



COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

**PROGRAMA DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS
EQUIVALENTES (PATE)**
Versión 5.1

Fecha de Aprobación: Diciembre 2004

Comisión: 082004

Fecha de Última Revisión: Octubre 2015

PROGRAMA DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

INTRODUCCIÓN

El presente programa de intercambiables terapéuticos está basado en el del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, realizado por el Servicio de Farmacia y consensado a través de la Comisión de Farmacia y terapéutica del mismo.

Se entiende por **Equivalente Terapéutico** aquel fármaco que difiere en su composición o entidad química del original, pero que se considera con actividad farmacológica y terapéutica similar. Medicamentos Homólogos son aquellos ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES que se utilizan indistintamente en función de su disponibilidad en el Hospital.

El PIT se ha concebido como un documento de ayuda a la prescripción, que sirva al médico para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la Guía Farmacoterapéutica. Para cada fármaco descrito se aconseja la actitud terapéutica a seguir: continuar con el tratamiento, suspenderlo o sustituirlo por un equivalente, haciendo constar la dosis y pauta aconsejada.

Si el médico considera que en un paciente determinado no debe realizarse alguna de las actuaciones que aquí se proponen se debe especificar en la orden de tratamiento, para que pueda ser tenido en cuenta en Farmacia. En cualquier caso, los medicamentos que el paciente tiene prescritos durante la estancia hospitalaria deben ser conocidos por el personal sanitario, y se deben suministrar por Farmacia, evitando que el paciente traiga sus medicamentos de casa.

La prescripción de un fármaco no incluido en la Guía Farmacoterapéutica sin justificación expresa, implicará que el Servicio de Farmacia actúe según lo especificado en el presente PIT, informando al médico prescriptor a través de la hoja de unidosis del día siguiente.

En cualquier caso, este programa no exime de la responsabilidad profesional de prescripción y dispensación, ante la situación clínica de un paciente en concreto.

Esperamos que este Programa de Intercambiables Terapéuticos ayude a la selección de los equivalentes más adecuados dentro de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital y contribuya a proporcionar la mejor terapia a nuestros pacientes.

Para sugerencias o modificaciones del Programa se debe contactar con el Servicio de Farmacia (Secretaría de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, tfno: 18159, 18113).

ESTE PROGRAMA SÓLO DEBE SER APLICADO POR LOS FACULTATIVOS DEL HOSPITAL Y BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA.

Bibliografía general sobre Intercambio Terapéutico: Ref: (1-14)

A10AB – Insulinas y Análogos de Acción Rápida para Inyección

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Insulina Aspart	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Insulina Lys-Pro Insulina Glu-Lys	Insulina Aspart (la dosis irá se adaptará de forma individualizada en función de la respuesta del paciente) Insulina Aspart (la dosis irá se adaptará de forma individualizada en función de la respuesta del paciente)

A02BA-Antihistamínicos antiH2

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Famotidina, Ranitidina	
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)	
Ranitidina y Famotidina se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología. Oral: Ranitidina 150mg/12h <-> Famotidina 20mg/12h (9;15-17).	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Cimetidina (<i>Tagamet, Mansal, Fremei</i>) Oral: 400mg/12h Inyectable: 200mg/12h	Ranitidina (<i>Torjol</i>) Oral: 150mg/12h Inyectable: 50mg/8h Ref: (9;15;16).
Roxatidina oral (<i>Sarilen</i>) 75mg/12h	Ranitidina oral (<i>Torjol</i>) 150mg/12h Ref: (18).

A02BC-Inhibidores de la bomba de Protones.

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Omeprazol VO, Pantoprazol IV

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Omeprazol (*Audazol, Gastrimut, Losec, Mopral, Omapren, Ompranyl, Parizac, Pepticum*, y otras marcas), Lansoprazol (*Bamalite, Estomil, Monolitum, Opiren, Pro Ulco*), Pantoprazol (*Anagastra, Pantecta, Pantocarm, Ulcotena*), Esomeprazol (Nexium®) Rabeprazol (*Pariet*), se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología. Ref:(18;19;131).

Dosis equivalentes:

Oral:

-Úlcera gástrica o duodenal, esofagitis de reflujo:

Omeprazol 20 mg/24 h <-> Lansoprazol 30mg/24h <-> Pantoprazol 40 mg/24h <-> Rabeprazol 20 mg/24h <-> Esomeprazol 20 mg/24h

-Eradicación *Helicobacter pylori*, vía oral *:

Omeprazol 20 mg/12 h <-> Lansoprazol 30mg/12h <-> Pantoprazol 40 mg/12h.

Rabeprazol no aprobado para esta indicación.

Parenteral:

- Úlcera gástrica o duodenal, esofagitis de reflujo:

Omeprazol 40 mg/24h <-> Pantoprazol 40 mg/24h.

Lansoprazol

y Rabeprazol no disponibles vía parenteral.

Notas: * Duración tratamiento consultar informe técnico para cada especialidad.

A02BB- Prostaglandinas

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Misoprostol oral (*Cytotec*)

Seguir con el mismo tratamiento

A03- Antiespasmódicos

INCLUIDOS EN GUIA

Butilescopolamina oral e iny, Butilescopolamina + Metamizol iny y sup

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Bromuro de Otilonio oral (*Spasmoctyl*)

Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

Mebeverina oral (*Duspatalin*)

Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
Pobre absorción gastrointestinal.
Valorar el empleo de la vía parenteral *Buscapina ampollas* (Butilescopolamina 20 mg/1ml) o vía rectal *Buscapina compositum supositorios* (Butilescopolamina 10mg+Metamizol 1000 mg)

Pinaverio oral (*Eldicet*)

Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
Pobre absorción gastrointestinal.
Valorar el empleo de la vía parenteral *Buscapina ampollas* (Butilescopolamina 20 mg/1ml) o vía rectal *Buscapina compositum supositorios* (Butilescopolamina 10mg+Metamizol 1000 mg).

A03FA-Ortopramidas sólo

INCLUIDOS EN GUÍA:
Metoclopramida, Domperidona

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
<p>Cisaprida oral (<i>Prepulsid, Arcasin</i>) 5-10 mg/6-8h Cisaprida se ha asociado con 341 casos de arritmias cardíacas y 80 casos de muerte hasta el 31 de diciembre 1999. El laboratorio fabricante (Janssen) anunció su retirada del mercado americano (23-3-2000). La Agencia Española del Medicamento difundió una nota (abril 2000) recordando: -la disfunción del nodo sinusal y los antecedentes familiares de muerte súbita se consideran factores de riesgo. -el vómito persistente y/o diarrea son factores desencadenantes de alteraciones en el equilibrio electrolítico y por tanto de riesgo para la aparición de arritmias cardíacas. -es necesario realizar un electrocardiograma, junto con la determinación de niveles séricos de electrolitos y de la función renal, antes de administrar cisaprida a pacientes en los que se haya confirmado, o se sospeche, la existencia de factores de riesgo.</p>	<p>Metoclopramida oral (<i>Primperan</i>) 10 mg/8h ALTERNATIVAS EN ADULTOS: Omeprazol, Ranitidina. -Para enfermedad reflujo gastrointestinal grave considerar inhibidores bomba de protones (Omeprazol u otros) , si reflujo gastroesofágico moderado emplear Antihistamínicos-antiH2 (Ranitidina u otros) y antiácidos. Referencias: (22-25). -Para íleo, considerar Metoclopramida. Ref: (24). ALTERNATIVAS EN PEDIATRÍA: Domperidona A no ser estrictamente necesario no se debe utilizar cisaprida en niños prematuros (nacidos con una edad gestacional de menos de 36 semanas) desde el día del nacimiento hasta tres meses después del día del parto. Ser estricto con la dosificación: 0,8 mg/Kg/día en cuatro dosis , como máximo 0,2 mg/Kg en cada dosis. Monitorizar electrocardiograma. (<i>Nota Agencia Española del Medicamento Abril 2000</i>). En niños, para esofagitis por disfagias, considerar emplear Ranitidina 2mg/kg/12h, Ref: (26).</p>
<p>Cleboprida oral (<i>Cleboril</i>) 0,5 mg/8h</p>	<p>Metoclopramida oral (<i>Primperan</i>) 10 mg/8h. Ver comentarios cisaprida.</p>
<p>Cinitaprida oral (<i>Blaston, Cidine</i>) 1mg/8h</p>	<p>Metoclopramida oral (<i>Primperan</i>) 10 mg/8h Ver comentarios cisaprida.</p>

A04AA: Antieméticos antagonistas de la serotonina

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Ondansetron

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Granisetron (Kytril), Ondansetron (Zofran, Yatrox), Tropisetron (Navoban) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.
Dosis equivalentes en emesis aguda:
Inyectable: Ondansetron 8 mg (*) pre-quimioterapia <-> Granisetron 3 mg pre-quimioterapia <-> Tropisetron 5 mg pre-quimioterapia.
(*)Cuando la dosis de cisplatino excede de 100 mg/m² los pacientes pueden beneficiarse de dosis más altas de ondansetron, por ejemplo 16 mg.
Dosis equivalentes en emesis retardada:
Oral: Ondansetron 8mg/8h-12h <-> Granisetron 1mg/12h <-> Tropisetron 5mg/24h. Duración 2-7 días (mínima 2-3 días).
Ref: (27-30).

A04AA: Otros Antieméticos

INCLUIDO EN GUÍA:
Fosaprepitant. Fosaprepitant y Aprepitant se consideran alternativas terapéuticas equivalentes (ATE)

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
<p>Aprepitant (Emend®) 125 mg/80 mg cápsulas duras</p>	<p>Fosaprepitant (Ivemend®) 150 mg IV día 1</p>

A05BA Hepatoprotectores

INCLUIDOS EN GUÍA Ninguno	
------------------------------	--

MEDICAMENTO NO GUÍA	SUSTITUIR POR
Silibilina oral (<i>Legalon, Silimarina</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

A06AC-Laxantes incrementadores del bolo intestinal

INCLUIDOS EN GUIA Ispagula (Plantago ovata)	
--	--

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Metilcelulosa oral (<i>Muciplasma</i>) 2 cap 500mg	Ispagula oral (Plantago ovata) (<i>Metamucil, Plantaben</i>) 1 sobre 3,5g

A06AD -Otros laxantes solos por vía oral

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Lactulosa

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Lactitol oral (*Emportal*) y Lactulosa oral (*Duphalac*) se consideran equivalentes terapéuticos, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología:
Lactitol 10g sobre <-> Lactulosa 10g sobre

A07EA Antiinflamatorios intestinales

INCLUIDOS EN GUIA
Mesalazina comp, Sulfasalazina comp

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Budesonido oral (*Entocord*)

Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario.

Budesonido rectal (*Entocord enema*)

Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario.

A10AB -Hipoglucemiantes hormonales: Insulinas

INCLUIDOS EN GUIA
Insulina regular, Insulina NPH, Insulina-zinc intermedia, Insulina lenta

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Insulinas mezclas de rápida y NPH (*Mixtard*, etc)

Mezcla manual de Insulina rápida y NPH

A10BB- Antidiabéticos orales. Sulfonilureas

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Gliclazida Glibenclamida, Glipizida

Los ensayos clínicos no han demostrado superioridad de eficacia de una sulfonilurea sobre otra y se consideran equivalentes desde este punto de vista. Ref: (31-34). Algunos estudios muestran que Gliclazida da lugar a menos episodios de hipoglucemia y, posiblemente, menor incidencia de fallo secundario y de modificación de otros factores de riesgo cardiovascular, Ref.: (35).

