollack Y. Pediatrics in review 2012; 33 (4): 188-89.

Revisión de los principales síntomas que aparecen tras la intoxicación por paracetamol (toxicidad hepática), y por ibuprofeno (toxicidad renal), así como las pruebas analíticas que ayudan a diagnosticarlo, y tratamiento farmacológico de su reversión.

#### [Revisión sistemática de la aparición de reacciones adversas a medicamentos en niños](#)

Adverse drug reactions in children –a systematic review. Smyth RMD, Gargon E, Kirkham J, Cresswell L, Golder S, Smyth R, et al. Plos One 2012; 7 (3): e24061 (p 1-24).

Las reacciones adversas a medicamentos son un importante problema de salud pública. En este trabajo se lleva a cabo una revisión sistemática de la aparición de reacciones adversas en niños que nos da idea de su prevalencia tanto en el ingreso hospitalario, durante la estancia hospitalaria y en la comunidad; así como los principales grupos farmacoterapéuticos que dan lugar a su aparición.

### Errores de medicación

#### [Errores de medicación \(10 veces la dosis deseada\) en pediatría](#)

Tenfold medication errors: 5 years' experience at a university-affiliated pediatric hospital. Doherty C, MC Donell C. Pediatrics 2012; 129 (5): 916-24.

Estudio que analiza las causas, los agentes facilitadores y los fármacos más frecuentemente relacionados con la aparición de errores de medicación que suponían la

prescripción/administración de 10 veces la dosis deseada. Sobre la base de 6643 errores de medicación comunicados voluntariamente, se encontraron 252 errores del tipo seleccionado. Los errores de cálculo de dosificación, los errores en el manejo de decimales y la confusión con los "0" son causas que contribuyen a su aparición; la medicación intravenosa, la prescripción en papel, y el uso de bombas de infusión son agentes facilitadores. Los opioides son el grupo más involucrado, especialmente la morfina.

## Farmacoterapia

- **Cardiología**

### [Uso de valsartan en pediatría](#)

Valsartan: in children and adolescents with hypertension. Croxtall JD. Paediatr Drugs 2012; 14 (3): 201-207.

El valsartan es un antagonista de la angiotensina II, que se emplea como antihipertensivo en pacientes adultos y que recientemente ha recibido autorización tanto por la FDA como por la EMA para su uso en niños a partir de los 6 años. En los 2 ensayos aleatorizados randomizados que han dado lugar a la indicación, se observó su no inferioridad con respecto a enalapril. Se hace un resumen de su perfil farmacocinético, farmacodinámico, condiciones de administración y lugar en la terapéutica

- **Enfermedades infecciosas**

### [La azitromicina no parece mejorar el proceso en niños ingresados con bronquiolitis](#)

Azithromycin therapy in hospitalized infants with acute bronchiolitis is not associated with better clinical outcomes: a randomized, double blinded, and placebo-controlled clinical trial. LA Pinto, PM Pitrez, F Luisi, P Piccoli de Mello, M Gerhardt, R Ferlini et al. The journal of pediatrics 2012. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.05.053

Ensayo clínico aleatorizado y controlado de niños menores de 12 meses ingresados con bronquiolitis, en el que se compara la reducción de la estancia media y las necesidades de oxígeno en pacientes que reciben placebo, frente a Azitromicina, durante 7 días por vía oral. La Azitromicina no mejora los resultados clínicos medidos, ni siquiera en la cohorte de pacientes con infección por virus respiratorio sincitial positivo.

### [Validación del intervalo extendido de dosificación de gentamicina en neonatos](#)

Validation of a dosage individualization table for extended-interval gentamicina in neonates. D Dersch-Mills, A Akierman, B Alshaikh, K Yusuf. The annals of pharmacotherapy 2012. Jun 26. doi: 10.1345/aph.1R029

Estudio observacional prospectivo que analiza las concentraciones séricas obtenidas tras la administración de gentamicina a una dosis inicial de 5mg/kg y posteriormente según una tabla de dosificaciones diseñada para su administración con un intervalo de 22h post-primera dosis en neonatos durante la primera semana de vida, con edades gestacionales de 23 semanas en adelante. Todas las dosis administradas con este intervalo alcanzaron concentraciones pico y valle adecuadas.

- **Gastroenterología**

[Revisión sistemática Cochrane del uso de antieméticos en gastroenteritis en niños](#)

Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian Framework. B Carter, Z Fedorowicz. BMJ Open 2012;2:e000622. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000622.

