



**COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
BADAJOZ**

**PROGRAMA DE INTERCAMBIABLES
TERAPÉUTICOS (PIT)
Versión 2.0**

**Fecha de Aprobación: Diciembre 2004
(CFT 082004)**

**Fecha de Revisión: Abril 2007
(CFT 032007)**

PROGRAMA DE INTERCAMBIABLES TERAPÉUTICOS

INTRODUCCIÓN

El presente programa de intercambiables terapéuticos está basado en el existente por el 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 equivalentes terapéuticos 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 SUPERVISION MÉDICA.

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

A02B1A-Antihistamínicos antiH2

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Famotidina, Ranitidina

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

Ranitidina y Famotidina se consideran equivalentes terapéuticos. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.

Oral: Ranitidina 150mg/12h <-> Famotidina 20mg/12h
(9;15-17).

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Cimetidina (<i>Tagamet, Mansal, Fremet</i>) Oral: 400mg/12h Inyectable: 200mg/12h	Ranitidina (<i>Torio</i>) Oral: 150mg/12h Inyectable: 50mg/8h Famotidina (<i>Tamin</i>) Oral: 20mg/12h Ref: (9;15;16).
Roxatidina oral (<i>Sarilen</i>) 75mg/12h	Ranitidina oral (<i>Torio</i>) 150mg/12h Ref: (18).

A02B3A-Inhibidores de la bomba de Protones.

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Omeprazol VO, Pantoprazol IV

EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS (Medicamentos homólogos)

Omeprazol (*Audazol, Gastrimut, Losec, Mopral, Omapren, Ompranyl, Parizac, Pepticum*, y otras marcas), **Lansoprazol** (*Bamalite, Estomil, Monolium, Opiren, Pro Ulco*), **Pantoprazol** (*Anagastra, Pantecta, Pantocarm, Ulcotenal*) y **Rabeprazol** (*Pariet*), se consideran equivalentes terapéuticos. El Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología. Ref:(18;19).

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.

-Erradicación *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.

A02B4A - Prostaglandinas

INCLUIDOS EN GUIA
Ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

Misoprostol oral (*Cytotec*)

Seguir con el mismo tratamiento

A03- Antiespasmódicos

INCLUIDOS EN GUIA
Butilescopolamina iny, Butilescopolamina + Metamizol iny y sup

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

Bromuro de Otilonio oral (*Spasmoctyl*)

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

Butilescopolamina oral (*Buscapina*)

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

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).

A04A1F: Antieméticos antagonistas de la serotonina

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Ondansetron

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

Granisetron (Kytril), Ondansetron (Zofran, Yatrox), Tropisetron (Navoban) se consideran equivalentes terapéuticos, 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).

A04A1E-Medicamentos contra alteraciones del laberinto

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA	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)

A04A2A-Ortopramidas sóloas

INCLUIDOS EN GUIA:
Metoclopramida, Domperidona

MEDICAMENTO NO GUIA	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>

A05B1A Hepatoprotectores

INCLUIDOS EN GUÍA
Ninguno

MEDICAMENTO NO GUÍA	SUSTITUIR POR
<p>Silibilina oral (<i>Legalon, Silimarina</i>)</p>	<p>Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.</p>
<p>Timonacil oral (<i>Hepacitol</i>)</p>	<p>Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.</p>
<p>Ademetionina oral (<i>S-amet</i>)</p>	<p>Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.</p>

A06A3A-Laxantes incrementadores del bolo intestinal

INCLUIDOS EN GUIA
Ispagula (*Plantago ovata*)

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

A06A6A -Otros laxantes solos por vía oral

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Lactulosa

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

Lactitol oral (*Emporal*) 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

A07E Antiinflamatorios intestinales

INCLUIDOS EN GUIA

Mesalazina comp, Sulfasalazina comp

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

Budesonido oral (*Entocord*)

Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario.

Budesonido rectal (*Entocord enema*)

Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario.