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
<p>Clorpropamida oral (<i>Diabinese</i>) 250 mg una vez al día antes del desayuno 500 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima 500 mg una vez al día antes del desayuno o 250 mg antes de desayuno y cena.</p> <p>Nota: en ancianos evitar clorpropamida, en caso necesario iniciar con 100-125 mg una vez al día.</p>	<p>Gliclazida oral (<i>Diamicron</i>) 80 mg una vez al día antes del desayuno 160 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 320 mg al día en dos tomas (160 mg antes del desayuno y 160 mg antes de la cena) Nota: en ancianos y pacientes debilitados iniciar con 40 mg una vez al día <u>Nota: monitorizar glucemias</u></p>
<p>Glimepirida (<i>Amaryl, Roname</i>) 2 mg una vez al día antes o durante el desayuno 4 mg una vez al día antes o durante el desayuno Dosis máxima: 8 mg una vez al día antes o durante el desayuno.</p> <p>Nota: dosis inicial en ancianos 1 mg una vez al día. Evitar Glimepirida en caso de insuficiencia hepática o renal graves.</p>	<p>Gliclazida oral (<i>Diamicron® comprimidos de liberación modificada</i>) 30 mg una vez al día antes del desayuno 60 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 120 mg <u>Nota: monitorizar glucemias</u></p>
<p>Gliquidona oral (<i>Glurenon</i>)</p> <p>15-30 mg una vez al día en el desayuno 60 mg una vez al día en el desayuno Dosis máxima: 120 mg al día, en 2-3 tomas con las comidas</p>	<p>Gliclazida oral (<i>Diamicron</i>) Mantener mismo tratamiento con Gliquidona en caso de insuficiencia renal Ref: (31). En el resto de casos: 80 mg una vez al día antes del desayuno 160 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 320 mg al día en dos tomas (160 mg antes del desayuno y 160 mg antes de la cena) Nota: en ancianos y pacientes debilitados iniciar con 40 mg una vez al día <u>Nota: monitorizar glucemias</u></p>
<p>Glisentida (Glipentida) oral (<i>Staticum</i>) 2,5-5 mg una vez al día en desayuno 10 mg una vez al día en desayuno Dosis máxima: 10 mg, dos veces al día en desayuno y cena.</p> <p>Nota: en ancianos iniciar con 2,5 mg una vez al día en desayuno.</p>	<p>Gliclazida oral (<i>Diamicron</i>) 80 mg una vez al día antes del desayuno 160 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 320 mg al día en dos tomas (160 mg antes del desayuno y 160 mg antes de la cena) Nota: en ancianos y pacientes debilitados iniciar con 40 mg una vez al día <u>Nota: monitorizar glucemias</u></p>
<p>Tolbutamida oral (<i>Rastinon</i>) 500 mg una vez al día antes del desayuno 1000 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 1000 mg 2 veces al día antes de desayuno y cena</p> <p>Nota: en ancianos iniciar con 250 mg una vez al día antes del desayuno.</p>	<p>Gliclazida oral (<i>Diamicron</i>) 80 mg una vez al día antes del desayuno 160 mg una vez al día antes del desayuno Dosis máxima: 320 mg al día en dos tomas (160 mg antes del desayuno y 160 mg antes de la cena) Nota: en ancianos y pacientes debilitados iniciar con 40 mg una vez al día. <u>Nota: monitorizar glucemias</u></p>

Meglitinidas

INCLUIDOS EN GUIA:

Ninguno

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
<p>Repaglinida (<i>Novonorm</i>)</p>	<p>Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario Ref: (36).</p>

A12CC- Suplementos de fosfatos y de magnesio

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Magnesio comp, Fosfatos de Na⁺

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Magnesio: existen diversos preparados con sales de magnesio: *Actimag*, *Magnogene*, *Magnesio Boi*. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro, adaptando la posología.

El contenido en magnesio es:

Magnesio Boi 500 mg comp (60 mg de Magnesio/comp = 2,45 mmol de Magnesio/comp = 4,95 mEq de Magnesio/comp)

Actimag 2g/5ml sol (174 mg de Magnesio/5ml = 7,2 mmol de Magnesio/5ml = 14,2 mEq de Magnesio/5ml)

Magnogene gg (50 mg de Magnesio/gg = 2 mmol de Magnesio/gg = 4,25 mEq de Magnesio/gg)

Mag 2: dejado de fabricar

GRUPO B. SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

B01AB-Heparina y otros anticoagulantes inyectables

INCLUIDOS EN GUIA

Enoxaparina

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Dalteparina SC (*Boxol*, *Fragmin*), **Enoxaparina SC** (*Clexane*, *Decipar*), **Nadroparina SC** (*Fraxiparina*), **Tinzaparina SC** (*Innohep*) y **Bemiparina SC** (*Hibor*) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES para las indicaciones aprobadas en los correspondientes informes técnicos. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.

Enoxaparina se considera ATE del resto de HBPM, siendo de elección para el Síndrome Coronario Agudo (SCA) con y sin elevación de ST.

Equivalencias en profilaxis

- Profilaxis bajo riesgo:

Enoxaparina 20mg 0,2ml <-> Dalteparina 2500UI 0,2ml <-> Nadroparina 2850UI 0,3 ml. <-> Bemiparina 2500UI 0,2 ml. Se administran cada 24 h. Para esta indicación actualmente se dispone de Bemiparina jeringa de 2.500 UI en 0,2 ml.

- Profilaxis alto riesgo:

Enoxaparina 40mg 0,4ml <-> Dalteparina 5.000UI 0,2ml <-> Nadroparina 3.800UI 0,4 ml <-> Bemiparina 3500 UI 0,2 ml. Se administran cada 24h. Para esta indicación actualmente se dispone de Bemiparina jeringa de 3.500 UI en 0,2 ml.

Equivalencias para tratamiento TVP (Trombosis Venosa Profunda):

Se basa en la posología usual de: Dalteparina 100UI/Kg/12h ó 200 UI/Kg/24h. Nadroparina : 85 UI/Kg/12h. Enoxaparina 1 mg/Kg/12h o 1,5 mg/Kg/24h. Tinzaparina 175 UI/Kg/24h. Bemiparina no está aprobada para esta indicación.

Para esta indicación actualmente se dispone de Enoxaparina jeringa de 60 mg en 0,6 ml, Enoxaparina jeringa de 80 mg en 0,8 ml y Enoxaparina jeringa de 100 mg en 1 ml.

Equivalencias para tratamiento de la angina inestable e infarto de miocardio sin onda Q: Para esta indicación se recomienda emplear Enoxaparina a las dosis de 1mg/Kg/12h. Duración máxima del tratamiento 8 días (Ref: (37, 38). Consultar Protocolo de Síndromes Coronarios Agudos sin aumento de onda ST.

NOTA: -Alerta con las presentaciones, ya que las jeringas precargadas tienen diferentes volúmenes:

Hibor jeringa 2500 UI/0,2 ml; *Hibor* jeringa 3500 UI/0,2 ml

Boxol jeringa de 2500 UI/ 0,2 ml; *Boxol* jeringa de 5000 UI/0,2ml

Fragmin jeringa de 2500 UI/ 0,2 ml; *Fragmin* jeringa de 5000 UI/0,2 ml; *Fragmin* jeringa 10000 UI/0,4ml; *Fragmin* jeringa 12500 UI / 0,5 ml; *Fragmin* jeringa 15000 UI/0,6 ml; *Fragmin* jeringa 18000 UI/0,72 ml; *Fragmin* ampolla 10000 UI /1 ml

Clexane jeringa de 20 mg/0,2 ml; *Clexane* jeringa de 40 mg/0,4 ml; *Clexane* jeringa de 60 mg/0,6ml; *Clexane* jeringa 80mg/0,8ml; *Clexane* jeringa 100 mg/1 ml, *Clexane* ampollas 40 mg/0,4 ml.

Fraxiparina jeringa de 5700 UI/0,6ml; *Fraxiparina* jeringa de 7600 UI/0,8ml

Tinzaparina jeringa 10000/0,5 ml; *Tinzaparina* jeringa 14000/0,7 ml; *Tinzaparina* jeringa 18000/0,9 ml

Ref.: (39-44).

B01BAC- Inhibidores de la agregación plaquetar.

INCLUIDOS EN GUIA	
Acido Acetil Salicílico, Dipiridamol, Ticlopidina, Clopidogrel, Triflusal	
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES	
Las dosis de aspirina se ajustarán a las presentaciones incluidas en el hospital. <i>Tromalyt</i> 150 mg se considera equivalente terapéutico de <i>Aspirina infantil</i> 125 mg.	
<p>Aspirina En caso de sospecha de infarto agudo de miocardio o angina inestable debe iniciarse inmediatamente tratamiento con Aspirina a la dosis de 160-325 mg. Luego seguir con dosis entre 75 mg y 325 mg/día. Ref: (45;46). En ictus isquémico de origen aterotrombótico se recomienda prevención secundaria inicial con 300 mg de aspirina/día con dosis de mantenimiento entre 50 y 325 mg/día . Ref: (47-50).</p> <p>Dipiridamol La asociación de dipiridamol de liberación retard+ aspirina ha mostrado ser más eficaz que estos fármacos en monoterapia. Ref: (47).</p> <p>Clopidogrel Clopidogrel está indicado si existe contraindicación a Aspirina o si se presenta un evento trombótico en un paciente antiagregado con Aspirina. Como combinación antiplaquetaria después de la implantación de un stent coronario, clopidogrel asociado a aspirina es una alternativa a la asociación de ticlopidina + aspirina, si bien no está formalmente aprobado en España para esta indicación. Ref: (51;52).</p> <p>Ticlopidina La utilización de Ticlopidina está actualmente muy limitada debido a su mayor incidencias de efectos secundarios (diarrea, rash) y el riesgo de neutropenia, trombocitopenia y púrpura trombocitopénica trombótica. Ref: (47).</p>	
MEDICAMENTO NO EN GUIA	SUSTITUIR POR:
Ditazol oral (<i>Ageroplas</i>) 400mg/8-12h	AAS oral (<i>Adiro</i> 200 mg) 200mg/24h
AAS 50mg+Dipiridamol 75mg oral (<i>Asasantin</i>)	Sustituir por principios activos: ½ Aspirina Infantil 125 mg comp + 2 <i>Persantín</i> 50mg gg

B03AA – HIERRO BIVALENTE, PREPARADOS ORALES

INCLUIDOS EN GUIA	
Sulfato de ferroso (<i>Tardyferon</i> ®)	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Sulfato Ferroso (<i>Ferogradumet</i> ®) 105 mg Fe Elemento	Sulfato Ferroso (<i>Tardyferon</i> ®) 80 mg Fe Elemento

B06AD-Fibrinolíticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Alteplasa; Estreptoquinasa; Uroquinasa	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Estreptodornasa 2500U + Estreptoquinasa 10000U oral (<i>Varidasa</i>)	Suspender durante el ingreso hospitalario. Se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

GRUPO C. CARDIOVASCULAR

C01AA-Hipolipemiantes: Estatinas

INCLUIDOS EN GUIA	
Simvastatina, Atorvastatina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Atorvastatina (<i>Prevenor, Cardyl, Zarator</i>)	Mantener mismo tratamiento mientras el paciente esté ingresado (Utilizar la especialidad <i>Cardyl</i>). Ref: (60).
Fluvastatina (<i>Digaril, Lisco, Lymetel, Menfluco</i>) 20 mg 40 mg dosis máxima 40 mg/12h	Simvastatina oral (<i>Zocor, Pantok, Colemin</i>) 10 mg 20 mg dosis máxima 40 mg/24h Ref: (60;62-64).