Se analiza la seguridad y eficacia del uso de antieméticos en el manejo de los vómitos por gastroenteritis en niños. Se incluyen 10 ensayos clínicos y 5 tratamientos posibles: dexametasona, dimenhidrinato, granisetron, metoclopramida y ondansetron. Este último (ondansetron) muestra claramente que incrementa la proporción de pacientes en los que cesan los vómitos, reduce la tasa de admisión y reduce la necesidad de rehidratación intravenosa.

- **Inmunología**

[La inmunoterapia oral es útil en niños alérgicos al huevo](#)

Oral immunotherapy for treatment of egg allergy in children. AW Burks, SM Jones, RA Wood, DM Fleischer, SH Sicherer, RW Lindblad et al. New England Journal of Medicine 2012; 367:233-243.

Ensayo doble ciego aleatorizado y controlado con placebo, de 55 niños entre los 5 y 11 años, con alergia al huevo, que reciben inmunoterapia oral o placebo, mientras se les somete a un proceso de desensibilización al huevo, con la administración de dosis crecientes de huevo en polvo. Tras 10 meses ninguno de los pacientes recibiendo placebo y el 55% de los pacientes recibiendo inmunoterapia oral superaron la desensibilización. Tras 22 meses, el 75% de los que recibieron inmunoterapia lo consiguió.

- **Neonatología/terapia fetal**

[¿Cuál es la dosis ideal de vitamina D en neonatos?](#)

What is the Ideal Dose of Vitamin D Supplementation for Term Neonates? Onwuneme C, Carroll A, McCarthy R, Kilbane M, McKenna M, Murphy N, et al. Arch Dis Child 2012; 97 (4): 387-389.

Breve revisión de la dosificación necesaria en pacientes neonatales a término para mantener los niveles de vitamina D dentro de su rango terapéutico y así evitar estados carenciales y sus posibles consecuencias. La deficiencia de vitamina D se define como aquellos niveles de vitamina D <50 nmol/L, y una deficiencia severa niveles <25 nmol/L. En los ensayos aleatorizados publicados se demuestra que la dosis ideal es de 400 UI/día.

[Incremento de la producción de leche materna](#)

Metoclopramide or domperidone for increasing maternal breast milk output: a randomised controlled trial. Ingram J, Taylor H, Churchill C, Pike A, Greenwood R. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012; 97:F241-5.

La metoclopramida y la domperidona a dosis de 10mg/8 horas por vía oral incrementan la producción de leche por su efecto sobre la secreción de prolactina. Existen diferencias en cuanto al volumen y los efectos secundarios entre los dos fármacos, pero no son significativas.

- **Neumología**

- [Uso del magnesio intravenoso en asma pediátrico](#)

- Magnesium use in asthma pharmacotherapy: a pediatric emergency research Canada study. Schuh S, Zemek R, Plint A, Black KJ, Freedman S, Porter R, et al. Pediatrics 2012; 129 (5): 852-9.

- Revisión del uso de magnesio intravenoso en el manejo del asma en 6 servicios de urgencia en Canadá. El análisis de su uso mostró que se emplea con cierta frecuencia (12.3% de los pacientes que requirieron hospitalización), sobre todo en pacientes que han tenido hospitalizaciones en el año previo, algunas incluso en unidades de cuidados intensivos, y en aquellos pacientes que habían estado previamente con corticoides, o con exacerbaciones severas.

- [Omalizumab en tratamiento de asma severo reduce las necesidades de corticoterapia oral](#)

- The oral corticosteroid-sparing effect of omalizumab in children with severe asthma. M Brodlie, MC McKean, S Moss, DA Spencer. Archives of Disease in Childhood 2012; 97: 604-609.

- Serie de 34 casos que muestra la administración quincenal o mensual de omalizumab subcutáneo en pacientes con asma severo persistente tratados de forma concomitante con prednisolona oral (mediana de edad 12 años), durante un periodo de 16 semanas. Las dosis de corticoide oral se redujeron de 20mg a 5mg, incluyendo 7 pacientes en los que pudo ser incluso suspendido. La mejoría de los parámetros clínicos de evolución del asma fue significativa tanto en pacientes menores como mayores de 12 años. Es necesaria la realización de un ensayo clínico aleatorizado y controlado en niños, para objetivar los resultados obtenidos en el presente estudio.

