

GUIA FARMACOTERAPÈUTICA



GUIA FARMACOTERAPÈUTICA

CONTINGUTS

01	PROCEDIMENT NORMALITZAT DE TREBALL DE LA COMISSIÓ FARMACOTERAPÈUTICA	5
02	GRUPS TERAPÈUTICS (CLASSIFICACIÓ ATC)	23
03	GUIA DE MEDICAMENTS	27
04	GUIA DE DIETES DE NUTRICIÓ ENTERAL I PARENTERAL	67
05	GUIES CLÍNiques	
	GUIA DE FEE	69
	GUIA DE FEC-G	81
	GUIA DE LA INFECCIÓ FÚNGICA	89
06	INDICACIONS APROVADES PER L'AEM I FDA DELS AGENTS CITOSTÀTICS	101
07	PROGRAMA D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS A MEDICAMENTS	121
08	TAULA D'ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS PER VIA PARENTERAL	
09	LOCALITZACIONS I HORARIS DELS SERVEIS DE FARMÀCIA	141
10	NOTES	143

01

**PROCEDIMENT
NORMALITZAT
DE TREBALL DE
LA COMISSIÓ
FARMACOTERAPÈUTICA****Febrer 2003**

(Consultable a:

<http://www.iconcologia.net/comissio+farmacoterapeutica/index.htm>)**1_INTRODUCCIÓ**

Actualment, els medicaments tenen un paper fonamental en l'assistència sanitària, especialment en el camp de l'oncologia. La provisió d'assistència de qualitat als malalts oncològics i la presa de decisions avui estan sotmeses a una sèrie de factors, com el desenvolupament recent de fàrmacs nous i dianes terapèutiques noves, l'increment en la utilització de fàrmacs, la bibliografia contradictòria en els resultats, l'increment de la factura per medicaments i l'increment de les expectatives dels malalts (1, 2). Per aquesta raó, la selecció de medicaments com a pas previ al desenvolupament de protocols i guies clíniques s'ha de dur a terme amb una metodologia estandarditzada (3).

La Comissió Farmacoterapèutica de l'Hospital és un òrgan tècnic d'assessorament, consulta, coordinació

i informació relacionada amb els medicaments. Segons l'OMS, la selecció de medicaments és un "procés continu, multidisciplinari i participatiu que s'ha de desenvolupar basant-se en l'eficàcia, la seguretat, la qualitat i el cost dels medicaments per assegurar l'ús racional dels medicaments" (4).

La selecció de medicaments és necessària tant per la necessitat imperativa d'assegurar l'accés dels malalts al medicament en condicions adients de qualitat i seguretat com per l'objectiu de posar en marxa una estratègia global d'utilització de medicaments a la institució.

Els atributs fonamentals del procés de selecció de medicaments han de ser (5):

- Rellevància. L'impacte de la política de selecció de medicaments presenta una rellevància social significativa des del punt de vista de l'eficiència del sistema sanitari.
- Participació. La selecció s'ha de considerar un procés multidisciplinari.
- Transparència. És fonamental que tots els processos implicats en la selecció de medicaments presentin una transparència total. L'impacte de les decisions obliga a aquesta reflexió ètica.

2_OBJECTIUS

La Comissió Farmacoterapèutica (CFT) és un òrgan tècnic de l'equip assistencial de l'Hospital, i assessora de la Direcció de l'ICO en tots els aspectes relacionats amb la utilització de medicaments. El seu objectiu és vetllar per una utilització racional i cost-effective dels medicaments.

OBJECTIUS DESGLOSSATS

- Seleccionar medicaments per ser utilitzats a l'Institut Català d'Oncologia partint de criteris documentats d'eficàcia, seguretat, qualitat i eficiència.

- Impulsar l'ús racional dels medicaments, amb l'establiment de programes que contribueixin a utilitzar-los d'una manera més segura i efectiva a l'Hospital, mitjançant:
 - 1 L'anàlisi de la informació relativa a l'ús dels medicaments, tant des del punt de vista clínic com econòmic i propostes de millora.
 - 2 L'impuls i la col·laboració en el desenvolupament de protocols i de guies clíniques a la institució.
 - 3 El desenvolupament d'activitats docents i de sistemes d'informació destinats a impulsar una utilització millor dels medicaments.
 - 4 La interrelació amb les altres comissions de l'ICO que puguin contribuir a promoure l'ús racional de medicaments.
- Monitoritzar i avaluar reaccions adverses a medicaments i fer les recomanacions adequades.
- Informar i assessorar la Direcció de tots els aspectes que afectin la utilització de medicaments.

3_PROCEDIMENTS

3.1_SELECCIÓ DE MEDICAMENTS

3.1.1_SOL·LICITUD DE MODIFICACIÓ DE LA GUIA FARMACOTERAPÈUTICA (GFT)

La sol·licitud d'inclusió d'un medicament es du a terme utilitzant l'imprès normalitzat, que està disponible als serveis de farmàcia i a la Intranet, i s'ha d'adreçar al secretari de la CFT.

La sol·licitud la pot formalitzar qualsevol facultatiu dels centres ICO, en la qual també es requereix la signatura del cap de servei corresponent. A la sol·licitud cal indicar:

- Indicació per la qual se sol·licita/indicació aprovada a Espanya/EMEA/FDA.
- Dosificació, posologia i durada del tractament.
- Estimació del nombre de pacients candidats a tots els centres ICO.