Lovastatina oral (<i>Mevacor, Taucor, Nergadan</i>) 20 mg 40 mg dosis máxima 40 mg/12h	Simvastatina oral (<i>Zocor, Pantok, Colemin</i>) 10 mg 20 mg dosis máxima 40 mg/24 h Ref: (62;64).
Pravastatina oral (<i>Liplat, Lipemol</i>) 10 mg 20 mg 40 mg dosis máxima 40 mg/12h	Simvastatina oral (<i>Zocor, Pantok, Colemin</i>) 5 mg 10 mg 20 mg dosis máxima 40 mg/24h Ref: (62;64). Excepción: En pacientes con tratamiento antirretroviral, en caso de indicarse Pravastatina no conviene sustituirla, ya que pueden producirse interacciones de importancia clínica. Ref: (65;66).
Rosuvastatina (<i>Crestor®, Provisacor®</i>) 5 mg 5 mg 5 mg 5 mg	10 mg Atorvastatina 20 mg Simvastatina 40 mg Pravastatina 80 mg Fluvastatina
Pitavastatina 1 mg 2 mg 4 mg (Dosis máxima)	5 mg Atorvastatina 10 mg Atorvastatina 20 mg Atorvastatina

C10AB - Fibratos

INCLUIDOS EN GUIA
Bezafibrato, Gemfibrozilo

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Fenofibrato oral (<i>Liparison, Secalip</i>) 100mg 250mg retard	Bezafibrato oral (<i>Eulitop, Difaterol</i>) 200mg 400mg retard Ref: (36).

C01DX – Otros vasodilatadores usados en enfermedades cardíacas ^{135,137}

INCLUIDOS EN GUIA
Isosorbide, Nitroglicerina

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Isosorbida dinitrato 5mg oral (<i>Isolacer</i>) 5-10mg/8h	Isosorbida mononitrato 10 mg oral (<i>Cardiowas, Coronur, Uniket</i>) 10mg/12h Ref: (36).
Isosorbida dinitrato 20mg retard oral (<i>Isolacer</i>) 20 mg Isosorbida dinitrato 40mg retard oral (<i>Isolacer</i>) Isosorbida dinitrato 60mg retard oral (<i>Isolacer</i>) 40mg retard y 60mg retard	Isosorbida mononitrato 20 mg oral (<i>Cardiowas, Coronur, Uniket</i>) 20mg Isosorbida mononitrato 50mg retard oral (<i>Uniket Retard</i>) 50mg retard Ref: (36).
Molsidamina oral (<i>Molsidain</i>)	Mantener mismo tratamiento.

C02CA – ANTIHIPERTENSIVOS: BLOQUEANTES ALFA-ADRENÉRGICOS

INCLUIDOS EN GUIA
Doxazosina

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Terazosina oral (<i>Magnurol, Deflox</i>) (Pautas usuales: Inicial, día 1º a 3º : 1mg/24h; días 4º a 15º : 2 mg/24h; mantenimiento: 5 mg/24h; Dosis máxima: 10 mg/24h) Terazosina 1 mg Terazosina 2 mg Terazosina 5 mg	Doxazosina oral (<i>Carduran neo</i>) (Pauta usual: inicial: 4 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 4 mg/24h.) Doxazosina "neo" 4 mg Doxazosina "neo" 4 mg Doxazosina "neo" 4 mg

Terazosina 10 mg	Doxazosina "neo" 8 mg Ref: (18;96-98). Nota: La fórmula "neo" presenta pocos efectos ortostáticos y no precisa escalar dosis. El comprimido "neo" de 4 mg no se puede partir. No hay presentación de 1 mg y de 2 mg. Dosis máxima 8 mg/24h
Alfuzosina oral (<i>Benestan, Dalfaz, Alfetim</i>) (Pautas usuales: Inicial:2,5mg/24h; Mantenimiento: 2.5mg/8h; Alfuzosina Retard 5mg/12h) Alfuzosina 2,5 mg/24h Alfuzosina 2,5 mg/8h Alfuzosina retard 5 mg/12h	Doxazosina oral (<i>Carduran neo</i>) (Pauta usual: inicial: 4 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 4 mg/24h.) Doxazosina "neo" 4 mg Doxazosina "neo" 4 mg Doxazosina "neo" 4 mg Ref: (96;97). Nota: La fórmula "neo" presenta pocos efectos ortostáticos y no precisa escalar dosis. El comprimido "neo" de 4 mg no se puede partir. No hay presentación de 1 mg y de 2 mg. Dosis máxima 8 mg/24h.

C03CA-Diuréticos

INCLUIDOS EN GUÍA

Acetazolamida, Clortalidona, Espironolactona, Furosemida, Hidroclorotiazida, Hidroclorotiazida+Amilorida, Manitol, Torasemida, Triamtereno

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Triamtereno 25mg+Furosemida 77.6mg oral (<i>Salidur</i>) 1 comp	Furosemida oral (<i>Seguril</i>) 2 comp de 40mg
Xipamida oral (<i>Diurex</i>) 20mg	Hidroclorotiazida oral (<i>Hidrosaluretil</i>) 25mg

C04AE-Vasodilatadores cerebrales y periféricos

INCLUIDOS EN GUÍA

Cinarizina

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Cinarizina +Mesilato dihidroergocristina oral (<i>Clinadil</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Citicolina oral (<i>Sauran, Somazina</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Dihidroergotoxina oral (<i>Hydergina</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Dobesilato oral (<i>Doxium</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85;86).
Flunarizina oral (<i>Flerudin, Flurpax, Sibelium</i>)	Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario (utilizar la especialidad <i>Sibelium</i>). Utilizado en profilaxis de la migraña que no responde a otros fármacos y en vértigo. Ref: (21).
Gynkobiloba oral (<i>Tanakene</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Hidrosmina (<i>Venosmil</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Naftidrofuril oral (<i>Praxilene</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Nicergolina oral (<i>Sermion, Varson</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).

Vincamina oral (*Tefavínca, Vincamino*)

Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
Ref:(85-87).

Ref:(85-88).

C05BX-Antivaricosos sistémicos y vasoprotectores por vía sistémica

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Diosmina + Hesperidina oral (<i>Dafлон 500</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Escina (<i>Feparil</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Ruscus + Hesperidina + Ascórbico (<i>Fabroven</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).

C07AB-Betabloqueantes cardioselectivos solos

INCLUIDOS EN GUIA Atenolol; Metoprolol; Bisoprolol	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA SUSTITUIR POR	
Acebutolol oral (<i>Sectral</i>) 400mg/24h	Atenolol oral (<i>Tenormin</i>) 100mg/24h Ref: (36).
Nebivolol	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario NOTAS: En un estudio ¹⁴⁰ (Cobos LS 2014) se indica que nebilolol podría mejorar la función del endotelio vascular, más que otros beta-bloqueantes cardioselectivos (bisoprolol) lo que podría influir en el control de la HTA. Esto no se ha comprobado en estudios bien diseñados (el anterior es un estudio abierto). En otro trabajo ¹⁴¹ (Simova II et al 2009) se indica que nebilolol en pacientes no tratados condujo a una mejora significativa en la función endotelial comparado con el tratamiento con bisoprolol, a pesar del efecto similar en la presión arterial con ambos fármacos. Otros, concluyen que a nivel de HTA, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos, pero nebilolol aumenta más la vasodilatación mediada por flujo (FMD). Programas de Intercambio Terapéutico (PIT) tales como el del Hospital Universitario Central de Asturias ¹³¹ donde no tienen incluido el fármaco en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) y no se sustituye y, en otros, como el del Hospital Universitario La Fe de Valencia ¹³⁷ sí que se sustituye por atenolol. No obstante, los beta-bloqueantes cardioselectivos recomendados actualmente en la IC crónica estable son carvedilol, metoprolol y bisoprolol, aunque no atenolol. En un ensayo ¹⁴² (Czuriga I et al, 2003) multicéntrico, ciego, randomizado, con grupos paralelos de 16 semanas, que comparó nebilolol y bisoprolol en HTA, lo autores concluyeron que 5 mg una vez al día de nebilolol una vez al día fue tan efectivo como 5 mg de bisoprolol c/24 horas, por lo que se podría recomendar como un tratamiento de primera línea útil para el manejo de los pacientes con hipertensión esencial moderada a grave.

Ref.: (90-92)

C07AA-Betabloqueantes no cardioselectivos solos

INCLUIDOS EN GUIA Propranolol, sotalol	
Nadolol oral (<i>Solgo</i>) 40mg/24h 80 mg/24h Dosis máxima 240 mg/día	Propranolol oral (<i>Sumia</i>) 40 mg/12h 80 mg/12h Dosis máxima 320 mg/día Ref: (18;93).
Oxprenolol oral (<i>Trasicor</i>)	Propranolol oral (<i>Sumia</i>)

40mg/12h 80mg/12h Dosis máxima 320 mg/día	40 mg/12h 80 mg/12h Dosis máxima 320 mg/día Ref: (18;93).
Propranolol oral retard (<i>Sumial Retard</i>) 160mg/24h	Propranolol oral (<i>Sumial</i>) 40 mg/6h

C08CA- Bloqueantes de los canales de calcio: derivados de dihidropiridinas ¹³³⁻¹³⁷

INCLUIDOS EN GUIA Amlodipino, nifedipino, nimodipino	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Barnidipino (Libradin®) 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Felodipino (Fensel®, Perfudal®, Plendil®) 5 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h
Isradipino (Lomir® retard) 2,5 mg comp/12h 5 mg comp/12h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Lacidipino (Lacimen®, Lacipil®, Motens®) 2 mg comp/24h 4 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Lercanidipino (Lerzam®, Lercadip®, Zanidip®) 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Manidipino (Artedil®) 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Nicardipino (Nerdipina® Retard, Vasonase® Retard) 40 mg comp/24h	Mantener mismo tratamiento
Nifedipino (Adalat® Retard) 20 mg comp/12h	Nifedipino (Adalat® Oros) 30 mg comp/24h
Nisoldipino (Sular®, Syscor®) 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Nitrendipino (Balminil®, Baypresol®, Gericin®, Niprina®, Sub Tensin®, Tensogradal®, Vastensium®) 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino (Astudal®, Norvas®) 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h

C08DA – Bloqueantes de los canales de calcio: derivados de fenilquilamina, derivados de benzotiazepina

INCLUIDOS EN GUIA Diltiazem, Isosorbide, Nitroglicerina, Verapamilo	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Diltiazem (Angiodrox®, Corolater®, Dilaclan®, Dinisor®, Trumsal®) 180 mg retard/24	Diltiazem 60 mg/8h
Diltiazem (Tilker®, Uni-Masdil®) 200 mg retard	Mantener mismo tratamiento.
Diltiazem (Cardiser®, Carreldon®, Corolater®, Cronodine®, Diltiwas®, Dinisor®, Doclis®, Lacerol®) 240 mg retard/24h	Diltiazem 120 mg retard/12h
Diltiazem (Angiodrox®, Lacerol®, Tilker®) 300 mg retard	Mantener mismo tratamiento.
Verapamilo 180 mg retard oral Verapamilo 240 mg retard HTA oral (<i>Manidon, Varatensin</i>) 240mg retard/24h	Mantener mismo tratamiento Verapamilo 120 mg retard oral (<i>Manidon Retard</i>) 120mg retard/12h