A09A1B-Enzimas digestivos

INCLUIDOS EN GUIA

Pancreatina (enzimas pancreáticos) cap

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

Enzimas pancreáticos oral (*Pancreas Lacer*)
2.5g sob

Pancreatina (enzimas pancreáticos) oral (*Pancrease*)
1 cap

Dimeticona 80mg + Pancreatina 6000 U +
Amilasa 6000 U + Proteasa 4000 U oral
(*Pankreoflat*)
1 gg

Pancreatina (enzimas pancreáticos) oral (*Pancrease*)
1 cap

Nota: para Pacientes Externos de mucoviscidosis se dispone de Kreon cap (Amilasa 9000 U+ Lipasa 8000 U + Proteasa 450 U).

A10A1A -Hipoglucemiantes hormonales: Insulinas

INCLUIDOS EN GUIA

Insulina regular, Insulina NPH, Insulina-zinc intermedia, Insulina lenta

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

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

Mezcla manual de Insulina rápida y NPH

A10B1- Antidiabéticos orales. Sulfonilureas

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Gliclazida, Glibenclamida, Glipizida	
<p>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).</p>	
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 Nota: monitorizar glucemias</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</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 Nota: monitorizar glucemias</p>
<p>Gliquidona oral (<i>Glurenor</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 Nota: monitorizar glucemias</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 Nota: monitorizar glucemias</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. Nota: monitorizar glucemias</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>

A12C1A- Suplementos de fosfatos y de magnesio

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Magnesio comp, Fosfatos de Na⁺

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (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

A15 -Estimulantes del apetito

INCLUIDOS EN GUIA

ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA

SUSTITUIR POR

Ciproheptadina (*Periactin*)

Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados

GRUPO B. SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

B01A2A-Heparina y otros anticoagulantes inyectables

INCLUIDOS EN GUIA

Enoxaparina

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

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

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* jerina 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).

B01B1A- Inhibidores de la agregación plaquetar.

INCLUIDOS EN GUIA

Acido Acetil Salicílico, Dipyridamol, Ticlopidina, Clopidogrel, Triflusal

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS

Las dosis de aspirina se ajustarán a las presentaciones incluidas en el hospital.
Tromalyt 150 mg se considera equivalente terapéutico de *Aspirina infantil* 125 mg.

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).

Dipyridamol

La asociación de dipyridamol de liberación retard+ aspirina ha mostrado ser más eficaz que estos fármacos en monoterapia. Ref: (47).

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).

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).

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+Dipyridamol 75mg oral (<i>Asasantin</i>)	Sustituir por principios activos: ½ Aspirina Infantil 125 mg comp + 2 <i>Persantin</i> 50mg gg

**B04A1A-Hipolipemiantes
Estatinas**

INCLUIDOS EN GUIA Simvastatina, Atorvastatina	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Atorvastatina (<i>Prevencor, Cardyl, Zarator</i>)	Mantener mismo tratamiento mientras el paciente esté ingresado (Utilizar la especialidad <i>Cardyl</i>). Ref: (60).
Cerivastatina (<i>Lipobay, Vaslip, Zenas Micro</i>) 0,2 mg dosis máxima 0,4 mg/24h	Simvastatina oral (<i>Zocor, Pantok, Colemin</i>) 10 mg dosis máxima: 40 mg/24h Ref: (60-63).
Fluvastatina (<i>Digaril, Liscol, 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).

Fibratos

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

B06A1A-Fibrinolíticos

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

B07A1B-Factores estimulantes de colonias

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Filgrastim

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

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

Equivalencia posológica:

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

Ref: (67).

GRUPO C. CARDIOVASCULAR

C01D-Terapia coronaria y antianginosos

INCLUIDOS EN GUIA

Amlodipina, Diltiazem, Isosorbide, Nifedipina. Nitroglicerina, Verapamilo

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Felodipina oral (<i>Fensel, Perfudal, Plendil</i>) 5mg	Amlodipina oral (<i>Astudal, Norvas</i>) 5mg Ref: (68;69).
Isradipina oral (<i>Lomir, Vaslan</i>) 2.5mg/12h 5mg retard/12h	Amlodipina oral (<i>Astudal, Norvas</i>) 5mg/24h 10mg/24h
Lacidipina oral (<i>Lacimen, Lacipil, Motens</i>) 2mg	Amlodipina oral (<i>Astudal, Norvas</i>) 5mg
Nisoldipina oral (<i>Syscor, Cornel</i>) 10mg	Amlodipina oral (<i>Astudal, Norvas</i>) 5mg
Nitrendipina oral (<i>Baypresol, Tensogradal</i>) 10mg	Amlodipina oral (<i>Astudal, Norvas</i>) 5mg
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
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.