- Proposta de protocol o guia clínica que s'inclouria.
- Assaigs clínics al centre amb aquest fàrmac (si s'escau).
- Resum de l'evidència.
- Bibliografia rellevant.

3.1.2 PROCÉS DE SELECCIÓ I CRITERIS D'AVALUACIÓ

La selecció de medicaments que s'han d'incloure a la GFT es basa en l'avaluació de l'evidència científica. Els criteris fonamentals en què es basen les decisions de la CFT són l'eficàcia, la seguretat i el cost.

AVALUACIÓ D'EFICÀCIA

L'avaluació de l'eficàcia es fa partint de l'evidència científica. La metodologia es basa en la revisió sistemàtica dels resultats publicats a la bibliografia científica.

FASES

1. Definició del benefici clínic.

La demostració d'eficàcia d'un nou fàrmac o d'una nova indicació requereix la demostració del benefici clínic en un grup de malalts definits. El terme benefici clínic en la teràpia oncològica es pot definir segons si els objectius avaluats són clínics o biològics (6).

- Clínics.

Supervivència. La millora en la supervivència es considera l'estàndard d'or per a l'aprovació de fàrmacs en oncologia, encara que la millora en supervivència lliure de malaltia també pot ser acceptada quan la teràpia proposada és teràpia adjuvant. La supervivència proporciona una avaluació clara del risc/benefici.

Temps a la progressió. Es considera una mesura acceptable per als assaigs clínics (AC) de fàrmacs en oncologia, no té efecte creuat amb teràpies de segona línia, però requereix un alt grau de precisió en la seva definició per la possibilitat de biaix en AC

no cecs. No hi ha consens sobre quin temps representa un benefici clínic en oncologia.

Resposta. Encara que la resposta tumoral es considera un indicador d'activitat antitumoral, és un indicador secundari de benefici clínic. Per a malalties greus i que posen en perill la vida del malalt i per a les quals no hi ha teràpies efectives, com és l'oncologia, els fàrmacs poden ser aprovats a partir d'aquest paràmetre secundari. Però, per exemple, als Estats Units, la FDA exigeix als promotors estudis amb paràmetres més purs i fins i tot es poden retirar si l'assaig dona dades contradictòries.

Qualitat de vida. És un paràmetre interessant perquè dona informació del benefici clínic des de la perspectiva del malalt, però és molt complexa per la dificultat d'eliminar la subjectivitat. Per aquesta raó es requereixen AC doble-cec. És un paràmetre complementari.

- **Marcadors i paràmetres biològics.**
Són paràmetres secundaris que poden ser complementaris als indicadors clínics, però mai no els substitueixen.

La classificació del benefici clínic proposat pel Cancer Care Ontario i la Universitat de Toronto per a fàrmacs en oncologia és (1,3):

- 1 Millora de la supervivència.
- 2 Disminució/prevenició dels símptomes/compliacions de la malaltia.
- 3 Millora de la qualitat de vida.
- 4 Reducció de la toxicitat simptomàtica comparada amb la teràpia estàndard.
- 5 Millora de la supervivència lliure de malaltia
- 6 Resposta tumoral.

Els indicadors de benefici clínic a l'hora d'avaluar medicaments en oncologia han de ser, primàriament, supervivència global i supervivència lliure de malaltia i, secundàriament, indicadors secundaris, incloent-hi resposta tumoral i qualitat de vida.

2. Recerca de l'evidència.

S'utilitzen les principals fonts d'evidència científica. Les fonts més importants són els resultats d'assaigs

clínic (AC) i de recomanacions de grups d'experts. La classificació de l'evidència científica proposada pel Cancer Care Ontario i la Universitat de Toronto és (1,3):

- 1 Metaanàlisi o múltiples assaigs clínics.
- 2 Un únic assaig clínic randomitzat de dimensió raonable.
- 3 Assaig clínic randomitzat de dimensió petita.
- 4 Assaig fase II.

La classificació de l'evidència científica proposada per la US Agency for Health Care Policy és (7, 8):

- 1 Metaanàlisi d'AC controlats i randomitzats.
- 2 Com a mínim un AC controlat i randomitzat.
- 3 Com a mínim un AC controlat però no randomitzat.
- 4 Com a mínim un estudi quasiexperimental.
- 5 Estudis descriptius.
- 6 Grups d'experts, revisions, experiència clínica.

Es consulten els informes de les agències d'avaluació de medicaments:

- Agència Europea d'Avaluació EMEA (www.emea.eu).
- Agència Espanyola del Medicament (www.msc.es/agemed).
- Food and Drug Administration FDA (www.fda.gov).

3. Definició de l'escenari.

L'anàlisi de decisió pot variar segons el tipus d'escenari que ens trobem:

- Fàrmac sense alternativa actualment.
- Fàrmac amb alternativa ja existent a la GFT però que no és del mateix grup terapèutic (sense efecte de classe).
- Fàrmac amb alternativa ja existent a la GFT i que és del mateix grup terapèutic (amb efecte de classe).

En l'últim cas, fàrmacs amb efecte de classe (9), l'avaluació es pot dur a terme mitjançant tècniques d'anàlisi de decisió multiatribut, com el denominat SOJA (System of Objectified Judgement Analysis) (10, 11). Aquesta metodologia es basa en la definició de criteris de selecció per a un grup de fàrmacs elaborada per un grup d'experts de manera prospectiva i consensuada. Per evitar la variabilitat s'utilitza el

mètode Delphi per seleccionar els criteris i el pes assignat a cadascun.

