



COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

**PROGRAMA DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS
EQUIVALENTES (PATE)
Versión 7.1**

Fecha de Aprobación: Diciembre 2004

Comisión: 082004

Fecha de Última Revisión: Noviembre 2021

Comisión: 062021

PROGRAMA DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES

INTRODUCCIÓN

El presente programa de intercambiables terapéuticos está basado en el del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca, realizado por el Servicio de Farmacia y consensuado 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 PATE 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 unidos 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)

GRUPO A. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

A02. Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Almagato	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Algedrato 233 mg comp. Mast	Almagato 1,5 g sobres 1 sobre (Ref. 144)
Algedrato, magnesio trisilicato y carbonato Calcico (<i>Gelodrox</i> ®) 2 comp ó 1 sobre	Almagato 1,5 g sobres 1 sobre (Ref. 144)
Algedrato e hidróxido de Magnesio 1 comp 600/300 mg 5 ml suspensión 600/300 mg/5ml	Almagato 1,5 g sobres 1 sobre (Ref. 144)
Magaldrato 2 sobres 800 mg 1 sobre 2 g gel 2 comp 450 mg	Almagato 1,5 g sobres 1 sobre 1 sobre ½ sobre (Ref. 144)

*Para el tratamiento de la hiperfosfatemia en insuficiencia renal crónica y hemodiálisis se conservará el tratamiento con Algedrato.

A02BA-Antagonistas del receptor H2

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Ranitidina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Famotidina 20mg/12 h 40mg/24h h	Ranitidina oral 150mg/12h 300mg/24h (Ref: 143)

A02BC-Inhibidores de la bomba de protones.

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL					
Omeprazol oral y pantoprazol iv					
	MEDICAMENTO NO GUÍA			SUSTITUIR POR	
	Esomeprazol	Lansoprazol	Pantoprazol	Rabeprazol	Omeprazol
Tratamiento de úlcera duodenal y gástrica		30 mg/24h	40 mg/24h	20 mg/24h	20 mg/24h
Prevención de úlcera por AINE	20 mg/24h	15 mg/24h	20 mg/24h		20 mg/24h
Tratamiento úlcera por AINE		30 mg/24h	20 mg/24h		20 mg/24h
Tratamiento ERGE	40 mg/24h	30 mg/24h	40mg/24h	20 mg/24h	20-40 mg/24h
Mantenimiento ERGE	20 mg/24h	15 mg/24h	20-40 mg/24h	10-20 mg/24h	20 mg/24h
Erradicación de <i>H.pylori</i>	20 mg/12h	30 mg/12h	40 mg/12h	20 mg/12h	20 mg/12h
Síndrome de Zollinger Ellison	80-160 mg/24h	60-180 mg/24h	80-160 mg/24h	60-120 mg/24h	20-120 mg/24h
Prevención de resangrado por úlcera péptica inducida por vía IV	40 mg/24h				

A02BX-Otros fármacos para la úlcera péptica y el reflujo

INCLUIDOS EN GUIA Sucralfato sobres	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Acexamato de Zinc 300 mg/24h (úlceras sépticas inducidas por AINE) 300 mg/8h	Sucralfato 1 sobre/4 veces al día Administrar antes de las principales comidas del día y la 4ª dosis antes de acostarse

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 40 mg/8-12 h	Butilescopolamina 10 mg/3-5 veces días
Mebeverina oral 135 mg/6-8 h	Butilescopolamina 10 mg/3-5 veces días (Ref. 144)
Pinaverio oral 50 mg/8 h	Butilescopolamina 10 mg/3-5 veces días (Ref. 144)

*Considerar el uso de Butilescopolamina parenteral (IM-IV), asociada o no a metamizol. Butilescopolamina presenta una absorción oral muy baja, se sugiere valorar la vía parenteral.

A03FA-Ortopramidas sólas

INCLUIDOS EN GUÍA: Metoclopramida, Domperidona	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Cleboprida oral 0,5mg/8h	Metoclopramida oral 10 mg/8h
Cinitaprida oral 1mg/8h	Metoclopramida oral Domperidona oral 10 mg/8h 10 mg/8h.
Levosulpirida (<i>Levogstrol, Pausedal</i>) 25mg/8h	Metoclopramida oral 10 mg/8h. (Ref. 144)
Cleboprida + Dimeticona 0,5/200 mg caps	Metoclopramida + Dimeticona 10 mg comp + 2 comp mast. 40 mg (Ref. 144)
Cleboprida + Simeticona 0,5/200 mg caps	Metoclopramida + Dimeticona 10 mg comp + 2 comp mast. 40 mg (Ref. 144)
Metoclopramida + Dimeticona 1 comp masticable o 1 caps	Metoclopramida + Dimeticona 10 mg comp + 2 comp mast. 40 mg (Ref. 144)