- **Neurología/psiquiatría**

- [Manejo de la esclerosis múltiple en pediatría](#)

- Pediatric Drugs: Management of Children with Multiple Sclerosis. Yeh EA. Paediatr Drugs 14 (3): 165-77.

- Guía practica de diagnóstico y tratamiento de la esclerosis múltiple en pediatría. Sólo un 2-5% de esclerosis múltiple se diagnostican en la infancia. Pese a no tener indicación en ficha técnica, hay abundante literatura que avala el uso en pediatría de las terapias de primera línea para adultos: interferones y acetato de glatirámico. Menos experiencia hay sobre el uso de ciclofosfamida, mitoxantrona o natalizumab. Con respecto al manejo de algunas de las complicaciones propias de la

patología, hay experiencia pediátrica en el uso de baclofeno, diazepam y toxina botulínica para el tratamiento de la espasticidad.

## Alertas

### [Alerta de la FDA sobre el mal uso de parches de fentanilo en pediatría](#)

En los últimos 15 años se han comunicado 26 casos en Estados Unidos de exposiciones accidentales en menores de 2 años, 10 de la cuales dieron lugar a fallecimiento de los niños, y 12 a hospitalizaciones. Por tanto la FDA hace un llamamiento a pacientes, cuidadores y personal sanitario recordando el peligro de la exposición de pacientes pediátricos a los parches de fentanilo. Los parches deben permanecer siempre alejados de la curiosidad de los niños, e incluso se deben manejar con cuidado cuando los parches se han manipulado aún adheridos en el tórax de un paciente, pues aun en esa situación puede haber transferencia del fármaco.

## Fármacos con nuevas indicaciones en pediatría

### [Nuevos fármacos autorizados, que incluyen indicación pediátrica.](#)

#### 1. Fycompa (PERAMPANEL)

- Indicación aprobada:

Tratamiento coadyuvante de las crisis de inicio parcial, con generalización secundaria o sin ella, en pacientes con epilepsia a partir de 12 años de edad.

- En tres estudios controlados con placebo realizados en pacientes con epilepsia a partir de 12 años diagnosticados con crisis de inicio parcial, con o sin convulsiones secundariamente generalizadas ha mostrado una reducción en la frecuencia de las convulsiones con dosis de 4 mg/día, 8 mg/día y 12 mg/día.
- Las reacciones adversas observadas con más frecuencia durante el desarrollo clínico fueron mareos y somnolencia.

#### 2. Kalydeco (IVACAFTOR)

- Indicación aprobada:

Tratamiento de pacientes con fibrosis quística de 6 años y mayores con una mutación *G551D* en el gen regulador de la conductancia transmembrana (*CFTR*). Kalydeco debe ser prescrito por profesionales con experiencia en el tratamiento de fibrosis quística.

- En ensayos clínicos, el tratamiento con ivacaftor se asoció con una mejoría de la capacidad pulmonar medida como el cambio absoluto a las 24 semanas respecto a la basal en el porcentaje predicho del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1%) en pacientes con fibrosis quística y una mutación *G551D* en al menos uno de los alelos del *CFTR*. Otro efecto beneficioso demostrado fue la disminución de las exacerbaciones pulmonares y el aumento en el peso corporal.
- Las reacciones adversas observadas con más frecuencia durante el desarrollo clínico fueron dolor abdominal, diarrea, mareo, erupciones cutáneas, reacciones del tracto respiratorio superior (incluyendo infección

del tracto respiratorio superior, congestión nasal, eritema faríngeo, dolor orofaríngeo, rinitis, congestión sinusal y nasofaringitis), cefalea y aumento de la presencia de bacterias en esputo.

### 3. Novothirteen (CATRIDECACOG)

- Indicación aprobada:

Tratamiento profiláctico a largo plazo de hemorragia en pacientes a partir de 6 años con deficiencia congénita de la subunidad A del factor XIII de coagulación humano. Se propone que el tratamiento debería ser prescrito e iniciado bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de trastornos de la coagulación.

- En ensayos clínicos ha demostrado tener capacidad para sustituir la subunidad A-[A2] endógena del FXIII en pacientes con deficiencia congénita de la subunidad-A del factor XIII y la disminución de la tasa de episodios hemorrágicos que requieren tratamiento con un producto que contiene FXIII en comparación con los controles históricos.
- Las reacciones adversas observadas con más frecuencia durante el desarrollo clínico fueron cefalea, leucopenia y agravamiento de la neutropenia, dolor en las extremidades, dolor en el sitio de la inyección, anticuerpos no neutralizantes y el aumento de los niveles de dímero-D.