C09AA- Inhibidores del sistema renina-angiotensina

INCLUIDOS EN GUIA ^{136,137, 139} Captoprilo, Enalaprilo y Ramiprilo Acción más corta que otros IECAs: captoprilo 25 mg y 50 mg comprimidos. Acción intermedia-larga: enalaprilo 5 mg y 20 mg comprimidos y ramiprilo 5 mg comprimidos. NOTA: en el paciente hospitalizado se recomienda utilizar la dosis más baja para evitar hipotensión de los IECAs.	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Benazeprilo oral (<i>Cibazen, Labopa</i>) 5 mg 10 mg 20 mg NOTA: benazeprilo inicialmente 10 mg/día en HTA En algunos PATE/PIT la equivalencia de dosis que hacen con benazeprilo es 10 mg vs. 5 mg de enalaprilo y 10-20 mg de benazeprilo frente a 10-20 mg de enalaprilo.	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 5 mg 10 mg 20 mg
Cilazapril oral (<i>Inhibace, Inocar</i>) 1-1,25 mg 2,5 mg 5 mg	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 5 mg 10 mg 20 mg
Fosinopril oral (<i>Fositens, Hiperplex, TensoStop</i>) 10 mg 20mg	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 10 mg 20mg Requiere ajuste de dosis cuando CICr<10ml/min.Ref: (73).
Imidapril (Hipertene) 5 mg 10 mg 20 mg	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 5 mg 10 mg 20 mg
Lisinopril oral (<i>Doneka, Prinivil, Zestril</i>) 5 mg 10 mg 20 mg	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 5 mg 10 mg 20 mg Ref: (74;75).
Perindopril oral (<i>Coversyl</i>) 4mg	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 10mg
Quinapril oral (<i>Acuprel, Ectren, Lidaltrin</i>) 5 mg 10 mg 20 mg NOTA: en algunos PATES se sustituye quinapril por enalapril a mitad de dosis (Ejemplo: PIT del Hospital Universitario Central de Asturias y en el PIT de Alicante). En ficha técnica, la posología de quinapril, en HTA, oscilaría entre los 10 y 80 mg c/12 horas; enalapril, dosis inicial de 5 mg/día y dosis habitual de	Enalaprilo oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditensor</i>) 5mg 10 mg 20 mg Ref: (74;75).

10-40 mg/día (máximo 40 mg/día).	
Trandolapril oral (<i>Gopten, Odrix</i>) 0.5mg 2mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Dilensor</i>) 2.5mg 10mg

Ref: (6;36; 73-79).

FÁRMACO	HTA	ICC	POST-IAM	Nefropatía diabética
Benazeprilo	x	x		
Cilazapril	x	x		
Fosinopril	x	x		
Imidapril	x	x		
Lisinopril	x	x	x	x
Perindopril	x	x	x	
Quinapril	x	x		
Trandolapril	x		x	
Ramipril	x	x ¹	x	x
Captopril	x	x	x	x
Enalapril	x	x		

C09CA-Bloqueantes de receptores de angiotensina II

INCLUIDOS EN GUIA Candesartan	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Eprosartan (Tevetens®) 400 mg/24h 600 mg/24h 800 mg/24h ó dividido c/12h ^d	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h ^a 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h ^b
Irbesartan (Aprovel®, Karvea®) 75 mg/24h ^c 150 mg/24h 300 mg/24h	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h
Losartan (Cozaar®) 25 mg/24h ^e 50 mg/24h ó dividido c/12h ⁿ 100 mg/24h ó dividido c/12h ⁿ	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h
Olmesartan (Benicar®) 10 mg/24h 20 mg/24h ^f 20 mg/24 ^f h a 40 mg/24h 40 mg/24h	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h a 32 mg/24h ó dividido c/12 h NOTA: Dosis máxima de candesartan 32 mg/día
Telmisartan (Micardis®, Pritor®) 20 mg/24h 40 mg/24h ^g 40 mg/24h ^g a 80 mg/24h 80 mg/24h	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h a 32 mg/24h ó dividido c/12 h NOTA: Dosis máxima de candesartan 32 mg/día
Valsartan (Diovan®, Vals®, Kalpres®) 40 mg/24h ó 20 mg/12h ^h 80 mg/24h ⁱ ó 40 mg/12h ^{i,m} 160 mg/24h ⁱ 320 mg/24h ^{k,m}	Candesartan (Parapres®, Atacand®) 4 mg/24h 8 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h 16 mg/24h ó dividido c/12h a 32 mg/24h ó dividido c/12 h NOTA: Dosis máxima de candesartan 32 mg/día

Ref: (138).

^a Dosis de inicio para insuficiencia cardíaca.

ACTUALIZACIÓN OCTUBRE – 2015

- ^b Considerar dosis de inicio más baja para insuficiencia hepática moderada o pacientes con depleción de volumen.
- ^c Dosis de inicio para pacientes con depleción de sodio-volumen.
- ^d La Dosis Máxima es 600 mg/24h en insuficiencia renal moderada a grave.
- ^e Dosis de inicio para pacientes con depleción de sodio/volumen o pacientes con (o historia de) insuficiencia hepática.
- ^f Considerar dosis de inicio más baja para pacientes con depleción de volumen.
- ^g Utilizar dosis de inicio más baja para insuficiencia hepática ó pacienetes con depleción de volumen.
- ^h Dosis de inicio en post-IM.
- ⁱ Dosis de inicio en insuficiencia cardíaca.
- ^j Dosis inicial recomendada para monoterapia en hipertensión en pacientes que no tienen depleción de volumen. Precaución con la dosis en insuficiencia hepática ó renal grave.
- ^k Dividir la dosis 2 veces al día (BID) para post-IM e insuficiencia cardíaca.
- ^l Dosis inicial recomendada para monoterapia en pacientes sin depleción de volumen.
- ^m Precaución con la dosis en insuficiencia hepática y renal.
- ⁿ Losartan quizás no controle la presión arterial tan bien como otros ARA-II. Dosis divididas en 2 tomas diarias podrían mejorar el control de la presión.

GRUPO D. DERMATOLÓGICOS

D01A-Antifúngicos para uso tópico

INCLUIDOS EN GUIA

Clotrimazol, Fenticonazol

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Miconazol (Daktarin®, Brentan®)

Clotrimazol (Canesten®)
Fenticonazol (Laurimic®)

D03AX-Cicatrizantes excluyendo apósitos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Enzimas (*Irujol-mono*),

Centella asiática+Neomicina (*Blastoestimulina*), Fenoxietanol+Parafina+Germen de Trigo (*Fitocrem*)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (medicamentos homólogos)

Parkelase tópico e *Irujol-mono* tópico y *Dertrase* tópico se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.

1 aplicación de *Parkelase* <-> 1 aplicación de *Irujol-mono* <-> 1 aplicación de *Dertrase*

Blastoestimulina tópico y *Fitocrem* tópico se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.

1 aplicación de *Blastoestimulina* <-> 1 aplicación de *Fitocrem*

D07AB- Corticosteroides tópicos sólo

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Betametasona valerato crema 0,1 % (*Celestoderm V*); Betametasona 0,05% *Diproderm*, Fluocortina 0,75% (*Vaspit*), Diflucortolona 0,1% (*Clara*),

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Existen en el mercado multitud de cremas y pomadas con glucocorticoides.

Se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES y el Servicio de Farmacia suministrará el preparado disponible más adecuado en base a la potencia:

Potencia débil	Hidrocortisona 1-2,5% (<i>Schericur, Lactisona</i>) Fluocortina 0,75% (<i>Vaspit</i>)
Potencia alta	Betametasona valerato 0,1% (<i>Betamatil, Betnovate, Celestoderm V</i>) Betametasona dipropion.0.05% (<i>Diproderm</i>) Beclometasona dipropion.0.025% (<i>Menaderm Simple</i>) Budesonida 0.025% (<i>Olfex</i>) Desoximetasona 0.25% (<i>Flubason</i>) Diflucortolona valerato 0.1% (<i>Clara</i>) Fluclorolona acetónido 0.2% (<i>Cutani</i>) Fluocinolona acetónido 0.025% (<i>Synalar, Cortiespec</i>) Fluocinónido 0.05% (<i>Klariderm, Novoter, Cusigel</i>) Fluocortolona monohidrato 0.2% (<i>Ultralan M</i>) Metilprednisolona aceponat.0.1% (<i>Adventan</i>) Mometasona furoato 0.1% (<i>Elica, Elocor</i>) Prednicarbonato 0.25% (<i>Balmen, Peitel</i>)

Ref. (94;95).

G03GA - Gonadotrofinas

INCLUIDOS EN GUIA Urofolitropina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Folitropina Recombinante (Gonal®, Puregon®) 75 UI 150 UI	Urofolitropina (Fostipur®) 75 UI 150 UI

G04BC-Medicamentos contra cálculos renales

INCLUIDOS EN GUIA Citrato potásico	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Citrato potásico oral (<i>Acalka</i>) 1-2 comp	Citratos como alcalinizantes urinarios oral (<i>Uralyt -urato</i>) 1 medida

G04CX – Otros fármacos usados en hipertrofia prostática benigna

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Alanina, Glicina, Glutámico y Pigeum oral (<i>Tebetane Compuesto</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

GRUPO H. PREPARADOS HORMONALES

H02BX-Corticoides sistémicos en asociación

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Betametasona+Dexclorfeniramina oral (<i>Celesimine</i>) 1gg	Dexclorfeniramina oral (<i>Polaramine</i>) 1 comp 2 mg Si se precisan corticoides vía oral, se dispone de Dexametasona.

H05BA-Calcitonina

INCLUIDOS EN GUIA

Calcitonina humana iny

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Calcitonina de salmón nasal (<i>Calsynar</i>) 200 UI/día nasal	Calcitonina humana iny (<i>Calcitonina</i>). 0,5mg/24h SC o IM Para osteoporosis también son usuales dosis de 0,25 mg/24-48 h Para la indicación de osteoporosis valorar suspensión mientras el paciente esté ingresado.

GRUPO J. ANTIINFECCIOSOS

J01DH-Derivados del carbapenem

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Meropenem, Imipenem/Cilastatina

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Doripenem (Doribax®)	Meropenem (Meropenem®, Meronem®) Imipenem/Cilastatina (Imipenem/Cilastatina®, Tienam®)

J01FA-Macrólidos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

Eritromicina (*Pantomicina*), Claritromicina (*Klacid*) y Azitromicina (*Zitromax*) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.

Eritromicina IV 1 g/6h < Claritromicina IV 500 mg/12h.¶

Eritromicina oral 500 mg / 6h <-> ¶Claritromicina oral 500 mg/ 12 h <-> ¶Azitromicina 250 mg/24 h cinco días o 500 mg/24h tres días

Eritromicina oral 250 mg / 6h <-> ¶Claritromicina oral 250 mg/ 12 h <-> ¶Azitromicina 250 mg/24. Consultar dosis usuales en pediatría.