A04AA: Antieméticos antagonistas de serotonina (5-HT3)

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL Ondansetron , Palonosetron
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)
<p>Ondansetron, Granisetron, Tropisetron se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Palonosetron uso en profilaxis antiemética en tratamientos con moderado y alto potencial emetógeno</p>

A04AA: Otros Antieméticos

INCLUIDO EN GUÍA: Fosaprepitant	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Aprepitant 125 mg/80 mg cápsulas duras	Fosaprepitant 150 mg IV día 1

A05BA Hepatoprotectores

INCLUIDOS EN GUÍA Ninguno	
MEDICAMENTO NO GUÍA	SUSTITUIR POR
Silibilina oral, silimarina	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

A06A. Laxantes

A06AB-Laxantes de contacto

INCLUIDOS EN GUIA: Picosulfato sódico	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Bisacodilo 5-10 mg/24h	Picosulfato sódico 5-10 gotas/24h Dosis máxima 25 gotas durante un período de 6 días
Belladona+Ipecacuana+Nuez vomica+Podofilo 1-2 grageas/24h Cáscara sagrada 1cps/24h Sena, glucósidos 12-36 mg/24h	Picosulfato sódico 5-10 gotas/24h Dosis máxima 25 gotas durante un período de 6 días

A06AC-Laxantes incrementadores del bolo intestinal

INCLUIDOS EN GUIA Ispagula (Plantago ovata)	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Metilcelulosa oral 500mg caps/ 8-24h	Ispagula oral (Plantago ovata) 1 sobre 3,5g/ 8-24h

A06AD –Laxantes osmóticos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL Lactitol; Macrogol 4000; Macrogol 3350+sodio bicarbonato+sodio cloruro+potasio cloruro
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)
Lactitol oral y Lactulosa oral se consideran equivalentes terapéuticos, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología: Lactitol 10g sobre <-> Lactulosa 10g sobre
Macrogol 3350+sodio bicarbonato+sodio cloruro+potasio cloruro es el único laxante con indicación para el tratamiento de impactación fecal

A07AA. Antiinfecciosos intestinales: antibióticos

INCLUIDOS EN GUIA Paromomicina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Rifaximina 200 mg/6h No se recomienda sobrepasar 7 días de tratamiento. Dosis máxima 1200 mg/24h	Paromomicina 4g/24h administrados en 2-4 tomas en encefalopatía hepática

A07XA. Otros antidiarreicos

INCLUIDOS EN GUIA Loperamida	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Racecadotriilo 100 mg capsulas 30 mg sobres (niños)	Loperamida 2 mg capsulas gotas 0,2 mg/ml (niños). Mantener racecadotriilo en lactantes

A10A – Insulinas y Análogos

INCLUIDOS EN GUIA Insulina aspart , Insulina regular, Insulina NPH, Insulina glargina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
<u>-De acción rápida</u> Insulina lispro Insulina glulisina	Insulina aspart (la dosis se adaptará de forma individualizada en función de la respuesta del paciente)
<u>-De acción prolongada</u> Insulina glargina pluma precargada Se mantiene vial por no existencia en vial de biosimilar	Insulina glargina biosimilar pluma precargada (la dosis se adaptará de forma individualizada en función de la respuesta del paciente)

La Insulina glargina (Lantus®) y la Insulina glargina biosimilar (Abasaglar®) NO son intercambiables

INSULINAS	PLUMAS	VIALES	PLUMAS	DURACION	PICO	DURACION
PRANDIAL	ultrarápidas	Fast aspart	Fiasp	Fiasp FlexTouch®	5-10 min	
		Aspart	NovoRapid	NovoRapid Flexpen®		
		Glulisina	Apidra	Apidra Solostar®		
	Lispro	100	Humalog	Humalog KiwikPen® Humalog Junior KiwikPen®		
		200		Humalog KiwikPen 200®	10-15 min	1-2 h 2-4 h
	rápidas	Regular humana	Actrapid	Actrapid Innolet®	30 min	2-4 h 5-8 h

				Humulina Regular				
BASAL	Intermedias	NPH		Insulatard	Insulatard FlexPen®	2 h	4-8 h	
				Humulina NPH	Humulina NPH KiwikPen®			
	Prolongadas	Glar-gina	100		Abasagar KiwikPen®	1-2 h	Sin pico	20-24 h
					Lantus	Lantus Solostar®		1-2 h
			300		Toujeo Solostar®	3-4 h		24-36 h
		Determir			Levemir FlexPen®	1-2 h		12-18 h
		Deglutec			Levemir Innolet®			
			Tresiba FlexTouch 100®					
			Tresiba FlexTouch 200®	1-2 h		24-42 h		
MEZCLAS	Rapida+NPH		Mixtard 30	Mixtard 30 Innolet®	30 min			
			Humulina 30:70	Humulina 30:70 Kiwipen®				
	Aspart+NPA			Novomix 30 Flexpen®		10-15 min		
				Novomix 50 Flexpen®				
Lispro+NPL				Humalog Mix 25 Kiwipen®		doble	12h	
				Humalog Mix 50 Kiwipen®				