C02B4A- Inhibidores del sistema renina-angiotensina

INCLUIDOS EN GUIA Captoprilo, Enalaprilo	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Benazapril oral (<i>Cibazen, Labopal</i>) 5 mg 10 mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 5 mg 10 mg
Cilazapril oral (<i>Inhibace, Inocar</i>) 1 mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 5 mg
Enalapril 50 mg +Hidroclorotiazida 12,5 mg (<i>Co Renitec, Acediur, Acetensil Plus, Crinoretic, Dabonal Plus, Ditenside, Neotensin Diu</i>)	Seguir con el mismo tratamiento (valorar utilizar la especialidad <i>Co Renitec</i>).
Fosinopril oral (<i>Fositens, Hiperplex, TensoStop</i>) 20mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 20mg No requiere ajuste de dosis en Insuficiencia Renal, el resto de los IECAs se ajusta según ClCr. Ref: (73).
Lisinopril oral (<i>Doneka, Prinivil, Zestril</i>) 5 mg 10 mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 5 mg 10 mg Ref: (74;75).
Perindopril oral (<i>Coversyl</i>) 4mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 10mg
Quinapril oral (<i>Acuprel, Ectren, Lidaltrin</i>) 5 mg 10 mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 5mg 10 mg Ref: (74;75).
Ramipril oral (<i>Acovil, Carasel</i>) 2.5 mg 5 mg 10 mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 5 mg 10 mg 20 mg
Trandolapril oral (<i>Gopten, Odrix</i>) 0.5mg 2mg	Enalapril oral (<i>Crinoren, Renitec, Ditenso</i>) 2.5mg 10mg

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

C02B4B-Bloqueantes de receptores de angiotensina II

FÁRMACO	AJUSTES I. RENAL/HEPÁTICA	HIPERTENSIÓN	NEFROPATÍA DIABÉTICA	INSUFICIENCIA CARDÍACA
Candesartan	No	D.inicio: 16mg; D.max:32 mg qd Rango: 4-32 mg qd		D.inicio: 4 mg qd D. máxima: 32 mg qd
Eprosartan	No	D.inicio: 600 mg qd; D.max:800 mg qd Rango: 400-800 mg qd ó en 2 dosis		
Irbesartan	No	D.inicio:150 mg qd; D.max:300mg qd Rango: 75-300 mg qd	300 mg qd	
Losartan	IH: disminuir 50% la dosis inicial	D.ini: 50 mg qd; D.max: 100 mg qd Rango: 25-100 mg qd ó en 2 dosis	100 mg qd	D.ini: 50 mg qd D.max: 100 mg qd
Olmesartan	No	D.ini:20 mg qd; D.max: 40 mg qd Rango: 5-40 mg qd		
Telmisartan	No	D.ini:40 mg qd; D.max: 80 mg qd Rango: 20-80 mg qd		
Valsartan	No	D.ini:80 mg qd; D. max: 320 mg qd Rango: 80-320 mg qd		IC y Post-IAM D.ini: 20-40 mg bid D.max:160 mg bid

INCLUIDOS EN GUIA Candesartan	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Losartan (Cozaar®) 25 mg qd Losartan (Cozaar®) 50 mg qd Losartan (Cozaar®) 100 mg qd	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd
Eprosartan (Tevetens®) 600 mg (repartido en 2 dosis) Eprosartan (Tevetens®) 600 mg (repartido en 2 dosis) Eprosartan (Tevetens®) 800 mg (repartido en 2 dosis)	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd
Irbesartan (Aprovel®, Karvea®) 75 mg Irbesartan (Aprovel®, Karvea®) 150 mg Irbesartan (Aprovel®, Karvea®) 300 mg	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd
Telmisartan (Micardis®, Pritor®) 20 mg Telmisartan (Micardis®, Pritor®) 40 mg Telmisartan (Micardis®, Pritor®) 80 mg	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd
Olmesartan (Ixia®, Olmetec®, Openvas®) 10 mg Olmesartan (Ixia®, Olmetec®, Openvas®) 20 mg Olmesartan (Ixia®, Olmetec®, Openvas®) 40 mg	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd
Valsartan (Diovan®, Kalpress®, Vals®) 40 mg Valsartan (Diovan®, Kalpress®, Vals®) 80 mg Valsartan (Diovan®, Kalpress®, Vals®) 160 mg	Candesartan (Atacand®, Parapres®) 8 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 16 mg qd Candesartan (Atacand®, Parapres®) 32 mg qd

Ref: (81-84, 131).