### [Ampliación de indicaciones/edad de uso de fármacos ya autorizados, que incluyen edad pediátrica](#)

#### 1. Cayston (AZTREONAM)

- Nueva indicación:

Terapia de supresión de infecciones pulmonares crónicas provocadas por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes con fibrosis quística en pacientes a partir de 6 años.

Se tendrá en consideración las guías de uso racional de agentes antibacterianos.

- Indicación ya autorizada:

Cayston está indicado para el tratamiento de infección pulmonar crónica por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes con fibrosis quística (FQ) a partir de 18 años de edad.

#### 2. Enbrel (ETANERCEPT)

- Nueva indicación:

Artritis idiopática juvenil:

Tratamiento de la poliartritis (factor reumatoide positivo o negativo) y oligoartritis extendida en adolescentes y niños desde dos años que han tenido una respuesta inadecuada o han mostrado intolerancia a metotrexato.

Tratamiento de la artritis psoriásica en adolescentes a partir de 12 años que han tenido una respuesta inadecuada o han mostrado intolerancia a metotrexato.

Tratamiento de la artritis relacionada con entesitis en adolescentes a partir de 12 años que han tenido una respuesta inadecuada o han mostrado intolerancia a la terapia convencional.

Enbrel no ha sido estudiado en niños menores de dos años.

### 3. Lantus (INSULINA GLARGINA)

- Nueva indicación:

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de los 2 años.

- Indicaciones ya autorizadas:

Lantus está indicado en el tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de los 6 años, cuando se precise tratamiento con insulina.

#### Enlaces de interés

[PediaClic: buscador de información sanitaria pediátrica](#)

PediaClic es una iniciativa colaborativa voluntaria formada por pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y documentalistas de España, México y Argentina.

Se trata de una herramienta de búsqueda de recursos de información sanitaria infantojuvenil. Está formado por un buscador general y diez buscadores específicos. El buscador general recupera información de diversos tipos de documentos clasificándolos en las siguientes categorías:

- Guías de práctica clínica
- Revisiones sistemáticas
- Resúmenes basados en la evidencia
- Informes de evaluación de tecnologías sanitarias
- Preguntas clínicas
- Revistas pediátricas de Latinoamérica
- Revistas pediátricas de España
- Blogs sanitarios
- Textos pediátricos en línea
- Información para las familias

[Libro: "Farmacia Pediátrica Hospitalaria"](#) Valverde E. 2011

Actualización sobre los procedimientos terapéuticos de las principales enfermedades pediátricas.

#### Cursos

- Second International Masterclass. Foundation in pediatric pharmaceutical Care. Evelina Children's Hospital, London, 11-14 October 2012

- Atención farmacéutica en pediatría: El paciente cardiópata. Bilbao, 2 de Octubre 2012

#### Congresos

- NPPG 18th Annual Conference and Exhibition. Liverpool Marriot Hotel. 9-11 November 2012.

- [22nd Annual PPAG Meeting and 2013 Pediatric Pharmacy Conference](#). 1-5 May 2013. Indianapolis Marriott Downtown.

### **UNIFICACION DE CRITERIOS EN FORMULACIÓN PEDIÁTRICA: mejorando la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la calidad en la formulación magistral**

*José Manuel Manzanares Olivares, Manuela Atienza Fernández, Concha Álvarez del Vayo, Carmen Gallego, Carme Cañete en representación de la Comisión de Unificación de criterios en formulación magistral pediátrica*

Una parte importante de los tratamientos con formulas magistrales pediátricas se instaure en hospitales, y se continúa al alta hospitalaria en las oficinas de farmacia.

Sin embargo, la variabilidad en la elaboración y concentración de la formulas magistrales en distintos ámbitos puede conducir a errores de dosificación, dificultades en la adherencia por el cambio de características organolépticas, o incluso variaciones en la biodisponibilidad que pueden comprometer la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico.

Por ello, se hace preciso consensuar y unificar criterios entre la Farmacia Hospitalaria y la Oficina de Farmacia.

Con este fin y tras el I Simposium de Formulación Magistral en Pediatría, celebrado en Sevilla en el año 2009, organizado por la Asociación de Formulistas de Andalucía, se constituyó una Comisión Permanente de unificación de criterios en formulación magistral pediátrica.