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
Glimepirida oral 2 mg/24h 4 mg/24h Dosis máxima: 8 mg una vez al día antes o durante el desayuno. Nota: dosis inicial en ancianos 1 mg una vez al día. Evitar Glimepirida en caso de insuficiencia hepática o renal grave.	Gliclazida oral 30 mg/24h 60 mg/24h Dosis máxima: 120 mg Nota: monitorizar glucemias
Glisentida oral 2,5-5 mg/24h 10 mg/24h Dosis máxima: 20 mg (10mg/12h)	Gliclazida oral 30 mg/24h 60 mg/24h Dosis máxima: 120 mg Nota: monitorizar glucemias

Nota: en ancianos iniciar con 2,5 mg una vez al día en desayuno.

A10BF. Antidiabéticos orales: inhibidores de la alfa-glucosidasa

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL

Acarbosa

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
Miglitol 1 comp 50 mg 1 comp 100 mg	Acarbosa 1 comp 50 mg 1 comp 100 mg Nota: monitorizar glucemias

A10BG. Antidiabéticos orales. Tiazolidindionas

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN GUÍA

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
Pioglitazona 15 mg y 30 mg comp	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias

A10BH. Antidiabéticos orales: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4)

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN GUÍA

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
Sitagliptina 25 mg, 50 mg y 100 mg comp	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias
Vildagliptina 50 mg y 100 mg comp	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias
Linagliptina 5 mg comp	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias
Saxagliptina 2,5 mg y 5 mg comp	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias

A10BX. Otros antidiabéticos, excluyendo insulinas.

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN GUÍA

MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
Nateglinida 1 comp 60 mg 1 comp 120 mg 1 comp 180 mg	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias
Exenatida 5 mcg pluma precargada 10 mcg pluma precargada	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias
Liraglutida 18 mg/3ml pluma precargada	No sustituir. Se recomienda suspender el tratamiento durante el ingreso hospitalario e insulinizar al paciente. Nota: monitorizar glucemias

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)

A12AA SUPLEMENTOS DE CALCIO

MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN GUÍA	
MEDICAMENTO	SUSTITUIR POR
Calcio fosfato (Calcio 20 Emulsión [®] 150 mg/5ml) 15 mL/8h (5mL= 41,6 mg calcio) (Ostram [®]) 3.300 mg sob (1.200 mg calcio)	Calcio carbonato 2 comp (1.000 mg calcio) 2 comp (1.000 mg calcio)
Hidroxiapatita-oseína, complejo (Osteopor [®]) 830 mg comp (178 mg calcio) 2 comp/8h	Calcio carbonato 2 comp (1.000 mg calcio)

GRUPO B. SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

B01AB-Heparina y derivados

INCLUIDOS EN GUIA		
Enoxaparina, Tinzaparina		
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos): Dalteparina, Nadroparina, Bemiparina, Tinzaparina		
INDICACIÓN	MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GFT	SUSTITUIR POR:
Profilaxis bajo riesgo	Dalteparina 2500 UI/24h	Enoxaparina 20 mg/24h
	Nadroparina 2850 UI/24h	
	Bemiparina 2500 UI/24h	
Profilaxis alto riesgo	Dalteparina 5000 UI/24h	Enoxaparina 40 mg/24h
	Nadroparina 3800 UI/24h	
	Bemiparina 3500 UI/24h	
Tratamiento Trombosis Venosa Profunda (TVP)	Dalteparina 100 UI/Kg/12 h ó 200 UI/Kg/24 h	Enoxaparina 1mg/Kg/12h ó 1,5mg/Kg/24h
	Nadroparina 85,5 UI/Kg/12h	
	Bemiparina 115 UI/Kg/24h	
Tratamiento Angina inestable e Infarto de miocardio sin onda Q	Dalteparina 120 UI/Kg/12 h	Enoxaparina 1mg/Kg/12h
	Nadroparina 86 UI/Kg/12h	
	Bemiparina no autorizada para esta indicación	
	Tinzaparina no autorizada para esta indicación	

Enoxaparina de elección en síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) y con elevación del segmento ST (SCACEST)

*Ajustes en INSUFICIENCIA RENAL:

La dosis de Enoxaparina debe ajustarse siempre que CICr < 30 ml/min.