C03-Diuréticos

INCLUIDOS EN GUIA

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

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Triamtereno 25mg+Furosemida 77.6mg oral (<i>Salidur</i>) 1 comp	Furosemida oral (<i>Seguri</i>) 2 comp de 40mg
Xipamida oral (<i>Diurex</i>) 20mg	Hidroclorotiazida oral (<i>Hidrosalureti</i>) 25mg

C04A1A-Vasodilatadores cerebrales y periféricos

INCLUIDOS EN GUIA

Cinazina

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Cinazina +Mesilato dihidroergocristina oral (<i>Clinadi</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).
Hidrosmia (<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 (<i>Tefavinca, Vincamino</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).

Ref:(85-88).

C05C1A-Antivaricosos sistémicos y vasoprotectores por vía sistémica

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Diosmina + Hesperidina oral (<i>Daflon 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).

C07A1A-Betabloqueantes cardioselectivos solos

INCLUIDOS EN GUIA Atenolol; Metoprolol; Bisoprolol	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Acebutolol oral (<i>Sectra</i>) 400mg/24h	Atenolol oral (<i>Tenormin</i>) 100mg/24h Ref: (36).

Ref.: (90-92)

C07A1B-Betabloqueantes no cardioselectivos solos

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

GRUPO D. DERMATOLÓGICOS

D03-Cicatrizantes excluyendo apósitos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Enzimas (<i>Irxol-mono</i>), Centella asiática+Neomicina (<i>Blastoestimulina</i>), Fenoxietanol+Parafina+Germen de Trigo (<i>Fitocrem</i>)

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (medicamentos homólogos)

Parkelase tópico e *Irxol-mono* tópico y *Dertrase* tópico se consideran equivalentes terapéuticos, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.

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

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

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

D07A- Corticosteroides tópicos sólo

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

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

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

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

Se consideran equivalentes terapéuticos 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>Vasplit</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>Cutanit</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, Elocorn</i>) Prednicarbonato 0.25% (<i>Batmen, Peitel</i>)

Ref: (94;95).

G04B2A-Medicamentos contra cálculos renales

INCLUIDOS EN GUIA

Citrato potásico

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

G04B3A-Medicamentos contra adenoma prostático

INCLUIDOS EN GUIA

Doxazosina

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Alanina, Glicina, Glutámico y Pigeum oral (<i>Tebetane Compuesto</i>)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
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 Terazosina 10 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 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.

GRUPO H. PREPARADOS HORMONALES

H02B1A-Corticoides sistémicos en asociación

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Betametasona+Dexclorfeniramina oral (<i>Celesemine</i>) 1gg	Dexclorfeniramina oral (<i>Polaramine</i>) 1 comp 2 mg Si se precisan corticoides vía oral, se dispone de Dexametasona.

H04A1A-Calcitonina

INCLUIDOS EN GUIA
Calcitonina humana iny

MEDICAMENTO NO GUIA	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

J01F-Macrólidos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS

Eritromicina (*Pantomicina*), **Claritromicina** (*Klacid*) y **Azitromicina** (*Zitromax*) se consideran equivalentes terapéuticos.
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 pilori* y en infecciones por *Micobacterium avium complex*.

J03B2A-Quinolonas

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Norfloxacin, Ciprofloxacino, Levofloxacino

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Moxifloxacino oral (<i>Actira, Octegra, Proflox</i>) 400mg/24h	Levofloxacino oral (<i>Tavanic</i>) 500 mg/24h

GRUPO M. APARATO LOCOMOTOR

M01A1A-Antiinflamatorios no esteroídicos sólo

INCLUIDOS EN GUIA

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 GUIA	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>) 75-150 mg/24h	Diclofenac oral (<i>Voltaren, Diclofenac</i>) 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 equivalentes terapéuticos 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 Excepción: 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

M03-Miorrelajantes

INCLUIDOS EN GUIA	
Vía oral: Baclofeno, Diazepan	

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Tizanidina oral (<i>Sirdalud</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

M05A2-Otros productos aparato locomotor

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

N02C-Medicamentos para la fase aguda de la migraña .