4. Anàlisi de l'evidència.

L'avaluació de la bibliografia científica es fa utilitzant metodologia estandarditzada com la descrita:

- Llista-guia CONSORT (12, 13).

Es tabulen els AC comparatius del fàrmac avaluat respecte al fàrmac o a la tècnica de referència.

Es calcula l'NNT (nombre necessari de pacients que s'han de tractar per aconseguir una unitat d'eficàcia). Si en l'AC es defineixen diferents subgrups de malalts amb una relació d'eficàcia diferent, i això és important per estratificar i establir un protocol d'indicació del fàrmac, es calcula l'NNT per cada subgrup (14, 15).

5. Graduació de l'evidència.

Les categories d'evidència definida per fàrmacs en oncologia per al grup de Foy i col·l. (2) són:

Categoria I Major efectivitat clínica demostrada enfront de tractaments estàndards.

Categoria II Resultats prometedors d'acord amb paràmetres secundaris de benefici clínic, però es requereixen més estudis.

Categoria III Les dades actuals no mostren benefici sobre el tractament estàndard.

AVALUACIÓ DE SEGURETAT

S'ha de tenir en compte la informació generada tant pels assaigs clínics com pels estudis observacionals ben dissenyats.

S'han de descriure els efectes adversos més significatius (per freqüència o gravetat) i la seva incidència (en %). S'han d'indicar les precaucions d'utilització en situacions especials (insuficiència renal, hepàtica, etc.).

A igual eficàcia, s'ha de seleccionar el medicament més segur i, en cas de no disposar d'informació exhaustiva sobre seguretat, s'ha de triar l'opció amb la qual hi hagi més experiència clínica.

Respecte als fàrmacs en oncologia, la seguretat habitualment implica una avaluació del risc/benefici; l'acceptació d'aquesta ràtio pot variar segons la malaltia, el grup de malalts o l'estadificació de la malaltia (6). L'anàlisi de la toxicitat ha de tenir en compte tant la toxicitat aguda com la crònica.

AVALUACIÓ ECONÒMICA

En l'avaluació econòmica cal definir (16):

- Les alternatives comparades.
- La perspectiva de l'anàlisi.
- El resultat mesurat.

S'ha d'avaluar el cost directe del tractament, que inclou, a més del preu de compra (PVL), el cost de gestió, d'emmagatzematge, de control i de dispensació, el cost d'administració, de monitorització i el derivat de la possible iatrogènia. Si és possible s'han d'avaluar els costos indirectes i intangibles.

L'anàlisi ha d'incloure:

- Cost del tractament/dia i cost del tractament complet. Comparació amb la teràpia de referència a dosis usuales i la durada que indica el sol·licitant. Si la utilització del fàrmac comporta un ús de recursos no farmacològics importants, s'ha de valorar.
- Cost/eficàcia. S'ha de valorar sobre la base de l'NNT, valorant el cost d'un tractament complet pel nombre de malalts necessari per produir una unitat d'eficàcia. S'ha d'indicar si hi ha impacte en la utilització d'altres recursos.
- Estimació del nombre de malalts/any.
- Estimació de l'impacte econòmic global a la institució.
- Estimació de l'impacte econòmic global sobre la prescripció d'atenció primària.

S'han d'estudiar, sempre que estiguin disponibles, els resultats de recerca farmacoeconòmica ben dissenyada. Si és així, s'han de comparar amb taules de contingència d'estudis farmacoeconòmics (en cost per any de vida guanyada).

3.1.3 _INFORME TÈCNIC D'AVALUACIÓ

L'estructura bàsica de l'informe tècnic d'avaluació és:

- Identificació del fàrmac i autors de l'informe.
- Sol·licitud d'indicacions i serveis.
- Descripció farmacològica:
 - Indicacions aprovades a Espanya/EMEA/FDA.
 - Mecanisme d'acció.
 - Posologia.
 - Farmacocinètica.
 - Efectes adversos.
 - Interaccions.
 - Contraindicacions.
 - Administració.
- Avaluació d'eficàcia.
- Avaluació de toxicitat.
- Avaluació econòmica:
 - Cost del tractament comparat.
 - Cost-eficàcia.
 - Estimació del nombre de malalts/any.
 - Estimació de l'impacte econòmic global per l'ICO.
- Conclusions:
 - Discussió.
 - Condicions d'ús a l'ICO.
- Bibliografia.

L'informe tècnic d'avaluació s'ha d'enviar als membres permanents i als consultors entre 15 i 7 dies abans de la reunió de la CFT juntament amb:

- Bibliografia rellevant (assaigs pivotals i comparatius).
- Còpia de la sol·licitud.

3.1.4 _DECISIONS DE LA CFT

A la reunió de valoració de modificacions de la GF han de ser-hi presents la meitat més un dels membres de la CFT.

Si la CFT ho considera necessari pot ser present el facultatiu que ha cursat la sol·licitud per exposar-ne més detalladament els motius, però el facultatiu no ha de ser present a la votació.

La decisió de la Comissió ha de rebre el suport de la majoria dels membres de la Comissió.

La decisió de la CFT ha d'indicar:

A_Tipus d'inclusió.

- 1 Inclusió sense restriccions. Disponible per a totes les especialitats mèdiques.
- 2 Inclusió restringida. Disponible per a algunes especialitats, patologies o condicions especials (IR).
- 3 Inclusió temporal. Un metge o servei mèdic conjuntament amb el servei de farmàcia es compromet a fer un informe al final del període establert que ha de ser avaluat novament per la CFT (IT).
- 4 No inclusió.
- 5 S'ajorna la decisió per manca d'informació en alguna àrea.