En profilaxis: no sobrepasar 20 mg/24h

En tratamiento: reducir a 1mg/Kg/24h

B01BAC- Inhibidores de la agregación plaquetar.

INCLUIDOS EN GUIA	
Acido Acetil Salicílico, Dipyridamol, Ticlopidina, Clopidogrel, Triflusal	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN GUIA	SUSTITUIR POR:
Cilostazol	Suspender durante el ingreso hospitalario. Se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados

B03AA – Hierro bivalente, preparados orales

INCLUIDOS EN GUIA	
Hierro II, sulfato. Hierro II, ferroglicina sulfato gotas	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Hierro II, sulfato. Comp lib prol 105 mg Fe Elemento/ 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h
Hierro II, gluconato. Comp eferv 80 mg Fe Elemento/ 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h
Hierro II, lactato. Vial bebible 37,5 mg Fe Elemento/ 1-3 viales 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h
Hierro II, ferroglicina sulfato. Caps gastrorr 100mg Fe Elemento/ 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h Ref: 144-145

B03AA – Hierro trivalente, preparados orales

INCLUIDOS EN GUIA	
Ninguno. Cambio de Hierro III a Hierro II	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Hierro III, ferrimanitol ovoalbúmina. Comp y sobres 80 mg Fe Elemento/ 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h
Hierro III, ferrocolinato. Sobre beb 112,6 mg Fe Elemento/ 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h
Hierro III, lactato. Vial bebible 40 mg Fe Elemento/ 1-2 viales 24h	Hierro II, sulfato , Comp lib prol 80 mg Fe Elemento/ 24h Ref: 144-145

B06AD-Fibrinolíticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Alteplasa; Tenecteplasa; 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

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 5-10mg/8h	Isosorbida mononitrato 10 mg oral 10mg/12h Ref: (36).
Molsidamina oral	Mantener mismo tratamiento.

C02CA – ANTIHIPERTENSIVOS: BLOQUEANTES ALFA-ADRENÉRGICOS

INCLUIDOS EN GUIA	
Doxazosina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Terazosina oral (Pautas usuales: Inicial, día 1º a 3º: 1mg/24h; días 4º a 15º : 2 mg/24h; mantenimiento: 5 mg/24h; Dosis máxima: 20 mg/24h) Terazosina 1 mg Terazosina 2 mg Terazosina 5 mg Terazosina 10 mg	Doxazosina oral (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 (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 (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.
Prazosina oral (Pautas usuales: Inicial: 1mg/24h; Mantenimiento: 5 mg/24h; Dosis máxima: 20 mg/24h) Prazosina 1 mg Prazosina 2 mg Prazosina 5 mg	Doxazosina oral (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 GUIA

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 1 comp	Furosemida oral 2 comp de 40mg
Xipamida oral 20mg	Hidroclorotiazida oral 25mg

C04-Vasodilatadores cerebrales y periféricos

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Cinarizina +Mesilato dihidroergocristina oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Citicolina oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Dihidroergotoxina oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Dobesilato oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85;86).
Flunarizina oral	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).
Gynggobiloba oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Hidrosmina	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Naftidrofuril oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-87).
Nicergolina oral	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Pentoxifilina	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:
Vincamina oral	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	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Escina	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).
Ruscus + Hesperidina + Ascórbico	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref:(85-88).

C07AB-Betabloqueantes cardioselectivos solos

INCLUIDOS EN GUIA Atenolol; Bisoprolol; Metoprolol	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Metoprolol comprimidos	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Nebivolol	<p>Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario</p> <p>NOTAS:</p> <p>En un estudio¹⁴⁰ (Cobos LS 2014) se indica que nebulolol 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).</p> <p>En otro trabajo¹⁴¹ (Simova II et al 2009) se indica que nebulolol 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 nebulolol aumenta más la vasodilatación mediada por flujo (FMD).</p> <p>Programas de Intercambio Terapéutico (PIT) tales como el del Hospital Universitario Central de Asturias¹³¹ 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 Valencia¹³⁷ 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.</p> <p>En un ensayo¹⁴² (Czuriga I et al, 2003) multicéntrico, ciego, randomizado, con grupos paralelos de 16 semanas, que comparó nebulolol y bisoprolol en HTA, lo autores concluyeron que 5 mg una vez al día de nebulolol 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.</p>

Ref.: (90-92)

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

INCLUIDOS EN GUIA Amlodipino; Nifedipino; Nimodipino; Nicardipino; Clevidipino	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Barnidipino 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Felodipino 5 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h
Lacidipino 2 mg comp/24h 4 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Lercanidipino 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Manidipino 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Nicardipino 40 mg comp/24h	Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario
Nifedipino 20 mg comp liberación modificada (retard)/12h	Nifedipino 30 mg comp liberación prolongada (oros)/24h
Nisoldipino 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino 5 mg comp/24h 10 mg comp/24h
Nitrendipino 10 mg comp/24h 20 mg comp/24h	Amlodipino 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 180 mg retard/24	Diltiazem 60 mg/8h
Diltiazem 240 mg retard/24h	Diltiazem 120 mg retard/12h