Excepciones:

- Eritromicina IV está indicada en pediatría ya que el uso de Claritromicina IV no está formalmente aprobada en niños.
- Claritromicina es de elección en infecciones por *Helicobacter pylori* y en infecciones por *Micobacterium avium complex*.
- Azitromicina es de elección en pacientes de Nefrología tratados con inmunosupresores (trasplante renales), por el mejor perfil de interacciones, respecto a claritromicina.

J01MA-Quinolonas

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Norfloxacin, Ciprofloxacino, Levofloxacino

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Moxifloxacino oral (<i>Actira, Octegra, Proflox</i>) 400mg/24h	Levofloxacino oral (<i>Tavanic</i>) 500 mg/24h

J02AX-Otros antimicóticos para uso sistémico

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Anidulafungina (paciente NO neutropénico), Caspofungina (paciente neutropénico) y Micafungina (PRISMA: Técnica de Hemofiltración)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

Anidulafungina ↔ Caspofungina ↔ Micafungina

GRUPO L. CITOSTÁTICOS

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Trastuzumab intravenoso y subcutáneo

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

Trastuzumab intravenoso y subcutáneo se consideran alternativas terapéuticas equivalentes (ATEs) a igualdad de indicación y con dosis equipotentes

L03AA-Factores estimulantes de colonias

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Filgrastim

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Filgrastim G-CSF (*Granulokine, Neupogen*), Lenograstim G-CSF (*Granocyte, Euprotin*) y Molgramostim GM-CSF (*Leucomax*) y Pegfilgrastim (Neulasta) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.

Equivalencia posológica:

Filgrastim 300 mcg <-> Molgramostim 300 mcg <-> Lenograstim 263 mcg

Ref: (67).

L04AA – Inmunosupresores selectivos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Infliximab

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

Infliximab vs. Infliximab biosimilar a dosis equipotentes a igualdad de indicaciones (artritis reumatoide, enfermedad de Crohn en adultos, enfermedad de Crohn en pediatría, colitis ulcerosa, colitis ulcerosa en pediatría, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, psoriasis)

Infliximab ↔ Infliximab Biosimilar

L04AB-Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral Alfa.

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Etanercept, Adalimumab, Infliximab

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

Etanercept ↔ Adalimumab ↔ Infliximab ↔ Certolizumab ↔ Golimumab (subcutáneo e intravenoso) a dosis equipotentes a igualdad de indicaciones

GRUPO M. APARATO LOCOMOTOR

M01AB-Antiinflamatorios no esteroídicos sólo

INCLUIDOS EN GUÍA

Diclofenaco, Ibuprofeno, Indometacina, Ketorolaco, Piroxicam

-AINes clásicos. El riesgo de hemorragias digestivas altas o perforación es diferente para cada componente del grupo.

Ibuprofeno es el que presenta menos riesgo (RR 1,9), Diclofenaco tiene un riesgo intermedio (RR 3,3), sin embargo cuando se emplean a dosis usuales Ibuprofeno (<= 1500-2400 mg/24h) y Diclofenaco (<=75-100 mg/24h) presentan un riesgo similar. Indometacina RR de 4,6 aunque a dosis usuales (<= 75-100 mg/24h) el RR es menor, del orden de 3,0. Piroxicam tiene el riesgo más elevado del grupo (RR 6,3). Ref (102-104). Ketorolaco se emplea como analgésico postoperatorio.

-AINes de acción preferente COX-2 En los últimos años se han comercializado nuevos AINes con acción preferente sobre la Cox-2: Nabumetona, Meloxicam, Nimesulida. Se propone que sus efectos adversos gastrointestinales son menores, pero son fármacos menos conocidos y que no evitan las complicaciones graves, particularmente en pacientes de riesgo, Ref: (105-107).

-Coxibs: AINes selectivos sobre la COX-2: En el año 2000 se han comercializado Rofecoxib y Celecoxib. Los coxibs están aprobados para tratamiento de artrosis (Rofecoxib, Celecoxib), y de artritis reumatoidea (Celecoxib). Los coxibs presentan una eficacia similar a otros AINes y tienen un mejor perfil de seguridad (menos reacciones adversas de tipo gastrointestinal: hemorragia, úlcera sintomática, perforaciones). De interés potencial en pacientes con riesgo de complicaciones ulcerosas inducidas por AINes: antecedentes de úlcera o de hemorragia digestiva y en mayores de 70 años. Sin embargo, faltan estudios comparativos con otros AINes asociados a inhibidores de la bomba de protones y su lugar exacto en el tratamiento de estas entidades está por determinar. Ref: (108-114).

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Aceclofenac oral (<i>Airtal, Falcol</i>) 100 mg/12h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h
Diclofenac retard (<i>Voltaren retard</i>)	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>)

75-150 mg/24h	50 mg/8-12h
Fenbufeno oral (<i>Cincopal</i>) 300 mg/12h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h
Flurbiprofeno oral (<i>Froben</i>) 50 mg/8h 200mg retard/24h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h 50 mg/8-12h
Ketoprofeno oral (<i>Arcental, Fastum, Orudis</i>) 50mg/12h 200mg retard/24h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h 50 mg/8-12h
Meloxicam oral (<i>Movalis, Parocin, Uticox</i>) 7.5mg/24h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h Ref: (106;107;115;116).
Nabumetona oral (<i>Dolsinal, Listran, Relif</i>) 500mg-1000mg/24h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h Ref: (107;117)
Nimesulida (<i>Antifloxil, Guaxan</i>) 100 mg/12h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h Ref: (105;107)
Rofecoxib (<i>Vioxx</i>) 12,5 mg/24h 25 mg/24h Dosis recomendada: Artrosis:12,5 mg una vez al día, que puede aumentarse a 25 mg/día. Dosis máxima 25 mg/día.	Seguir mismo tratamiento Rofecoxib y Celecoxib se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES para sus indicaciones aprobadas . En los pacientes con tratamiento domiciliario crónico con un coxib, y que precise seguir tratamiento durante el ingreso hospitalario se recomienda seguir con un fármaco del mismo grupo. Disponible actualmente:Rofecoxib. Como analgésico, valorar sustituir por Paracetamol.
Sulindac oral (<i>Sulinda</i>) 200mg /12h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h <u>Excepción:</u> En caso de insuficiencia renal se mantendrá el tratamiento con Sulindac.
Tenoxicam oral (<i>Reutenox, Tilcotil</i>) 20 mg/24 h	Piroxicam oral (<i>Feldene, Sasulen, Vitaxicam</i>) 20 mg/24 h
Tolmetin oral (<i>Artrocaptin</i>) 400 mg/8h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 50 mg/8-12h

M03AX-Toxina Botulínica Tipo A

INCLUIDOS EN GUIA Xeomin®	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Botox® 100 UI	Xeomin® 100 UI

M03BX-Otros miorrelajantes de acción central

INCLUIDOS EN GUIA Vía oral: Baclofeno, Diazepan	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Tizanidina oral (<i>Sirdalud</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

M09AX- Otros fármacos para alteraciones musculo-esqueléticas

MEDICAMENTO NO EN GUIA	SUSTITUIR POR :
Sales de citidina y uridina (<i>Nucleo CMP</i>)	Suspender tratamiento. Se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

GRUPO N. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

N01BB-Anestésicos locales Amidas

INCLUIDOS EN GUIA Levobupivacaina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Ropivacaina (Naropin®)	Levobupivacaina (Chirocane®)

N02AB-Opioides derivados de la fenilpiperidina

INCLUIDOS EN GUIA Fentanilo transmucosa (Effentora®)	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Fentanilo transmucosa (Actq®, Abstral®)	Effentora® (a la hora de titular la dosis tener en cuenta las características farmacocinéticas de cada fármaco)

N02CC-Antimigrañosos: agonistas selectivos de receptores 5-HT1.

INCLUIDOS EN GUIA Oral: Dihidroergotamina, Ergotamina+Cafeina, Ergotamina asociada	
Agonistas serotoninérgicos	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Rizatriptan (<i>Maxalt</i>) oral (comp, liotabs) 10 mg	Mantener mismo tratamiento. Se utiliza la forma liotabs. La dosis se puede repetir separándola al menos 2 horas de la anterior. Sólo se debe tomar una segunda dosis si la primera ha sido eficaz, pero reaparece la cefalea. Si la primera dosis no ha sido eficaz no se recomienda tomar una segunda dosis. Máximo 2 dosis/24 h. Nota: En pacientes en tratamiento con propranolol utilizar dosis de 5 mg. Dosis máxima 2 dosis de 5 mg/24h

Ref: (18;113;118-122).

N03AA-Antiepilépticos

INCLUIDOS EN GUIA Carbamazepina, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Fenitoina, Fenobarbital, Lamotrigina, Valproico, Vigabatrina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Etosuximida oral (<i>Etosuximida</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Tiagabina oral (<i>Gabitril</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Topiramato oral (<i>Topamax</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

N04BC- Dopaminérgicos: agonistas dopaminérgicos.

INCLUIDOS EN GUIA Biperideno, Bromocriptina, Levodopa+Benserazida, Levodopa+Carbidopa, Pergolida, Selegilina, Trihexifenidilo	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Lisuride oral (<i>Dopergin</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Ropinirol oral (<i>Requip</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Entacapone oral (<i>Comtan</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Pramipexol oral (Mirapexin)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

N05AA-Neurolépticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Vía oral: Clorpromazina, Clotiapina, Clozapina, Haloperidol, Levomepromazina, Olanzapina, Perfenazina, Risperidona, Sulpiride, Tiaprida, Tioridazina Vía parenteral: Haloperidol, Sulpiride, Tiaprida, Zuclopentixol	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Clorpromazina 25mg+Heptaminol 25mg+ Trihexifenidilio 1mg oral (<i>Largatrex</i> 25) 1 comp <i>Largatrex</i> 25 1 comp <i>Largatrex</i> 100	Clorpromazina oral (<i>Largactil</i>) 25mg 100mg
Pimozida oral (<i>Orap</i>)	Se recomienda suspender mientras el paciente esté ingresado
Diazepam 5mg+Sulpirida 50mg oral (<i>Ansiom</i>) 1 cap	Diazepam (<i>Diazepam</i>)+Sulpirida(<i>Tepavil</i>) oral 50mg Sulpirida+ 5mg Diazepam

N05BA-Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Vía oral: Alprazolam, Bromazepam, Clometiazol, Clorazepato, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Zolpidem, Vía parenteral: Clorazepato, Diazepam, Midazolam	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Ketazolam oral (<i>Sedotime, Marcen</i>) 15mg 30 mg 45mg	Diazepam oral (<i>Valium</i>) 2,5mg 5mg 7.5mg Ref:(123).
Zopiclona oral (<i>Limovan, Datolan</i>) 7,5mg	Zolpidem oral (<i>Stilnox</i>) 10mg Excepción: Debido a su sabor amargo, Zolpidem puede estar indicado en ciertos pacientes de la unidad de desintoxicación. Ref:(123).
Halazepam oral (<i>Alapryl</i>) 40 mg/8h	Diazepam oral (<i>Diazepam, Valium</i>) 10mg/8h Ref:(123).
Brotizolam oral (<i>Sintonal</i>) 0.25mg	Lorazepam oral (<i>Orfidal</i>) 1mg Ref:(123).
Loprazolam oral (<i>Somnovit</i>) 1 mg	Lorazepam oral (<i>Orfidal</i>) 1mg Ref:(123).
Triazolam oral (<i>Halción</i>) 0.125 mg	Zolpidem oral (<i>Stilnox</i>) 10mg Ref:(123).
Clorazepato dipotásico+Gabob+Piridoxina oral (<i>Dorken</i> "5", "10", "25")	Clorazepato dipotásico oral (<i>Tranxillium</i>) Sustituir en igual dosis de clorazepato dipotásico.