B_Recomanacions que afavoreixin l'ús adequat.

- Inclusió en protocol terapèutic o guia clínica.
- Seguiment o control d'ús.

C_Especificar si la inclusió del fàrmac comporta la retirada d'un altre fàrmac.

La CFT ha de comunicar la decisió final de la CFT al facultatiu sol·licitant. En el cas que la sol·licitud hagi estat denegada, se'n detallaran els motius.

El Servei de Farmàcia i la CFT publiquen periòdicament les modificacions de la GF mitjançant la pàgina web de l'ICO amb un butlletí virtual.

3.2_AVALUACIÓ DE L'ÚS DE MEDICAMENTS

L'avaluació de l'ús de medicaments és un procés sistemàtic, continu, planificat i basat en criteris, dissenyat per assegurar l'ús adequat, segur i efectiu dels medicaments.

Aquest procés té els elements bàsics següents:

- 1 L'ús de criteris objectius i mesurables (estàndards) per descriure l'ús apropiat dels medicaments.
- 2 El seguiment sistemàtic, continu, planificat i l'anàlisi de l'ús real dels medicaments, per tal d'identificar problemes reals o potencials.

Procediment.

Les raons que poden determinar l'avaluació de la utilització d'un determinat medicament o grup de medicaments poden ser:

- 1 Incidència d'efectes adversos importants.
- 2 Utilització en grups de pacients amb risc elevat de iatrogènia.
- 3 Cost elevat.
- 4 Inclusió recent a la GFT de l'hospital amb evidència grau II o amb tipus d'inclusió restringida o temporal.

Un cop seleccionat el fàrmac o el grup de fàrmacs que ha d'avaluar, la CFT ha de designar els membres que es responsabilitzaran de dur-ho a terme.

Aquest grup ha d'estar format per clínics del servei o serveis implicats en la utilització del fàrmac que cal avaluar i els serveis de farmàcia i s'han d'establir els criteris d'utilització del fàrmac i la metodologia de recollida de dades i del període de l'estudi. Sempre és preferible la metodologia prospectiva a la retrospectiva.

Un cop elaborat l'estudi d'avaluació, s'han de comunicar els resultats a la CFT.

3.3_PREVENCIÓ I DETECCIÓ DE REACCIONS ADVERSES A MEDICAMENTS

La prevenció i la detecció de reaccions adverses a medicaments (RAM) és una de les tasques per aconseguir una utilització segura dels medicaments.

Els serveis de farmàcia d'hospital tenen establert un conveni amb el Ministeri de Sanitat i Consum per aprofitar-ne l'estructura i fomentar el desenvolupament d'equips pluridisciplinaris de farmacovigilància.

Procediment.

- 1 Totes les unitats d'hospitalització han de disposar d'impresos per comunicar la sospita de RAM.
- 2 Qualsevol membre de l'equip assistencial (metges, infermers i farmacèutics) davant la sospita d'una RAM ha d'omplir el formulari, que serveix solament com a senyal d'alerta.
- 3 Els serveis de farmàcia han de recollir periòdicament els formularis, han de cercar informació clínica i bibliogràfica respecte a la sospita de RAM i han de contactar amb el metge responsable del pacient i posteriorment emplenar el formulari oficial de notificació (targeta groga). Cal enviar aquesta targeta al Centre Autonòmic de Farmacovigilància.
- 4 Les notificacions més greus i més freqüents s'han de comunicar a la CFT periòdicament.
- 5 Els serveis de farmàcia han de mantenir un registre complet de les notificacions enviades al centre autonòmic de farmacovigilància.
- 6 A la pagina web de l'ICO s'ha d'informar periòdicament sobre les RAM més importants detectades, i de les que apareixen a la bibliografia científica.

4_COMPOSICIÓ

La CFT disposa d'un grup de membres permanents i d'un grup de membres consultors.

Els membres permanents han de ser convocats a totes les reunions de la CFT. Els membres consultors han de ser convocats sempre que es requereixi.

Membres permanents.

La CFT ha d'estar constituïda per un mínim de 10 membres permanents.

És membre permanent el director de l'ICO i els facultatius dels serveis de cada centre de l'ICO següents:

- Oncologia mèdica.
- Hematologia clínica.
- Farmàcia.

També és membre permanent un metge d'un dels centres de l'ICO dels serveis de radioteràpia oncològica i de cures pal·liatives.

Membres consultors.

Són membres consultors els directors d'atenció oncològica i els directors d'infermeria dels centres de l'ICO.

També són membres consultors un metge dels serveis de radioteràpia oncològica i cures pal·liatives dels diferents centres de l'ICO. La rotació de membres permanents i consultors dels diferents serveis de radioteràpia oncològica i cures pal·liatives es fa cada 2 anys.

Nomenament.

Els membres de la CFT han de ser nomenats pel director de l'ICO d'acord amb els directors de servei respectius.

Renovació.

La composició de la CFT ha de ser revisada cada 2 anys i els membres poden ser renovats o ratificats.

Substitució.

Es produeix, a proposta del president, quan es doni alguna de les circumstàncies següents:

Sol·licitud de cessament, deixar de pertànyer a la plantilla del centre o absència injustificada a la meitat de les reunions anuals.

Presidència i secretaria.

El president de la Comissió és el director de l'ICO, el vicepresident, el director del Servei d'Oncologia Mèdica de l'ICO-Duran i Reynals, i el secretari, el director del Servei de Farmàcia de l'ICO-Duran i Reynals.