C09AA- Inhibidores del sistema renina-angiotensina

INCLUIDOS EN GUÍA ^{136,137, 139} Captoprilo, Enalaprilo y Ramiprilo	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Benazeprilo oral NOTA: benazeprilo inicialmente 10 mg/día en HTA 5 mg 10 mg 20 mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5 mg 10 mg 20 mg
Cilazapril oral 1-1,25 mg 2,5 mg 5 mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5 mg 10 mg 20 mg
Delapril oral 15 mg 30 mg 60 mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5 mg 10 mg 20 mg
Fosinopril oral 10 mg 20mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 10 mg 20 mg Ref: (73).
Imidapril (Hipertene) 5 mg 10 mg 20 mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5 mg 10 mg 20 mg
Lisinopril oral 5 mg 10 mg 20 mg	Enalaprilo oral Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5 mg 10 mg 20 mg Ref: (74;75).
Perindopril oral 4mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 10mg
Quinapril oral En HTA, entre 10 y 80 mg/24h (repartidos en dos tomas). Dmax: 80 mg 5 mg 20 mg 40 mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 5mg 10 mg 20 mg Ref: (74;75).
Trandolapril oral (<i>Gopten, Odris</i>) 0.5mg 2mg	Enalaprilo oral (Pauta usual: inicial: 5 mg/24h. Pauta de mantenimiento: 10-40 mg/24h. Dmax: 40 mg) 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 400 mg 600 mg 800 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg
Irbesartan 75 mg 150 mg 300 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg
Losartan 25 mg 50 mg 100 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg
Olmesartan 10 mg 20 mg 40 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg
Telmisartan 20 mg 40 mg 80 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg
Valsartan 40 mg 80 mg 160 mg 320 mg	Candesartan 4 mg 8 mg 16 mg 32 mg

Ref: 138.

C10AA-Hipolipemiantes: Estatinas

INCLUIDOS EN GUIA Simvastatina, Atorvastatina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Fluvastatina 20 mg 40 mg Dosis máxima 80 mg/24h	Simvastatina oral 10 mg 20 mg Dosis máxima 40 mg/24h Ref: (60;62-64).
Lovastatina oral 20 mg 40 mg Dosis máxima 40 mg/12h	Simvastatina oral 10 mg 20 mg Dosis máxima 40 mg/24 h Ref: (62-64).
Pravastatina oral 10 mg 20 mg 40 mg Dosis máxima 40 mg/24h	Simvastatina oral 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 5 mg 10 mg 20 mg Dosis máxima: 40 mg/24h (en pacientes con hipercolesterolemia severa)	Atorvastatina 10 mg 20 mg 40 mg Dosis máxima: 80 mg/24h
Pitavastatina 1 mg 2 mg 4 mg Dosis máxima: 4 mg/24h	Atorvastatina 5 mg 10 mg 20 mg Dosis máxima: 80 mg/24h

C10AB - Fibratos

INCLUIDOS EN GUIA Bezafibrato, Gemfibrozilo	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Fenofibrato oral 145 ó 160 mg comp/24h 200 mg caps/24h 250mg lib prolong	Bezafibrato oral 200mg comp/12h 200mg comp/8h 400mg lib prolong Ref: (36).

GRUPO D. DERMATOLÓGICOS

D01A-Antifúngicos para uso tópico

INCLUIDOS EN GUIA	
Clotrimazol, Ketoconazol	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Bifonazol, Eberconazol, Econazol, Fenticonazol, Flutrimazol, Miconazol, Oxiconazol	Clotrimazol ó Ketoconazol

D03AX-Cicatrizantes excluyendo apósitos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Enzimas (<i>Irxol-mono</i>); Centella asiática+Neomicina (<i>Blastoestimulina</i>)
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (medicamentos homólogos)
<i>Parkelase</i> tópico e <i>Irxol-mono</i> tópico y <i>Dertrase</i> tópico se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología. 1 aplicación de <i>Parkelase</i> <-> 1 aplicación de <i>Irxol-mono</i> <-> 1 aplicación de <i>Dertrase</i>
<i>Blastoestimulina</i> tópico y <i>Fitocrem</i> tópico se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES, el Servicio de Farmacia suministrará uno u otro adaptando la posología. 1 aplicación de <i>Blastoestimulina</i> <-> 1 aplicación de <i>Fitocrem</i>