INCLUIDOS EN GUIA	
Oral: Dihidroergotamina, Ergotamina+Cafeina, Ergotamina asociada	

Agonistas serotoninérgicos

MEDICAMENTO NO GUIA	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).

N03A-Antiepilépticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Carbamazepina, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Fenitoina, Fenobarbital, Lamotrigina, Valproico, Vigabatrina	

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Etosuximida oral (<i>Etosuximida</i>)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Primidona (<i>Mysoline</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

N04- Antiparkinsonianos

INCLUIDOS EN GUIA	
Biperideno, Bromocriptina, Levodopa+Benserazida, Levodopa+Carbidopa, Pergolida, Selegilina, Trihexifenidilo	

MEDICAMENTO NO GUIA	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 (Mirapexín)	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

N05A-Neurólépticos

INCLUIDOS EN GUIA

Vía oral: Clorpromazina, Clotiapina, Clozapina, Haloperidol, Levomepromazina, Olanzapina, Perfenazina, Risperidona, Sulpiride, Tiaprida, Tioridazina
Vía parenteral: Haloperidol, Sulpiride, Tiaprida, Zuclopentixol

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Clorpromazina 25mg+Heptaminol 25mg+ Trihexifenidilio 1mg oral (<i>Largatrex 25</i>) 1 comp <i>Largatrex 25</i> 1 comp <i>Largatrex 100</i>	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>Ansiun</i>) 1 cap	Diazepam (<i>Diazepam</i>)+Sulpirida (<i>Tepavil</i>) oral 50mg Sulpirida+ 5mg Diazepam

N05B-Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos

INCLUIDOS EN GUIA

Vía oral: Alprazolam, Bromazepam, Clometiazol, Clorazepato, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Zolpidem, Tetrazepam
Vía parenteral: Clorazepato, Diazepam, Midazolam

MEDICAMENTO NO GUIA	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 <u>Excepción:</u> 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>Diazepan, 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 "5", "10", "25"</i>)	Clorazepato dipotásico oral (<i>Tranxilium</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), Clorazepato dipotásico (*Tranxilium* 20 y 50 mg iny) o Midazolam (*Dormicum* 5 y 15 mg amp)

N06A1A-Antidepresivos

INCLUIDOS EN GUIA

Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Fluoxetina, Maprotilina, Trazodone, Venlafaxina, Sertralina

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Citalopram oral (<i>Seropram, Prisdal</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Fluvoxamina oral (<i>Dumirox</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Nefazodona oral (<i>Dutonin</i>)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario

N06C1A-Asociaciones de antidepresivos con ansiolíticos y antipsicóticos

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Melitraceno +Flupentixol oral (<i>Deanxit</i> 10/0.5 mg gg)	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario

N06D1A-Medicamentos contra la enfermedad de Alzheimer

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA	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.

N07A1-Deshabitantes del alcohol

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

MEDICAMENTO NO GUIA	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
Disulfiramo oral (<i>Antabus</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario
Tetrabamato oral (<i>Sevrium</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario

GRUPO R. RESPIRATORIO

R01A-Descongestionantes nasales

INCLUIDOS EN GUIA

Ninguno

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

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

R03A1A-Broncodilatadores y antiasmáticos por inhalación

INCLUIDOS EN GUIA

Ipratropio, Salbutamol, Salmeterol + Fluticasona, Terbutalina, Formoterol

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Fenoterol (<i>Berotec</i>) inh 200 mcg/6-8H	Salbutamol (<i>Ventolin</i>) inh 100mcg/4-6h

R03A1B-Corticoides por inhalación

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Budesonida inhalada (*Pulmicort*)

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

Beclometasona inhalada (*Becl asma, Becotide, Broncivent, Betsuril*) y Budesonida inhalada (*Pulmicort*) se consideran equivalentes terapéuticos.
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

R06A1A-Antihistamínicos vía sistémica solos

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

EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)

Cetirizina (*Voltric, Virlix, Zyrtec*), Ebastina (*Ebastel*), Fexofenadina (*Telfast*), Loratidina, (*Claritine, Civeran, Optimin, Velodan*) y Mizolastina (*Mistamine, Mizolen, Zolistan*) se consideran equivalentes terapéuticos.