En ella se integran farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria con especial experiencia en la formulación pediátrica, (HMI Virgen del Rocío, HMI Vall d'Hebron, HMI Carlos Haya), farmacéuticos comunitarios formulistas (Granada, Málaga, Tenerife), profesores universitarios (Facultad de Farmacia Sevilla, Granada, La Laguna, Barcelona), directores técnicos de proveedores de materias primas (Acofarma, Fagrón, Guinama) y responsables de laboratorios de Colegios de Farmacéuticos (Málaga)

Los objetivos y etapas que se plantean en el trabajo fueron:

- 1) Determinar las formulaciones pediátricas más frecuentemente demandadas en hospitales y farmacia comunitaria.



2) Recopilación y examen de las distintas variantes de preparación existentes de cada una de esas formulaciones, en función de su concentración, origen de la materia prima, principios activos, excipientes, conservantes, colorantes, saborizantes y aromatizantes, valorando su idoneidad en base a la experiencia y revisión bibliográfica.

3) Selección de una o varias de esas alternativas a efectos de estudio. Valorando dosificación, posología, forma farmacéutica, simplicidad, coste, conservación y aceptación.

4.) Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo (en adelante PNT) correspondiente a cada una de dichas variantes.

5) Ejecución en distintos centros de cada uno de dichos PNTs, a efectos de comprobar la identidad de resultado. Ajuste en su caso del PNT.

6) Estudio de estabilidad y reológicos de las formulaciones seleccionadas. Introducción de mejoras, que garanticen mayor estabilidad u homogeneidad.

(Facultades de Farmacia)

7) Determinación del PNT de cada formulación y componentes que se consideran más adecuados para su aplicación con carácter general.

8) Publicación de los estudios y ensayos en diferentes simposium, congresos, jornadas y revistas de carácter científico farmacéutico y pediátrico. Así mismo estos estudios serán objeto de trabajos de investigación reglados como tesinas, tesis,...

9) Difusión de la información a hospitales, CIM de Colegios, y formulistas comunitarios, a efectos de uniformar las preparaciones.

10) Comunicación de los estudios realizados a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios a efectos de su inclusión en la próxima actualización del **Formulario Nacional** como Fórmulas Magistrales Tipificadas o Preparados Oficinales según proceda.

Respecto a la primera etapa de recopilación de PNTs, queremos agradecer muy sinceramente a todos los servicios de farmacia hospitalaria su desinteresada colaboración; en la tabla I, II, III, IV se muestran los hospitales a los que se les ha solicitado información y los porcentajes de respuesta:

- Hospitales de Andalucía.

Hospital		P	R	Resultado
TORRECARDENAS	ALMERIA	X	X	
PUERTA DEL MAR	CADIZ	X	X	
MATERNO INFANTIL REINA SOFIA	CORDOBA	X	X	
VIRGEN DE LAS NIEVES	GRANADA	X	X	
JUAN RAMON JIMENEZ	HUELVA	X	X	
UNIV. MATERNO-INFANTIL	JAEN	X	X	
CARLOS HAYA	MALAGA	X	X	
INFANTIL VIRGEN DEL ROCIO	SEVILLA	X	X	
VIRGEN MACARENA	SEVILLA	X	X	
		<b>9</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

(Tabla I)

- Hospitales con representante en el GEFP.

HOSPITAL	CIUDAD	P	R	Resultado
UNIV. DE ALICANTE	ALICANTE	X	X	
VALL D'HEBRON	BARCELONA	X	X	
SANT JOAN DE DEU	ESPLUGUES DE LLOBREGAT	X	X	
JUAN CANALEJO	LA CORUNA	X		
MATERNO-INF. CANARIAS	LAS PALMAS DE G.C.	X	X	
NINO JESUS	MADRID	X	X	
12 DE OCTUBRE	MADRID	X		
GREGORIO MARANON	MADRID	X	X	
CARLOS HAYA	MALAGA	X	X	
MIGUEL SERVET	ZARAGOZA	X	X	
		<b>10</b>	<b>8</b>	<b>80,00%</b>

(Tabla II)

- Otros hospitales.