D05AX-Antipsoriásicos

INCLUIDOS EN GUIA	
Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Calcipotriol + Dexametasona 0,005% + 0,05% pomada	Mantener tratamiento durante el ingreso
Calcipotriol 0,005% crema, pomada, solución	Mantener tratamiento durante el ingreso
Tacalcitol 0,0004% pomada	Mantener tratamiento durante el ingreso
Tazaroteno 0,1% pomada	Mantener tratamiento durante el ingreso

D06A1B-Asociaciones de antibióticos tópicos

INCLUIDOS EN GUIA	
Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Oxitetraciclina/Polimixina B tópica	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148

D07AB- Corticosteroides tópicos sólo

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Betametasona 0,05%, Diflucortolona 0,1%	
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% Betametasona dipropion.0.05% Beclometasona dipropion.0.025% Budesonida 0.025% Desoximetasona 0.25% Diflucortolona valerato 0.1% Fluclorolona acetónido 0.2% Fluocinolona acetónido 0.025% Fluocinónido 0.05% Fluocortolona monohidrato 0.2% Metilprednisolona aceponat.0.1% Mometasona furoato 0.1% Prednicarbonato 0.25%

Ref: (94;95).

G02C3 – Otros medicamentos ginecológicos

INCLUIDOS EN GUIA	
Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Bencidamina vag	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148

G04BC-Medicamentos contra cálculos renales

INCLUIDOS EN GUIA	
Citrato potásico	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Citrato potásico oral 1-2 comp	Citratos como alcalinizantes urinarios oral 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	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
Serenoa repens, Sabal serrulata	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.
Urtica dioica, Urtica urens (Arkocapsulas Raíz de Ortiga)	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados.

GRUPO J. ANTIINFECCIOSOS

J01DH-Derivados del carbapenem

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Meropenem	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Imipenem 500 mg/6h 1 g/6h Dmax: 4 g	Meropenem 1 g/8h 2g/8h Dmax: 6g Ajuste IR ClCr = 26-50 ml/min → 1 g/12h ClCr = 10-25 ml/min → 500 mg/12h ClCr < 10 ml/min → 500 mg/24h

J01FA-Macrólidos

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Azitromicina, Eritromicina, Claritromicina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Eritromicina iv 500 mg/6h	Azitromicina iv 500 mg/24 h
Claritromicina iv 500 mg/12h	Azitromicina iv 500 mg/24h
Claritromicina vo 500 mg/12h	Azitromicina vo 500 mg/24h

***Excepciones (no sustituir):**

Claritromicina es de elección en infecciones por *Helicobacter pylori* y en *Micobacterium avium complex*.
Eritromicina preendoscópica como procinético. No evidencia en íleo paralítico

J01MA-Quinolonas

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL	
Norfloxacino, Ciprofloxacino, Levofloxacino	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Moxifloxacino oral 400mg/24h	Levofloxacino oral 500 mg/24h Ajuste IR D inicial: 500 mg/24h, seguidos de: ClCr = 20-50 ml/min → 250 mg/24h ClCr < 20 ml/min → 125 mg/24h

J02AX-Otros antimicóticos para uso sistémico

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL
Anidulafungina (paciente NO neutropénico), Caspofungina (paciente neutropénico) y Mícafungina (PRISMA: Técnica de Hemofiltración)
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES
Anidulafungina ↔ Caspofungina ↔ Mícafungina

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, Pegfilgrastim
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)
Filgrastim G-CSF; Lenograstim G-CSF ; Molgramostim GM-CSF y Pegfilgrastim se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES. Equivalencia posológica: Filgrastim 300 mcg <-> Molgramostim 300 mcg <-> Lenograstim 263 mcg Ref: (67). Pegfilgrastim restringido a pacientes con intolerancia a Filgrastim y pacientes neutropénicos con Leucemia Mieloide Aguda (LMA)

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 GUIA Diclofenaco, Ibuprofeno, Indometacina, Ketorolaco
-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
Aceclofenaco oral 100 mg/12h	Diclofenaco oral 50 mg/8-12h
Diclofenaco retard 75-150 mg/24h	Diclofenac oral 50 mg/8-12h
Flurbiprofeno oral 50 mg/8h 200mg retard/24h	Diclofenaco oral 50 mg/8-12h 50 mg/8-12h
Ketoprofeno oral 50mg/12h 200mg retard/24h	Diclofenaco oral 50 mg/8-12h 50 mg/8-12h
Meloxicam oral 7.5mg/24h	Diclofenaco oral 50 mg/8-12h Ref: (106;107;115;116).
Nabumetona oral 500mg-1000mg/24h	Diclofenaco oral 50 mg/8-12h Ref: (107;117)

M02A1-Antiinflamatorios tópicos sin corticoides

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Diclofenaco tópico	Suspender tratamiento. Se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148