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 GUIA	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

GRUPO S. OFTALMOLOGICOS

S01B-Colirios humectantes y lubricantes oculares

INCLUIDOS EN GUIA
Dextrano 70+hipromelosa (*Tears humectante*)

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

S01C—Anestésicos oftálmicos

INCLUIDOS EN GUIA
Tetracaina+Oxibuprocaina (*Colircursi anestésico doble*), Fluoresceína en asociación (*Colircursi Fluotest*), Tetracaína+Nafazolina (*Colircursi anestésico*)

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Oxibuprocaina (<i>Colirio prescaina Llorens</i>) 1 gota	Tetracaina+Oxibuprocaina (<i>Colircursi anestésico doble</i>) 1 gota

S01G-Medicación antiglaucamotosa no miótica

INCLUIDOS EN GUIA
Apraclonidina (*Iopimax*), Timolol (*Timofol*),

MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Clonidina (<i>Isoglaucón</i>)	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

S01J-Antibióticos oculares

INCLUIDOS EN GUIA	
Cloranfenicol (<i>Colircusi Cloranfenicol, Pomada Oftalmolosa cusi cloranfenicol</i>), Clortetraciclina (<i>Colirio Aureomicina, Oftalmolosa cusi aureomicina pomada</i>), Gentamicina (<i>Colircusi Gentamicina</i>) Gentamicina asociada (<i>Pomada oculos epitelizante</i>), Neomicina+Gramicidina+Polimixina (<i>Oftalmowell</i>), Rifamicina (<i>Colirio rifamicina</i>), Tobramicina (<i>Tobrex col y ungüento</i>),	
MEDICAMENTO NO GUIA	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

S01K-Asociaciones de antiinflamatorios y antibióticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Betametasona+Sulfacetamida (<i>Celestone S oftálmico</i>), Gentamicina+Dexametasona (<i>Colircusi GentaDexa</i>), Tobramicina+Dexametasona (<i>Tobradex</i>), Dexametasona + Neomicina + Polimixina B (<i>Maxitrol</i>)	
MEDICAMENTO NO GUIA	SUSTITUIR POR
Neomicina + Polimixina B+ Prednisolona (<i>Poly pred</i>) 1 gota	Tobramicina+Dexametasona (<i>Tobradex</i>) 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)

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)	
EQUIVALENTES TERAPEUTICOS (Medicamentos homólogos)	
Existen en el mercado varias dietas estándar. Se consideran equivalentes terapéuticos y el Servicio de Farmacia suministrará el preparado disponible en cada momento.	
Dieta estándar (dieta normoproteica polimérica)	<i>Isosource standard 500ml frasco, Nutrison estandar 500ml frasco, Ensure HN 500ml frasco, Osmolite HN 500ml frasco</i>
Dieta estándar con fibra (dieta normoproteica polimérica con fibra)	<i>Nutrison fibra 500ml frasco, Ensure fibra 500ml frasco, Isosource fibra 500ml frasco, Jevity 500ml frasco</i>
Dieta estándar hiperproteica (dieta hiperproteica polimérica)	<i>EdanechHN 500ml frasco, Promote 500ml frasco, Isosource Hiperproteico 500ml frasco</i>

Nuevas denominaciones: *Precitene* cambia a *Isosource*, *Pentaset* cambia a *Nutrison*.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 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 Frighetto 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 tépalo. *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 Frenrick 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 Fifth 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--I: 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, Steinhubl 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 Hearth 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 selectionn 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 omlopidine-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, Mohiuddin 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, Mohiuddin 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-Giboney 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 nº4. 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 nº5: Rofecoxib. Hoja de Evaluación de Medicamentos nº5 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 Guía de Intercambio Terapéutico. Hospital General Universitario de Alicante. Servicio de Farmacia. Fecha impresión 13/06/2006.