Otros hospitales				Resultado
CENTRAL ASTURIAS	ASTURIAS	X	X	
MATERNO-INF. Infanta Cristina	BADAJOS	X	X	
DE CRUCES	Baracaldo - VIZCAYA	X	X	
SAN PABLO	BARCELONA	X		
LA PAZ	MADRID	X	X	
Son Dureta	PALMA MALLORCA	X		
CLINICO	SALAMANCA	X	X	
DONOSTIA. Ntra Sra Aranzazu	SAN SEBASTIAN	X		
M. de Valdecilla-Cantabria	SANTANDER	X	X	
CLINICO	VALENCIA	X		
LA FE	VALENCIA	X		
CIES DE VIGO	VIGO	X		
		<b>12</b>	<b>6</b>	<b>50,00%</b>

(Tabla III)

- Total de hospitales. Total de resultados de la información recibida.

RESULTADOS				
Andalucía		9	9	100,00%
Grupo español de Farmacia Pediátrica		10	8	80,00%
Otros Hospitales		12	6	50,00%
	<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>74,00%</b>

(Tabla IV)



A continuación se detallan los principios activos de los que, hasta la fecha, se han desarrollado PNTs y se han efectuado las mejoras y estudios de estabilidad y reológicos en los departamentos de Tecnología Farmacéutica de las Facultades de Farmacia de Sevilla (grupo Dra M<sup>a</sup> Jesús Lucero), Granada (grupo Dra Adolfinia Martínez) y La Laguna (grupo Dr. Bruno Fariña):

- Ranitidina
- Captoprilo
- Furosemida
- Propranolol
- Hidroclorotiazida
- Espironolactona
- Enalaprilo
- Gabapentina

Tacrolimus

Hidrocortisona

Fenobarbital

Todos estos estudios de estabilidad han sido ya presentados en el II, III y IV Simposium Anual de Formulación Pediátrica de Sevilla.

Algunos de dichos estudios de estabilidad ya están publicados en revistas científicas y otros están en prensa, por lo que en breve tiempo estarán revisados y accesibles por la comunidad científica.

A modo de ejemplo, sigue la composición y caducidad para tres de las fórmulas magistrales estudiadas:

**Captopril 1 mg/ ml solución oral**

Composición:

Captopril ..... 100 mg

Edetato disódico ..... 10 mg

Agua purificada ..... c.s.p. 100 mL

Caducidad: 40 días conservado a 4 °C.

**Furosemida 2 mg /ml solución oral**

Composición:

materia prima	cantidad/mL		cantidad/100 mL	
Furosemida Ph.Eur.	2	mg	200	mg
Sodio metil paraben (Nipagín®)	0,68	mg	68	mg
Sodio propil paraben (Nipazol®)	0,34	mg	34	mg
Sodio fosfato 12 hidratos	68,4	mg	6840	mg
Acido cítrico monohidratado	0,58	mg	58	mg
Jarabe simple	0,4	ml	40	ml
Agua purificada	0,56	ml	c.s.p.100	ml

Caducidad: 60 días Temperatura ambiente y 4 °C.

**Gabapentina 100 mg/ ml susp oral**

Composición;

Gabapentina .....10 g

Metilcelulosa 1%.....50 ml

Jarabe simple c.sp.....100 ml

Caducidad: 15 días. Temperatura ambiente. No conservar en frigorífico

En el ámbito de la farmacia hospitalaria pediátrica se difundirán los PNTs completos consensuados y los artículos publicados con los estudios de estabilidad a través del boletín y la página del Grupo Español de Farmacia Pediátrica.

La Comisión de Unificación de criterios en formulación magistral pediátrica nació en la Comunidad Andaluza, pero está abierta a las aportaciones de todos los profesionales del resto de España, que trabajen y se interesen en formulación magistral pediátrica. Secretario del grupo de trabajo: D. Jose Manuel Manzanares Olivares ([jmanzaoli@hotmail.com](mailto:jmanzaoli@hotmail.com))

Debemos seguir avanzando en la investigación de la estabilidad física, química y microbiológica, así como de la biodisponibilidad de las fórmulas magistrales pediátricas, de forma que médicos y farmacéuticos puedan contar con una información, hoy escasa, sobre las formas farmacéuticas adaptadas a la población pediátrica.

Autores: GEFP: *Álvarez VC, Martínez C, Cabañas MJ, Agatipo C, Hernández Y.*

ISSN: 1889-9343

[Para recibir el boletín debes darte de alta como adherido al Grupo Español de Farmacia Pediátrica, dentro de la página web de la SEFH.](#)