M03BX-Otros miorrelajantes de acción central

INCLUIDOS EN GUIA Vía oral: Baclofeno, Diazepan	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Tizanidina oral	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	Levobupivacaina

N02AB-Opioides derivados de la fenilpiperidina

INCLUIDOS EN GUIA Fentanilo comp bucales	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Fentanilo comp sublinguales	Fentanilo comp bucales (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 Ninguno	
Agonistas serotoninérgicos	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Almotriptan, Eletriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Sumatriptan, Zolmitriptan, Dihidroergotamina, Ergotamina+cafeína	Mantener mismo tratamiento.
Rizatriptan oral 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, Levetiracetam, Valproico	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Etosuximida oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Tiagabina oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Topiramato oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

N04BC- Dopaminérgicos: agonistas dopaminérgicos.

INCLUIDOS EN GUIA Biperideno, Bromocriptina, Levodopa+Benserazida, Levodopa+Carbidopa, Selegilina	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Ropinirol oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Entacapone oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Pramipexol oral	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario
Rotigotina	Mantener tratamiento durante ingreso hospitalario

N05AA-Neurolépticos

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

N05BA-Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos

INCLUIDOS EN GUIA	
Vía oral: Alprazolam, Bromazepam, Clometiazol, Clorazepato, Diazepam, Flurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Zolpidem, Vía parenteral: Clorazepato, Diazepam, Midazolam	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Ketazolam oral 15mg 30 mg 45mg	Diazepam oral 2,5mg 5mg 7.5mg Ref:(123).
Zopiclona oral 7,5mg	Zolpidem oral 10mg <u>Excepción:</u> Debido a su sabor amargo, Zolpidem puede estar indicado en ciertos pacientes de la unidad de desintoxicación. Ref:(123).
Brotizolam oral 0.25mg	Lormetazepam oral 1 mg
Loprazolam oral 1 mg	Lormetazepam oral 1 mg
Triazolam oral 0.125 mg	Lormetazepam oral 1 mg
Clorazepato dipotásico+Gabob+Piridoxina oral	Clorazepato dipotásico oral 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, Clorazepato dipotásico o Midazolam

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	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Fluvoxamina oral	Mantener mismo tratamiento durante ingreso hospitalario
Nefazodona oral	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	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	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.
Galantamina	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.
Memantina	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.
Rivastigmina oral	Mantener mismo tratamiento durante el ingreso hospitalario.

N07AB-Deshabitantes del alcohol

INCLUIDOS EN GUIA Acamprosato, Carbimida, Disulfiram

N07CA-Medicamentos contra alteraciones del laberinto

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Betahistina oral	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	Mantener tratamiento durante el ingreso hospitalario. Tratamiento de la enfermedad de Menière. Ref: (18)
Flunarizina oral	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 GUIA Ninguno
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)
Fluticasona nasal y Budesonida nasal 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 GUIA Ipratropio, Salbutamol, Salmeterol + Fluticasona, Terbutalina, Budesonida+Formoterol, Vilanterol+Fluticasona, Aclidinio+Formoterol
--

INCLUIDOS EN GUIA Ipratropio, Salbutamol, Salmeterol + Fluticasona, Terbutalina, Budesonida+Formoterol, Vilanterol+Fluticasona, Aclidinio+Formoterol	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Salmeterol/Fluticasona 50/250 mcg inh Salmeterol/Fluticasona 50/500 mcg inh (Disponilbe Salmeterol/Fluticasona 25/250 mcg inh)	Fluticasona/Vilanterol 92/22 mcg inh Fluticasona/Vilanterol 184/22 mcg inh

R03BA-Corticoides por inhalación

DISPONIBLE ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL Budesonida inhalada
ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES (Medicamentos homólogos)
Beclometasona inhalada y Budesonida inhalada 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

R05C2-Mucolíticos y expectorantes solos o en asociaciones no antibióticas

INCLUIDOS EN GUIA Ninguno	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Acetilcisteína	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148
Ambroxol	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148
Carbocisteína	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148
Mesna	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados. Ref: 148

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, Ebastina, Fexofenadina, Loratidina y Mizolastina se consideran ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES en adultos. En niños se considera de elección 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 10mg/24h	Loratadina oral 10mg/24h
Terfenadina oral 60mg/12h 120mg/24h	Loratadina oral 10mg/24h 10mg/24h
Ciproheptadina	Suspender tratamiento, se considera sin utilidad terapéutica en pacientes ingresados

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

Gentamicina
1 gota

Tobramicina
1 gota

Trimetoprim+Polimixina B
1 gota

Neomicina+Gramicidina+Polimixina B
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
1 gota