5_ORGANITZACIÓ

- La Comissió s'ha de reunir un mínim de 4 cops l'any. S'ha d'elaborar un calendari anual i, si cal, es poden convocar reunions extraordinàries.
- Els membres permanents són convocats a totes les reunions de la CFT. Els membres consultors són convocats sempre que es tractin temes relacionats amb la seva activitat.
- Els membres consultors han de rebre l'ordre del dia de les reunions de la CFT i la relació de membres convocats. Si algun membre de la CFT no convocat té interès a assistir a la reunió, ho ha de comunicar en un termini d'una setmana al president de la CFT, perquè li enviïn la documentació corresponent.
- La Comissió pot convidar a les seves reunions persones de dintre o de fora de l'Hospital que puguin aportar coneixements o opinions rellevants en relació amb els temes que s'han de tractar.
- Des de la Secretaria de la Comissió es prepara l'ordre del dia de les reunions i s'envia la documentació als membres amb una antelació mínima de 15 a 7 dies.
- Les actes de les reunions de la CFT són també elaborades per la Secretaria i queden arxivades al Servei de Farmàcia de l'ICO Duran i Reynals. Hi tenen accés tots els facultatius de l'ICO. En el termini d'una setmana, des que ha tingut lloc la reunió de la CFT, l'acta ha de ser enviada als membres per via electrònica. La documentació de la reunió següent on se signarà s'ha d'acompanyar amb una còpia en paper.
- Les decisions adoptades han de ser comunicades regularment als professionals sanitaris del centre.

6_CONFIDENCIALITAT

Els membres de la CFT i els altres professionals que hi col·laborin han de respectar el principi de confidencialitat sobre allò de què es tracti a les reunions. Per facilitar la transparència dels procediments envers els facultatius de l'ICO, la indústria farmacèutica i els malalts, cal utilitzar la pàgina web de la institució com a mitjà de comunicació. D'aquesta manera es publiquen en aquest web els informes d'avaluació, les decisions i qualsevol altra informació que sigui d'interès.

7_DECLARACIÓ DE CONFLICTES D'INTERÈS

Per facilitar la transparència de la CFT, els seus membres han de declarar els seus conflictes d'interès a la Secretaria de la CFT.

8_INDICADORS DE QUALITAT

Els indicadors de qualitat de la CFT han de ser per a cada procediment de la CFT:

Selecció de medicaments.

- Nombre de convocatòries anuals no inferior a quatre.
- Definició i aplicació de metodologia estandarditzada.
- Informe tècnic i informació complementària enviada als membres amb una setmana d'antelació a la realització de la CFT.
- Aprovació de les actes després de cada reunió.
- Difusió de les decisions de la CFT.
- Actualitzacions de la GFT dutes a terme.

Avaluació de l'ús de medicaments.

- Avaluacions de la utilització de medicaments realitzades en un any.

Prevenió i detecció de RAM.

- Reaccions adverses comunicades.

9_BIBLIOGRAFIA

- 1 www.cancercare.on.ca/treatment.
Evans WK, Pater J, Nefsky M, Browman G, Cowan D, Fiennes-Clinton R. "A funding program for new anti-cancer and supportive care drugs based on quality of evidence and relevance of outcomes".
- 2 Foy R, So J, Rous E, Scarffe JH. "Perspectives of commissioners and cancer specialists in prioritising new cancer drugs: impact of the evidence threshold". *BMJ* 1999; 318: 456-459.
- 3 Martin DK, Pater JL, Singer PA. "Priority-setting decisions for new cancer drugs: a qualitative case study". *Lancet* 2001; 358: 1676-1681.
- 4 Organización Mundial de la Salud. "Guía de la Buena Prescripción". Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. 1994.
- 5 Ordovás JP, Climente M, Poveda JL. "Selección de medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. En Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Farmacia Hospitalaria". Barcelona: Doyma. 2002: 63-79.
- 6 Schilsky RL. "End points in cancer clinical trials and the drug approval process". *Clinical Cancer Research* 2002; 8: 935-938.
- 7 Eccles M, Freemantle N, Mason J. "North of England evidence based guidelines development project. Methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care". *BMJ* 1998; 316: 1232-1235. H
- 8 Harbour R, Miller J. "A new system for grading recommendations in evidence based guidelines". *BMJ* 2001; 323: 334-336.

- 9 McAlister F, Laupacis A, Wells G, Sackett D for EBM Working Group. "Users' Guide to the Medical Literature. XIX. Applying clinical trial results. B. Guidelines for determining whether a drug is exerting (more than) a class effect". JAMA 1999; 282: 1371-1377.
- 10 Janknegt R. Fluoroquinolones. "Use of clinical data to aid formulary choice by the system of objective judgement analysis (SOJA) method". Pharmacoeconomics 1994; 6: 15-33.
- 11 Janknegt R, Van der Kuy A, Declreck AC. "Hypnotics: drug selection by means of the SOJA method". Pharmacoeconomics 1996; 10: 152-163.
- 12 Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I et al. "Improving the quality of reporting of randomized controlled trials". The CONSORT statement. JAMA 1996; 276: 637-639.
- 13 Moher D, Schulz KF, Altman DG for the CONSORT Group. "The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of report of parallel-group randomized trials". Ann Intern Med 2001; 134: 657-662.
- 14 Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S, for the EBM working group. "Users' Guide to the medical literature. XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient". JAMA 1998; 279: 545-549.
- 15 Guyatt GH, Sinclair J, Cook DJ Glasziou for the EBM working group. "Users' Guides to the medical literature. XVI. How to use a treatment recommendation". JAMA 1999; 281: 1836-1843.
- 16 Earle CC, Coyle D, Evans WK. "Cost-effectiveness in oncology". Ann Oncol 1998; 9: 475-482.