Clometiazol iny se ha dejado de fabricar. Como posibles alternativas para el tratamiento del delirium tremens y del síndrome agudo de privación de alcohol se dispone de Diazepam (*Valium* 10 mg iny), Corazepato dipotásico (*Tranxillium* 20 y 50 mg iny) o Midazolam (*Dormicum* 5 y 15 mg amp)

N06AB-Antidepresivos: ISRS

INCLUIDOS EN GUIA	
Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Fluoxetina, Maprotilina, Trazodone, Venlafaxina, Sertralina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Citalopram oral (<i>Seropram, Prisdal</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Fluoxamina oral (<i>Dumirox</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Nefazodona oral (<i>Dutonin</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario

N06CA-Asociaciones de antidepresivos con ansiolíticos y antipsicóticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR

Melitraceno +Flupentixol oral (Deanxit 10/0.5 mg gg)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
---	---

N06DA-Medicamentos contra la enfermedad de Alzheimer

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
-------------------------------------	--

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Donepezilo oral (<i>Aricept</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.
Tacrina oral (<i>Cognex</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario. Nota: Valorar retirada del fármaco. Si se retira ha de hacerse de forma paulatina (10 mg menos cada día)
Rivastigmina oral (<i>Exelon, Prometax</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

N07AB-Deshabitantes del alcohol

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
-------------------------------------	--

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Acamprosato oral (<i>Campral, Zulex</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario
Carbimida oral (<i>Colme</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario
Disulfiram oral (<i>Antabus</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario
Tetrabamato oral (<i>Sevrium</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario

N07CA-Medicamentos contra alteraciones del laberinto

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
-------------------------------------	--

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Betahistina oral (<i>Betahistina Viñas, Fidium, Serc</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Utilizada en vértigo y enfermedad de Menière, aunque no ha mostrado eficacia en ensayos clínicos controlados. Ref: (18).
Cinarizina oral (<i>Stugeron</i>)	Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario. Tratamiento de la enfermedad de Menière. Ref: (18)
Flunarizina oral (<i>Flerudin, Flurpax, Sibelium</i>)	Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario (valorar la especialidad <i>Sibelium</i>). Utilizado en profilaxis de la migraña que no responde a otros fármacos y en vértigo. Ref: (21)

GRUPO R. RESPIRATORIO

R01AD-Descongestionantes nasales

INCLUIDOS EN GUÍA

Ninguno

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Fluticasona nasal (*Rinasone*) y Budesonida nasal (*Olfex, Rhinocort aqua*) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.
Fluticasona 100mcg (2 nebulizaciones) en cada fosa nasal una vez al día <-> Budesonida 200mcg (2 nebulizaciones) en cada fosa nasal una vez al día

R03AC-Broncodilatadores y antiasmáticos por inhalación

INCLUIDOS EN GUÍA

Ipratropio, Salbutamol, Salmeterol + Fluticasona, Terbutalina, Formoterol

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

SUSTITUIR POR

Fenoterol (*Berotec*) inh
200 mcg/6-8H

Salbutamol (*Ventolin*) inh
100mcg/4-6h

R03BA-Corticoides por inhalación

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Budesonida inhalada (*Pulmicort*)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Beclometasona inhalada (*Becl asma, Becotide, Broncivent, Betsuril*) y Budesonida inhalada (*Pulmicort*) se consideran xALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.

Beclometasona inhalada 250 mcg inh (1 puff)/6-12h <-> Budesonida inhalada 200mcg inh (1 puff) /6-12h

Beclometasona inhalada 500mcg inh (2 puff) /6-12h <-> Budesonida inhalada 400mcg inh (2 puff)/6-12h

R06AX-Otros antihistamínicos, uso sistémico

Los antihistamínicos de segunda generación son menos sedantes y presentan menos efectos anticolinérgicos que los clásicos. Sin embargo pueden producir prolongación del intervalo QT y arritmias. Este efecto no afecta a todo el grupo y se ha relacionado especialmente con Astemizol y Terfenadina. Otros fármacos del grupo presentan menor riesgo cardiovascular: Acevastina, Azelastina, Cetirizina, Ebastina, Fexofenadina, Loratidina, Mizolastina (127-130).

En el hospital suelen ser de elección los antihistamínicos clásicos (Dexclorfeniramina, Hidroxicina) ya que sus efectos sedantes son muchas veces una ventaja en el paciente ingresado. En caso de emplear un antihistamínico de segunda generación deben evitarse Astemizol y Terfenadina.

Hay que tener precaución en los siguientes casos: a) interacciones con antifúngicos (ketoconazol, itraconazol), macrólidos (eritromicina, claritromicina) y otros fármacos (fluoxetina, verapamilo, ritonavir, nifedipina), b) hipokalemia, hipocalcemia o hipomagnesemia, c) función renal o hepática disminuida, d) alteraciones cardíacas congénitas, e) Hipotiroidismo (130;131).

INCLUIDOS EN GUIA

Dexclorfeniramina, Hidroxicina

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Loratadina

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Cetirizina (*Voltric, Virlix, Zyrtec*), Ebastina (*Ebaste*), Fexofenadina (*Telfast*), Loratidina, (*Claritine, Civeran, Optimin, Velodan*) y Mizolastina (*Mistamine, Mizolen, Zolistan*) se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES en adultos. En niños se considera de elección desloratadina (*Aerius*®, *Desloratadina*®)

Dosis equivalentes:

Cetirizina oral 10 mg <-> Ebastina oral 10 mg <-> Loratidina oral 10 mg <-> Mizolastina oral 10 mg <-> Fexofenadina oral 120-180 mg

Ref.: (127-131).

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Astemizol oral (<i>Paralergin Hismanal</i>) 10mg/24h	Loratadina oral (<i>Claritine, Civeran, Optimin, Velodan</i>) 10mg/24h
Terfenadina oral (<i>Triludan, Aldira, Alergist, Rapidal</i>) 60mg/12h 120mg/24h	Loratadina oral (<i>Claritine, Civeran, Optimin, Velodan</i>) 10mg/24h 10mg/24h
Ciproheptadina (<i>Periactin</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados

R07AA-Surfactantes Pulmonares

INCLUIDOS EN GUIA

Surfactante Pulmonar Porcino

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Surfactante Pulmonar Bovino (<i>Survanta</i> ®)	Surfactante Pulmonar Porcino (<i>Curosurf</i> ®)

GRUPO S. OFTALMOLOGICOS

S01AX-Antibióticos oculares

INCLUIDOS EN GUIA

Cloranfenicol (*Colircusi Cloranfenicol, Pomada Oftalmolosa cusi cloranfenicol*), Clortetraciclina (*Colirio Aureomicina, Oftalmolosa cusi aureomicina pomada*), Gentamicina (*Colircusi Gentamicina*) Gentamicina asociada (*Pomada oculos epitelizante*), Neomicina+Gramicidina+Polimixina (*Oftalmowell*), Rifamicina (*Colirio rifamicina*), Tobramicina (*Tobrex col y ungüento*).

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Lomefloxacin (<i>Ocacin</i>) 1 gota	Ciprofloxacina (<i>Oftacilox</i>) 1 gota
Gentamicina (<i>Oftalmolosa cusi gentamicina</i>) 1 gota	Tobramicina (<i>Tobrex ungüento</i>) 1 gota
Trimetoprim+Polimixina B (<i>Oftalmotrim</i>) 1 gota	Neomicina+Gramicidina+Polimixina B (<i>Oftalmowell</i>) 1 gota

S01BA-Asociaciones de antiinflamatorios y antibióticos

INCLUIDOS EN GUIA

Betametasona+Sulfacetamida (*Celestone S oftálmico*), Gentamicina+Dexametasona (*Colircusi GentaDexa*), Tobramicina+Dexametasona (*Tobradex*), Dexametasona + Neomicina + Polimixina B (*Maxitrol*)

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Neomicina + Polimixina B+ Prednisolona (<i>Poly pred</i>)	Tobramicina+Dexametasona (<i>Tobradex</i>)

1 gota	1 gota
Neomicina + Fluorometolona (<i>FML neo</i>)	Mantener mismo tratamiento (la fluorometolona es un corticoide de potencia baja y no conviene sustituirlo por otro de mayor potencia)

S01HA-Anestésicos oftálmicos

INCLUIDOS EN GUIA

Tetracaina+Oxibuprocaina (*Colircursi anestésico doble*), Fluoresceína en asociación (*Colircursi Fluotest*), Tetracaina+Nafazolina (*Colircursi anestésico*)

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Oxibuprocaina (<i>Prescaina Llorens</i>) 1 gota	Tetracaina+Oxibuprocaina (<i>Colircursi anestésico doble</i>) 1 gota

S01XA-Colirios humectantes y lubricantes oculares

INCLUIDOS EN GUIA

Dextrano 70+hipromelosa (*Tears humectante*)

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Alcohol polivinílico - Lágrimas artificiales (<i>Liquifilm lágrimas</i>) 1 gota	Dextrano 70+hipromelosa (<i>Tears humectante, Dacrolux</i>) 1 gota

V Varios

V06C2- Preparados para Nutrición Enteral

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

DIETAS ESTÁNDAR:

Dieta estándar (dieta normoproteica polimérica)

Dieta estándar con fibra (dieta normoproteica polimérica con fibra)

Dieta estándar hiperproteica (dieta hiperproteica polimérica)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)

Existen en el mercado varias dietas estándar. Se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES y el Servicio de Farmacia suministrará el preparado disponible en cada momento, según establezca el Procedimiento Público de Adquisiciones existente.