Tobramicina+Dexametasona
1 gota

Neomicina + Fluorometolona

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	
Tetracaína+Oxibuprocaina (<i>Colircursi anestésico doble</i>), Fluoresceína en asociación (<i>Colircursi Fluotest</i>), Tetracaína+Nafazolina (<i>Colircursi anestésico</i>)	
MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	SUSTITUIR POR
Oxibuprocaina 1 gota	Tetracina+Oxibuprocana 1 gota

S01XA-Colirios humectantes y lubricantes oculares

INCLUIDOS EN GUIA	
Dextrano 70+hipromelosa (<i>Tears humectante</i>)	
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

DIETAS POLIMÉRICAS ESTÁNDARES

CAL	NORMOCALÓRICA					HIPERCALÓRICA				
	DISPONIBLES EN EL HOSPITAL	P/HC/LIP	OSM	Kcal/ml	Equivalentes		P/HC/LIP	OSM	Kcal/ml	Equivalentes
PROT										
	<i>Sin fibra</i> FRESUBIN® ORIGINAL (vainilla)	15/55/30	330	1	· Ensure® HN · Isosource® Standar · Nutrison® Soya (alergia a prot. leche) · Sondalis® Standar · Nutavant® Standar · Edanec®	<i>Sin fibra</i> FRESUBIN® ENERGY (neutro)	15/50/35*	330	1,5	· Ensure® Plus HN · Isosource® Energy · Nutrison® Energy* · Sondalis® 1.5 · Fortisip®
	<i>Con fibra</i> FRESUBIN® ORIGINAL FIBRE (vainilla) T- DIET® STANDAR (vainilla)	15/55/30* 16/49/35*	250 333	1 1	· Isosource® fibra · Sondalis® fibra · Nutrison® Multifibre · Dietgrif® Standar · Jevity®	<i>Con fibra</i> NUTRISON® ENERGY MultiFibre (neutro)	16/48/34*	390	1,53	· Jevity® Hical · Nutavant® fibra · Vegenat-med® NP

DIETAS ESPECÍFICAS

PATOLOGÍA	P/HC/LIP	OSM	Kcal/ml	Equivalencias
<i>Insuficiencia Respiratoria</i> OXEPA®	17/28/56*	384	1,52	· Pulmocare
<i>Diabetes/Hiper glucemia</i> DIBEN® ESTÁNDAR^F (vainilla) <i>Suplemento diabetes/hiperglucemia</i> DIBEN® DRINK^F (vainilla)	18/40/41* 20/38/42*	345 350	1 1,5	· Glucerna select · Novasource diabet · Nutrison advance · Diason · Diasip
<i>Patología intestinal /diarrea</i> DIENAT® G^F (neutro)	16/46/35*	360	1	· Novasource GI control
<i>Oligomérica (Malabsorcion / maladigestión)</i> Nutrison® Advance PEPTISORB (neutro) SURVIMED® (vainilla)	16/69/15 19/56/25	455 410	1 1	· Dietgrif polipeptídico · Peptamen
<i>Inmunoestimuladora (estrés metabólico/sepsis)</i> ATEMPERO®^F (vainilla)	23/35/39*	366	1,25	· Impact · Prosure · Perative RTH
<i>Insuficiencia Hepática</i> HEPATICAL® (lima-limón)	14/69/17	870	1,3	· Hepatonutril

<i>Sin fibra</i> FRESUBIN® HP ENERGY (vainilla) <i>Suplemento</i> FRESUBIN® PROTEIN ENERGY DRINK (vainilla, fresa, chocolate ^F) FRESUBIN® 2 kcal DRINK (vainilla)	20/45/35 27/33/40 20/45/35	360 380 590	1,5 1,5 2	· Isosource® protein · Sondalis® HP · Nutrison® Protein plus MF · Clinutren® HP/HC · Fortimel® Extra · Ensure® plus · Resource® 2.0 · Fortimel® Compact ^F
<i>Con fibra</i> T-DIET® HP^F (vainilla)	20/45/35*	424	1,25	· Isosource® protein fibra · Jevity® plus

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 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 témpano. *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 Rabepazole 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 Loch 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 Hearh 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-Coenzym 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. Glycosilated 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, Mancía 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-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 Gotsche 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). *INFAIC 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 Específicas 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/#:ipo=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.
- 143 Chase SL, Petereson AM, Wordell CJ. Therapeutic-interchange program for oral histamine H2-receptor antagonists. *Am J Health Syst Pharm*. 1998; 55(13): 1382-1386
- 144 Programa de Equivalentes Terapéuticos. Complejo Hospitalario Universitario Granada. 2ª edición. 2015
- 145 Programa de Intercambio Terapéutico. Hospital Universitario Central de Asturias. 2009
- 146 Ficha técnica meropenem
- 147 Ficha técnica levofloxacin
- 148 Utilidad terapéutica de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. 2001