02

GRUPS TERAPÈUTICS (CLASSIFICACIÓ ATC)

02

A_APARELL DIGESTIU I METABOLISME

- A01 ESTOMATOLÒGICS
- A02 FÀRMACS PER A MALALTIES RELACIONADES AMB L'ACIDESA
- A03 FÀRMACS PER A ALTERACIONS FUNCIONALS DE L'ESTÓMAC
- A04 ANTIEMÈTICS I ANTINAUSEOSOS
- A05 TERÀPIA BILIAR I HEPÀTICA
- A06 LAXANTS
- A07 ANTIDIARRÈICS I ANTIINFLAMATORIS/ANTIINFECCIOSOS
- A08 ANTI OBESITAT
- A09 DIGESTIUS
- A10 FÀRMACS UTILITZATS EN LA DIABETIS
- A11 VITAMINES
- A12 SUPLEMENTS MINERALS
- A13 TÒNICS
- A14 ANABOLITZANTS
- A15 ESTIMULANTS DE LA GANA
- A16 ALTRES FÀRMACS PER A L'APARELL DIGESTIU I PER AL METABOLISME

B_SANG I ÒRGANS HEMATOPOÈTICS

- B01 ANTITROMBÒTICS
- B02 ANTIHEMORRÀGICS
- B03 ANTIANÈMICS
- B05 SUBSTITUTS DEL PLASMA I SOLUCIONS PER PERFUSIÓ
- B06 ALTRES AGENTS HEMATOLÒGICS

C_SISTEMA CARDIOVASCULAR

- C01 TERÀPIA CARDÍACA
- C02 ANTIHIPERTENSIVS
- C03 DIURÈTICS
- C04 VASODILATADORS PERIFÈRICS
- C05 VASOPROTECTORS
- C07 AGENTS BETABLOQUEJANTS
- C08 BLOQUEJANTS DELS CANALS DEL CALCI
- C09 AGENTS QUE ACTUEN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA
- C10 AGENTS HIPOLIPEMIANTS

D_DERMATOLÒGICS

- D01 ANTIFÚNGICS PER A ÚS DERMATOLÒGIC
- D02 EMOL·LIENTS I PROTECTORS
- D03 PREPARATS PER AL TRACTAMENT DE FERIDES I ÚLCERES
- D04 ANTIPRURIGINOSOS
- D05 ANTIPSORIÀSICS
- D06 ANTIBIÒTICS TÒPICS
- D07 CORTICOSTEROIDES TÒPICS
- D08 ANTISÈPTICS I DESINFECTANTS
- D09 APÒSITS AMB MEDICAMENTS
- D10 PREPARATS ANTIACNE
- D11 ALTRES AGENTS DERMATOLÒGICS

G_SISTEMA GENITOURINARI I HORMONES SEXUALS

- G01 ANTIINFECCIOSOS I ANTISÈPTICS GINECOLÒGICS
- G02 ALTRES GINECOLÒGICS
- G03 HORMONES SEXUALS
- G04 PRODUCTES D'ÚS UROLÒGIC

H_PREPARATS HORMONALS SISTÈMICS

- H01 HORMONES HIPOTALÀMIQUES I HIPOFISÀRIES
- H02 CORTICOSTEROIDES D'ÚS SISTÈMIC
- H03 TERÀPIA TIROIDAL
- H04 HORMONES PANCREÀTIQUES
- H05 HOMEOSTASI DEL CALCI

J_ANTIINFECCIOSOS D'ÚS SISTÈMIC

- J01 ANTIBACTERIANS D'ÚS SISTÈMIC
- J01A TETRACICLINES
- J01B ANFENICOLS
- J01C ANTIBACTERIANS β -LACTÀMICS. PENICILINES
- J01D ALTRES B-LACTÀMICS
- J01E SULFONAMIDES I TRIMETROPRIM

- J01F MACRÒLIDS. LINCOSAMIDES. ESTREPTOGRAMINES
- J01G AMINOGLUCÒSIDS
- J01M QUINOLONES
- J01R COMBINACIONS D'ANTIBACTERIANS
- J01X ALTRES ANTIBACTERIANS
- J02 ANTIMICÒTICS D'ÚS SISTÈMIC
- J04 ANTIMICOBACTERIS
- J05 ANTIVIRALS D'ÚS SISTÈMIC
- J06 IMMUNOGLOBULINES
- J07 VACUNES

L_AGENTS ANTINEOPLÀSTICS I AGENTS IMMUNOMODULADORS

- L01 AGENTS ANTINEOPLÀSTICS
 - L01A AGENTS ALQUILANTS
 - L01B ANTIMETABÒLITS
 - L01C ALCALOIDES DE PLANTES I ALTRES PRODUCTES NATURALS
 - L01D ANTIBIÒTICS CITOTÒXICS I ALTRES PRODUCTES RELACIONATS
 - L01X ALTRES AGENTS ANTINEOPLÀSTICS
- L02 TERÀPIA ENDOCRINA
- L03 IMMUNOESTIMULANTS
- L04 IMMUNOSUPRESSORS