Dieta estándar (dieta normoproteica normocalórica polimérica) Algunas dietas habituales con estas características: Edanec, Dietgrif, Nutrison	Isosource Estándar*
Dieta estándar con fibra (dieta normoproteica normocalórica polimérica con fibra) Algunas dietas habituales con estas características: Isosource fibra, Dietgrif fibra, Jevity	T-Diet Plus*
Dieta estándar hiperproteica (dieta hiperproteica polimérica) Algunas dietas habituales con estas características: Nutrison multifibre, Dietgrif hiperproteico, Edanec HN	Isosource Protein*

*Dietas disponibles actualmente adjudicadas en el Concurso Público de Adquisición de Medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Therapeutic substitution and formulary systems. American College of Physicians [see comments]. *Ann Intern Med* 1990; 113(2):160-163.
- 2 Guidelines for therapeutic interchange. American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 1993; 13(3):252-256.
- 3 Prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. Boletín Informativo del Servicio de Farmacia Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 1996; Año XXII (1):1-2.
- 4 Wall DS, Abel SR. Therapeutic-interchange algorithm for multiple drug classes. *Am J Health Syst Pharm* 1996; 53(11):1295-1296.
- 5 Delgado SO, Puigventos LF, Llodra O, V, Comas GF, Cervera PM, Sanchez PA et al. [Program for the substitution of therapeutic equivalents in the hospital setting]. *Rev Clin Esp* 2000; 200(5):261-270.
- 6 Bull S. Utilization of pharmacy claims data to evaluate therapeutics interchange programs. *J Manag Care Pharm* 1999; 5(4):331-334.
- 7 Fish L. The impact of a therapeutic interchange program in a managed care organization. *J Manag Care Pharm* 1999; 5(5):438-441.
- 8 O'Connell MB. Therapeutic Interchange in Minnesota Hospital Pharmacies. *Hosp Pharm* 1996; 31(6):682-688.
- 9 Oh T, Franko TG. Implementing therapeutic interchange of intravenous famotidine for cimetidine and ranitidine. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47(7):1547-1551.
- 10 Frigetto L, Nckoloff D, Jewesson P. Antibiotic therapeutic interchange program. *Hosp Formul* 1995; 30(93):105.
- 11 Shulman SR, Gouveia W. Therapeutic substitution: an option for cost-effective prescribing? [editorial]. *Pharmacoeconomics* 1993; 3(4):257-259.
- 12 Carroll NV. Formularies and therapeutic interchange: the health care setting makes a difference [see comments]. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56(5):467-472.
- 13 Laporte JR. Efectos adversos de los medicamentos: la parte oculta del tóxico. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:101-102.
- 14 FDA seeks help in evaluating consequences of therapeutic interchange [news]. *Am J Health Syst Pharm* 1997; 54(10):1149.
- 15 Chase SL, Peterson AM, Wordell CJ. Therapeutic-interchange program for oral histamine H2-receptor antagonists. *Am J Health Syst Pharm* 1998; 55(13):1382-1386.
- 16 Markowsky SJ, Santeiro ML. Automatic therapeutic substitution: cost savings with intravenous push famotidine [letter]. *Ann Pharmacother* 1995; 29(3):316.
- 17 Howard RT, Wilson JP, Smeeding JE. Therapeutics interchange of H2 antagonists, cost savings and impact on outcomes. *Hosp Pharm* 2000; 35(4):387-392.
- 18 Micromedex. Micromedex Inc. 1974-1999, 1999.
- 19 Welage L.S., Berardi RR. Evaluation of Omeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole and Rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40(1):52.
- 20 Goodman, Gilman. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 8 ed. Méjico: 1996.
- 21 Verspeelt J, De Locht P, Amery WK. Postmarketing study of the use of flunarizine in vestibular vertigo and in migraine. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 51(1):15-22.
- 22 DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(6):1434-1442.
- 23 Frendrick AM. Gastroesophageal reflux, therapy considerations after failure of low-dose, nonprescription H2Ras. *Formulary* 1999; 34:234-248.
- 24 Thompson JS, Quigley EM. Prokinetic agents in the surgical patient. *Am J Surg* 1999; 177(6):508-514.
- 25 Katz PO. Treatment of gastroesophageal reflux disease: use of algorithms to aid in management. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(11 Suppl):S3-10.
- 26 Drug consult: Cisapride therapy of gastroesophageal reflux. Micromedex (R) Healthcare Series Vol. 107 expires 3/2001, 2001.
- 27 Gregory RE, Ettinger DS. 5-HT3 receptor antagonists for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. A comparison of their pharmacology and clinical efficacy. *Drugs* 1998; 55(2):173-189.
- 28 Ginés J, Sánchez A. Antieméticos y quimioterapia: evolución histórica y estudio comparativo de los antagonistas de la serotonina. *Recomendaciones actuales*. *Farm Hosp* 2000; 24(4):187-214.
- 29 ASHP Therapeutic Guidelines on the Pharmacologic Management of Nausea and Vomiting in Adult and Pediatric Patients Receiving Chemotherapy or Radiation Therapy or Undergoing Surgery [see comments]. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56(8):729-764.
- 30 Gralla RJ, Osoba D, Kris MG, Kirkbride P, Hesketh PJ, Chinnery LW et al. Recommendations for the use of antiemetics: evidence-based, clinical practice guidelines. American Society of Clinical Oncology [published erratum appears in *J Clin Oncol* 1999 Dec; 17(12):3860]. *J Clin Oncol* 1999; 17(9):2971-2994.
- 31 Alfaro J, Simai A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus. *Información Terapéutica Sistema Nacional Salud* 2000; 24(2):33-43.
- 32 Feinglos MN, Bethel MA. Oral agent therapy in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22 Suppl 3:C61-C64.
- 33 Riddle MC. Oral pharmacologic management of type 2 diabetes. *Am Fam Physician* 1999; 60(9):2613-2620.
- 34 DeFronzo RA. Pharmacologic therapy for type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1999; 131(4):281-303.
- 35 Harrower AD. Comparative tolerability of sulphonylureas in diabetes mellitus. *Drug Saf* 2000; 22(4):313-320.
- 36 Drug Dex Evaluation. Micromedex, Inc, 2000.
- 37 Cohen M, Demers C, Gurfinkel EP, Turpie AG, Fromell GJ, Goodman S et al. A comparison of low-molecular-weight heparin with unfractionated heparin for unstable coronary artery disease. Efficacy and Safety of Subcutaneous Enoxaparin in Non-Q-Wave Coronary Events Study Group [see comments]. *N Engl J Med* 1997; 337(7):447-452.
- 38 Antman EM, TIMI 11B. Enoxaparin versus unfractionated heparin for unstable angina or non-Q-wave myocardial infarction: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter trial. Rationale, study design, and methods. Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) 11B Trial Investigators. *Am Heart J* 1998; 135(6 Pt 3 Su):S353-S360.
- 39 Dolovich LR, Ginsberg JS, Douketis JD, Holbrook AM, Cheah G. A Meta-analysis Comparing Low-Molecular-Weight Heparins With Unfractionated Heparin in the Treatment of Venous Thromboembolism. *Arch Intern Med* 2000; 160:181-188.
- 40 Martineau P, Tawil N. Low-Molecular-Weight Heparins in the Treatment of Deep-Vein Thrombosis. *Ann Pharmacother* 1998; 32:588-598.
- 41 Fareed J, Jeske W, Hoppensteadt D, Clarizio R, Walenga J. Low-Molecular-Weight Heparins: Pharmacologic Profile and Product Differentiation. *Am J Cardiol* 1998; 32:3L-10L.
- 42 Sachdev GP, Ohlrogge KD, Johnson CL. Review of the Fitth American College of Chest Physicians Consensus Conference on Antithrombotic Therapy: Outpatient management for adults. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:1505-1514.
- 43 Bollinger KA, Vermeulen LC, Davis SN, Geurkink EA. Comparative effectiveness of low-molecular-weight heparins after therapeutic interchange. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57(4):368-372.
- 44 Burnakis TG. Therapeutic interchange of low-molecular-weight heparins (letters). *Am J Health-Syst Pharm* 2000; 57:1797-1798.
- 45 Collins R, Peto R, Baigent C, Sleight P. Aspirin, heparin, and fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997; 336(12):847-860.
- 46 Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (committee on the management of patients with unstable angina). *Circulation* 2000; 102(10):1193-1209.
- 47 Sacco RL, Elkind MS. Update on antiplatelet therapy for stroke prevention. *Arch Intern Med* 2000; 160(11):1579-1582.
- 48 The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. International Stroke Trial Collaborative Group [see comments]. *Lancet* 1997; 349(9065):1569-1581.
- 49 Bousser MG. Aspirin or heparin immediately after a stroke? [see comments]. *Lancet* 1997; 349(9065):1564-1565.
- 50 Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy—II. Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration [see comments] [published erratum appears in *BMJ* 1994 Jun 11; 308(6943):1540]. *BMJ* 1994; 308(6921):81-106.
- 51 Moore SA, Steinhilb SR. Clopidogrel and coronary stenting: what is the next question? [In Process Citation]. *J Thromb Thrombolysis* 2000; 10(2):121-126.
- 52 Bertrand ME, Rupprecht HJ, Urban P, Gershlick AH, Investigators f. Double-blind study of the safety of clopidogrel with and without a loading dose in combination with aspirin compared with ticlopidine in combination with