M_SISTEMA MUSCULOESQUELÈTIC

- M01 ANTIINFLAMATORIS
- M02 PRODUCTES TÒPICS PER AL DOLOR ARTICULAR I MUSCULAR
- M03 RELAXANTS MUSCULARS
- M04 PREPARATS ANTIGOTOSOS
- M05 FÀRMACS PER AL TRACTAMENT DE MALALTIES ÒSSIES
- M09 ALTRES FÀRMACS PER AL SISTEMA MUSCULOESQUELÈTIC

N_SISTEMA NERVIÓS

- N01 ANESTÈSICS
- N02 ANALGÈSICS
- N03 ANTIEPILÈTICS
- N04 ANTIPARKINSONIANS
- N05 PSICOLÈPTICS
- N06 PSICOANALÈPTICS
- N07 ALTRES FÀRMACS PER AL SISTEMA NERVIÓS

P_PRODUCTES ANTIPARASITARIS, INSECTICIDES I REPEL·LENTS

- P01 ANTIPROTOZOARIS
- P02 ANTIHELMÍNTICS
- P03 ECTOPARASITICIDES

R_SISTEMA RESPIRATORI

- R01 PREPARATS D'ÚS NASAL
- R02 PREPARATS PER A LA GOLA
- R03 AGENTS PER A MALALTIA OBSTRUCTIVA RESPIRATÒRIA
- R05 PREPARATS ANTIGRIPALS I ANTITUSÍGENS
- R06 ANTIHISTAMÍNICS PER A ÚS SISTÈMIC
- R07 ALTRES FÀRMACS PER AL SISTEMA RESPIRATORI

S_ÒRGANS DELS SENTITS

- S01 OFTALMOLÒGICS
- S02 OTOLÒGICS
- S03 COMBINACIONS OFTALMOLÒGIQUES I OTOLÒGIQUES

V_DIVERSOS

- V01 ALERGENS
- V03 TOTA LA RESTA DE PRODUCTES TERAPÈUTICS
- V04 AGENTS DIAGNÒSTICS
- V06 NUTRIENTS GENERALS
- V08 MITJANS DE CONTRAST

03

GUIA DE MEDICAMENTS

03

ABREVIATURES

AER	aerosol
AMP	ampolla
APO	apòsit
BOS	bossa
CAP	càpsula
COE	comprimet efervescent
COL	col·liri
COM	comprimet
COMV	comprimet vaginal
CRE	crema
DRA	dragea
ENE	enema
FLA	flascó
GEL	gel
GTS	gotes
LOC	loció
NEB	solució nebulització
PEG	pegat
PLU	pluma
POLS	pòlvores
POM	pomada
POF	pomada oftàlmica

SOB sobre
SOL solució
SUP supositoris
SUS suspensió
VIA vial
XER xeringa

IR medicament amb inclusió restringida segons acord CFT
IT medicament amb inclusió temporal segons acord CFT
EQ medicaments considerats com a equivalents terapèutics, és a dir, es poden sotmetre a programa d'intercanvi terapèutic (PIT), segons acord CFT
FF forma farmacèutica
FM fórmula magistral
PO preparat d'oficina
ME medicació estrangera
ES estupefaent
UC ús compassiu

mcg microgram
mg mil·ligram
g gram
ml mil·lilitre
l litre
mEq mil·liequivalent

A. APARELL DIGESTIU I METABOLISME

A01_ESTOMATOLÒGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CLORHEXIDINA	SOB	14 mg	CARIAX 14 mg SOB 12 ml
DECUIT DE PLANTATGE (LLANTEN)	SOL	125 ml	DECUIT DE PLANTATGE (LLANTEN) 125 ml (FM)
FLUORUR SÒDIC	SOL	250 ml	FLUOR KIN SOL 250 ml
HIDROCORTISONA	COM	2,5 mg	ORALSONE 2,5 mg COM
LIDOCAÏNA 2 % VISCOSA	SUS	2 % 125 ml	LIDOCAÏNA 2 % VISCOSA 125 ml (FM)
MICONAZOL	GEL	40 g	DAKTARIN ORAL 2 % GEL 40G
NISTATINA	SUS	60 ml	MYCOSTATIN 100.000U/ml SUS 60 ml
POVIDONA IODADA	SOL	125 ml	BETADINE BUCAL 10 % SOL 125 ml
SALIVA ARTIFICIAL	SOL	250 ml	SALIVA ARTIFICIAL SOL 250 ml (FM)
TIROTRICINA/ FORMALDEHID	SOL	10 ml+15 ml	VIBEROL TIROTRICINA 2/4,4 % SOL

A02_FÀRMACS PER A MALALTIES RELACIONADES AMB L'ACIDES A

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ALMAGAT	SOB	1,5 g	ALMAX FORTE 1,5 g SOB
BICARBONAT SÒDIC	POLS	200 g	BICARBONAT SÒDIC POLS 200 g
	COM	500 mg	BICARBONAT SÒDIC COM 500 mg
MAGNESI HIDRÒXID	SUS	1 g/5 ml	MAGNESIA CINFA SUS 300 g 1 g/5 ml
MAGNESI TRISILICAT/ CARBONAT CÀLCIC CARBONAT/ALGEDRAT	SOB	100 g	GELODROX 100 g SOB AMB POLS
RANITIDINA	COM	150 mg	TORIOL 150 mg COM
	AMP	50 mg	RANITIDINA NORMON 50 mg AMP 5 ml
OMEPRAZOL	CAP	20 mg	CEPRANDAL 20 mg CÀP
PANTOPRAZOL	AMP	40 mg	PANTOCARM 40 mg VIAL
SUCRALFAT	SOB	1 g	URBAL 1 g SOB