- aspirin after coronary stenting : the clopidogrel aspirin stent international cooperative study (CLASSICS). *Circulation* 2000; 102(6):624-629.
- 53 Pieper JA. Clinical trials of GP IIb/IIIa inhibitors in the treatment of unstable angina and non q-wave MI. *EHP* 1999; 5(Supp 1):S10-S15.
- 54 Fox KA. Comparing trials of glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonists. *Eur Hearst J* 1999; 1(Supp R):R10-R17.
- 55 Lopez BL, Fernandez-Ortiz A, Bueno ZH, Coma C, I, Lidon Corbi RM, Cequier FA et al. [Clinical practice guidelines of the Spanish Society of Cardiology on unstable angina/infarction without ST elevation]. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53(6):838-850.
- 56 Sitges M, Bosch X, Snaz G. Eficacia de los bloqueadores de los receptores plaquetarios IIb-IIIa en los síndromes coronarios agudos. *Rev Clin Esp* 2000; 53:422-439.
- 57 Inhibition of platelet glycoprotein IIb/IIIa with eptifibatid in patients with acute coronary syndromes. The PURSUIT Trial Investigators. Platelet Glycoprotein IIb/IIIa in Unstable Angina: Receptor Suppression Using Integrilin Therapy [see comments]. *N Engl J Med* 1998; 339(7):436-443.
- 58 Inhibition of the platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor with tirofiban in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Platelet Receptor Inhibition in Ischemic Syndrome Management in Patients Limited by Unstable Signs and Symptoms (PRISM-PLUS). *N Engl J Med* 1998; 338(21):1488-1497.
- 59 Eptifibatid et Tirofiban. *Rev Presc* 2000; 206:340-344.
- 60 Atorvastatina. *INFAC* 1998; 6(1):-3.
- 61 Atorvastatine. *Rev Presc* 1998; 18:190-803.
- 62 Janknegt R, Stalenhoef AFH, Simoons ML, van der Sloot JAP, de Leeuw PW, van Schaik BAM. HMG-Coenzyme A Reductase Inhibitors: drug selection by means of the Soja method. *EHP* 1999; 5(1):29-43.
- 63 Arias MJ, Márquez M, Ruiz C, Damas Fernández M. Análisis de decisión clínica aplicado a la selección de un inhibidor de hidroximetil glutaril coenzima A reductasa para su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica de un hospital general. *Farm Hosp* 2000; 24(1):20-26.
- 64 Tuneu Valls L., Sanz Mazó M, Alba Arenda G, García Peláez M, Bonal de Falgás J. Análisis de decisión clínica para la elección de un inhibidor de la HMG-CoA reductasa para la guía farmacoterapéutica del hospital. *Atención Farmacéutica* 1999; 1(1):24-26.
- 65 Beaird S.L. HMG-CoA reductase inhibitors: assessing differences in drug interactions and safety profiles. *J Am Pharm Assoc* 40[5], 637-644. 2000. Ref Type: Generic
- 66 Núñez M, González-Lahoz J. Síndrome de lipodistrofia: nuevo desafío en el tratamiento de la infección por VIH. *Información Terapéutica Sistema Nacional Salud* 2000; 24(3):69-72.
- 67 Hoglund M. Glycosylated and non glycosylated recombinant human granulocyte colony-stimulating factor (rh-CSF): what is the difference? *Clin Oncol* 1998; 15(4):229-233.
- 68 Walters JM, Noel H, Folstad J. Prospective evaluation of the therapeutic interchange of felodipine ER for amlodipine in patients with hypertension. *Hosp Pharm* 2000; 35:48-51.
- 69 Clay DR, Bourg MP, Lawrence DB. Outcomes of an omlodipine-to-felodipine therapeutic interchange program. *Am J Health-Syst Pharm* 2000; 57:1604-1607.
- 70 Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A, de Leeuw PW, Mancia G, Rosenthal T et al. Morbidity and mortality in patients randomised to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment (INSIGHT) [see comments] [published erratum appears in *Lancet* 2000 Aug 5;356(9228):514]. *Lancet* 2000; 356(9227):366-372.
- 71 Hilleman DE, Mohiuldin SM, Lucas BD, Shinn B, Elsasser GN. Conversion from sustained-release to immediate-release calcium entry blockers: Outcome inpatients with mild-to-moderate hypertension. *Clinical Therapeutics* 1993; 15(6):1000-1010.
- 72 Defina LF, Bookstaver DA, Goldfinger MP, Coffey TA. Nifedipine gastrointestinal therapeutic system versus nifedipine coat-core: comparison of efficacy via 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. *Ann Pharmacother* 1997; 31(7-8):819-822.
- 73 Carter BL. Dosing of antihypertensive medications in patients with renal insufficiency. *J Clin Pharmacol* 1995; 35(1):81-86.
- 74 Hilleman DE, Mohiuldin SM, Wurdeman RL, Wadibia EC. Outcomes and Cost Savings of an ACE Inhibitor Therapeutics Interchange. *J Manag Care Pharm* 1997; 3(2):219-223.
- 75 Mason B. Therapeutics Interchange of Lisinopril to Quinapril: Clinical Experience. *Hosp Pharm* 1996; 31(5):542-544.
- 76 Who needs nine ACE inhibitors? *Drug Ther Bull* 1995; 33(1):1-3.
- 77 Inhibidores de la enzima conversor de la angiotensina (IECA). *Boletín de Información Terapéutica* 1994; 1(5):17-20.
- 78 Fernández Oropesa CM, Gallego Fernández C. Utilidad terapéutica de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. *Farm Hosp* 19[1], 3-9. 1995.
- Ref Type: Generic
- 79 Verme-Gibbone C. Oral angiotensin-converting-enzyme inhibitors. *Am J Health Syst Pharm* 1997; 54(23):2689-2703.
- 80 Candesartan cilexetil. *Rev Presc* 1999; 19(193):172-175.
- 81 Tamargo J. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II. *Med Clin (Barc)* 2000; 114(Supp 1):S6-S13.
- 82 Redon J, Ferrario CM. [Clinical efficacy of losartan: are there any differences between angiotensin II type I receptor antagonists and other drugs?]. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 Suppl 1:23-28.
- 83 Dina R, Jafari M. Angiotensin II-receptor antagonists: an overview [In Process Citation]. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57(13):1231-1241.
- 84 Burnier M, Brunner HR. Angiotensin II receptor antagonists. *Lancet* 2000; 355(9204):637-645.
- 85 Flórez J, Dierssen M. Agentes nootrópicos y los llamados vasodilatadores cerebrales. *Información Terapéutica Sistema Nacional Salud* 1994; 18(8):169-176.
- 86 Pérez A, Molina E. Vasodilatadores periféricos y cerebroactivos en el deterioro cognitivo senil y demencias. *Notas Farmacoterapéuticas* 1995; 2(4):1-3.
- 87 Vasodilatadores periféricos y/o activadores cerebrales. Ficha de transparencia n.º4. Fichas de transparencia Ministerio de Sanidad y Consumo 1986.
- 88 de Miguel Gallo V, Vargas Castrillón E. Venotónicos en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica: una revisión sistemática. *Información Terapéutica Sistema Nacional Salud* 1997; 21(2):33-40.
- 89 Conthe P, Alonso A, Agudo de Blas P. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica con disfunción sistólica. In: SEMI, editor. *Insuficiencia cardíaca: recomendaciones diagnósticas y terapéuticas*. Madrid: 2000: 45-56.
- 90 Drug consults: beta blocker use in postmyocardial infarction. *Micromedex: Drug Dex Staff.*, 1999.
- 91 Drug Consults: Drug consults: beta blocker use in congestive hearth failure. *Micromedex Dex Staff*, 2000.
- 92 Drug Consults: beta blocker use in hypertension. *Micromedex Dex Staff*, 2000.
- 93 British National Formulary. 39 ed. London: British Medical Association, 2000.
- 94 Fusaro RM. Flexible classification for the clinical potency of topical corticosteroid proprietaries. *Drug Intell Clin Pharm* 1988; 22(5):412-415.
- 95 Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1999.
- 96 Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia. Medical and minimally invasive treatment options [see comments]. *N Engl J Med* 1995; 332(2):99-109.
- 97 Eri LM, Tveter KJ. alpha-blockade in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia [see comments]. *J Urol* 1995; 154(3):923-934.
- 98 Jansen DJ, Jr., Resch ND, Hoffman RM. Doxazosin-to-terazosin switch for benign prostatic hyperplasia [letter]. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56(13):1351.
- 99 Gutensohn A, Bunz D, Frighetto L, Jewesson P. Outcome of a ceftriaxone/cefotaxime interchange programme in a major teaching hospital. *Chemotherapy* 1991; 37 Suppl 3:15-21.
- 100 Mensa J, Gatell JM. Guía de la terapéutica antimicrobiana. 2000.
- 101 Choisir un macrolide, les interactions medicamenteuses son à prendre en compte. *Rev Presc* 1999; 19(195):371-376.
- 102 Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. *Arch Intern Med* 2000; 160(14):2093-2099.
- 103 Gotzsche PC. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 2000; 320(7241):1058-1061.
- 104 Sanmartí R. ¿Existen diferencias entre los AINE? *AINE* 1998; 2(9):15.
- 105 Nimesulide-Nexen. *Rev Presc* 18[183], 243-245. 1998. Ref Type: Generic
- 106 Meloxicam et risques digestifs-Mobic. *Rev Presc* 1998; 18(181):114.
- 107 Martindale. The complete drug reference. 32 ed. London: The Pharmaceutical Press, 1999.
- 108 Toxicitat gastrointestinal dels inhibidors de la COX-2: Celecoxib i Rofecoxib. *Butlletí Groc* 2000; 13(2):1-7.
- 109 Hoja de evaluación de medicamentos n.º5: Rofecoxib. Hoja de Evaluación de Medicamentos n.º5 Atención Primaria Baleares 2000.
- 110 Lichtenstein DR, Wolfe MM. COX-2-Selective NSAIDs: new and improved? [editorial; comment]. *JAMA* 2000; 284(10):1297-1299.
- 111 Feldman M, McMahon AT. Do cyclooxygenase-2 inhibitors provide benefits similar to those of traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs, with

- less gastrointestinal toxicity? [published erratum appears in Ann Intern Med 2000 Jun 20;132(12):1011]. Ann Intern Med 2000; 132(2):134-143.
- 112 Antiinflamatorios no esteroideos inhibidores específicos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2). INFAC Información Farmacoterapéutica de la Comarca Euskadi 2000; 8(2):8-11.
- 113 Celecoxib et arthrose ou polyarthrite rhumatoïde, aussi decevant que le rofecoxib. Rev Presc 2000; 20(212):803-808.
- 114 Les traitements des douleurs d'origine arthrosique en bref. Rev Presc 2000; 20(208):486-487.
- 115 Meloxicam-Mobic. Rev Presc 1997; 17(173):321-324.
- 116 AINS: mise au point après l'étude Melissa. Rev Presc 1999; 19(197):556-557.
- 117 Namebutone-Nabucoc. Rev Presc 200[9], 729-732. 1999. Ref Type: Generic
- 118 Ferrari MD. Migraine. Lancet 1998; 351(9108):1043-1051.
- 119 Bateman DN. Triptans and migraine [see comments]. Lancet 2000; 355(9207):860-861.
- 120 Naratriptan. Rev Presc 1999; 19(193):168-171.
- 121 Leira R, Pascual J. Rizatriptan. Neurología 2000; 15:22-30.
- 122 Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the american academy of neurology [In Process Citation]. Neurology 2000; 55(6):754-762.
- 123 Gámez Lechuga M, Irala Indart C. Selección de benzodiazepinas. Bases para su utilización en el hospital. Farm Hosp 1997; 21(2):117-122.
- 124 Schmidt D. Clobazam for treatment of intractable epilepsy: a critical assessment. Epilepsia 1994; 35 Suppl 5:S92-S95.
- 125 Remy C. Clobazam in the treatment of epilepsy: a review of the literature. Epilepsia 1994; 35 Suppl 5:S88-S91.
- 126 Stock AJ, Kofoed L. Therapeutic interchange of fluoxetine and sertraline: experience in the clinical setting [see comments]. Am J Hosp Pharm 1994; 51(18):2279-2281.
- 127 DuBuske LM. Second-generation antihistamines: the risk of ventricular arrhythmias. Clin Ther 1999; 21(2):281-295.
- 128 Moss AJ, Chaikin P, Garcia JD, Gillen M, Roberts DJ, Morganroth J. A review of the cardiac systemic side-effects of antihistamines: ebastine. Clin Exp Allergy 1999; 29 Suppl 3:200-205.
- 129 Philpot EE. Safety of second generation antihistamines. Allergy Asthma Proc 2000; 21(1):15-20.
- 130 Estelle E, Simons R. H1-receptor antagonists: safety issues. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83:481-488.
- 131 Programa de Intercambio Terapéutico. Hospital Central de Asturias.
- 132 García Sabina A et al. Consideraciones Especificas en la Prescripción e Intercambio Terapéutico de Estatinas. Farmacia Hospitalaria. 2012; 36(2): 97-98.
- 133 Fogari R, Zoppi A, Corradi L et al: Effects of different dihydropyridine calcium antagonists on plasma norepinephrine in essential hypertension. J Hypertens 2000; 18:1871-1875.
- 134 Clay DR, Bourg MP, Lawrence DB. Outcomes of an amlodipine-to-felodipine therapeutic interchange program. Am J Health-Syst Pharm 2000; 57:1604-1607.
- 135 Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A, de Leeuw PW, Mancia G, Rosenthal T et al. Morbidity and mortality in patients randomised to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment. Lancet 2000;356(9227):366-372.
- 136 Programa de Intercambio Terapéutico. Hospital Universitario Central de Asturias.
- 137 Guía para el intercambio terapéutico. Hospital Universitario La Fe de Valencia.
- 138 Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Antihypertensive Dose Comparison. Pharmacist's Letter / Prescriber's Letter. August 2009 – Volume 25 – Number 250801.
- 139 Programa de Intercambio Terapéutico. Hospital Universitario de Alicante.
- 140 Cobos LS. Endotelio e hipertensión arterial. An. Fac. Med. Vol. 75 nº4. Dici 2014.
- 141 Simova II et al. Effects of nebivolol versus bisoprolol on endothelial function in hypertensive patients. Exp Clin Cardiol. 2009 Winter;14(4):45-49. Disponible online en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827212/#!po=8.33333>
- 142 Czuriga I et al. Comparison of the new cardioselective beta-blocker nebivolol with bisoprolol in hypertension: the Nebivolol, Bisoprolol Multicenter Study (NEBIS). Cardiovasc Drugs Ther. 2003 May;17(3):257-63.