A03_FÀRMACS PER A ALTERACIONS FUNCIONALS INTESTINALS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ATROPINA	AMP	1 mg	ATROPINA 1 mg AMP 1 ml
BUTILESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	DRA AMP SUP	10 mg 20 mg 10 mg	BUSCAPINA 10 mg DRAG BUSCAPINA 20 mg AMP 1 ml BUSCAPINA 10 mg SUP
BUTILESCOPOLAMINA/ METAMIZOL	DRA AMP	10/250 mg 20 mg/2,5 g	BUSCAPINA COMPOSITUM 10/250 mg DRAG BUSCAPINA COMPOSITUM 20 mg/2,5 g AMP 5 ml
DIMETICONA	COM	40 mg	AERO RED 40 mg COM
METOCLOPRAMIDA	COM SOL AMP AMP	10 mg 5 mg/5 ml 10 mg 100 mg	PRIMPERAN 10 mg COM PRIMPERAN 5 mg/5 ml SOL 250 ml PRIMPERAN 10 mg AMP 2 ml PRIMPERAN 100 mg AMP 20 ml
ESCOPOLAMINA	AMP	0,5 mg	ESCOPOLAMINA 0,5 mg AMP (PO)
OTILONI	DRA	40 mg	SPASMOCTYL 40 mg DRAG

A04_ANTIEMÈTICS I ANTINAUSEOSOS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ONDANSETRÓ/ GRANISETRÓ (EQ)	COM AMP	8 mg 8 mg	YATROX 8 mg COM YATROX 8 mg AMP 4 ml

A05_TERÀPIA BILIAR I HEPÀTICA

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ÀCID URSODESOXICÒLIC	COM	150 mg	URSOCHOL 150 mg COM

A06_LAXANTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
A06AA. LAXANTS EMOL-LIENTS I LUBRICANTS			
PARAFINA LÍQUIDA	SOB	7,17 g	EMULIQUEN SIMPLE SOB 7,17 g
A06AB. LAXANTS ESTIMULANTS			
BISACODIL	DRA SUP	5 mg 10 mg	DULCO LAXO 5 mg DRAG DULCO LAXO 10 mg SUP
PICOSULFAT SÒDIC	GTS	7,5 mg/ml	EVACUOL 7,5 mg/ml GTES 30 ml
SENÒSIDS A I B	SOL	2 mg/ml	X-PREP 150 mg SOL 75 ml
A06AC. LAXANTS INCREMENTADORS DEL BOL INTESTINAL			
ISPAGULA (PLANTAGO OVATA)	SOB	3,5 g	PLANTABEN 3,5 g SOB
A06AD. LAXANTS OSMÒTICS			
LACTULOSA	SOB	10 g	DUPHALAC 10 g SOB 15 ml
POLIETILENGLICOL/ SODI SULFAT I BICARBONAT/POTASSI CLORUR	SOB		KLEAN PREP 17,5 g 4 SOB
A06AG. LAXANTS ENEMES			
LAURILSULFAT/ CITRAT SÒDIC	ENE	5 ml	MICRALAX CÀNULA 5 ml
FOSFAT SÒDIC	ENE	250 ml	ENEMA CASEN 250 ml
A06AX. ALTRES LAXANTS			
GLICERINA	SUP	3 g	GLICERINA 3 g SUP

A07_ANTIDIARRÈICS I ANTINFLAMATORIS/ANTIINFECCIOSOS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
A07AA. ANTIINFECCIOSOS INTESTINALS			
PAROMOMICINA	CAP	250 mg	HUMATIN 250 mg CÀP
NEOMICINA	COM	500 mg	NEOMICINA SALVAT 500 mg COM
A07CA. PRODUCTES PER A LA REHIDRATACIÓ ORAL			
GLUCOSA/CLK/NACL/ CITRAT SÒDIC	SOB		SUERORAL SOB
A07DA. INHIBIDORS DE LA MOTILITAT INTESTINAL			
LOPERAMIDA	CAP	2 mg	FORTASEC 2 mg CÀP
A07EC. ANTINFLAMATORIS INTESTINALS: ÀCID AMINOSALICÍLIC I SIMILARS			
MESALAZINA	COM	500 mg	CLAVERSAL 500 mg COM
SULFASALAZINA	COM	500 mg	SALAZOPYRINA 500 mg COM

A09_DIGESTIUS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AMILASA/LIPASA/ PROTEASA	CAP	8.000/ 10.000/600 U	KREON 8.000/10.000/ 600 U CÀP

A10_FÀRMACS UTILITZATS EN LA DIABETIS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
A10A. INSULINES			
INSULINA REGULAR- ACCIÓ RÀPIDA	VIA PLU	100 UI/ml 100 UI/ml	ACTRAPID 100 UI/ml VIAL 10 ml ACTRAPID INNOLET 100 UI/ml
INSULINA ISOFÀNICA NPH (INSULINA-ZN- PROTAMINA)- ACCIÓ INTERMÈDIA	VIA PLU	100 UI/ml 100 UI/ml	INSULATARD NPH 100 UI/ml VIAL 10 ml INSULATARD NPH INNOLET 100 UI/ml
INSULINA BIFÀSICA (30 % REGULAR-70 % ISOFÀNICA) ACCIÓ BIFÀSICA	PLU	100 UI/ml	MIXTARD 30 INNOLET (30:70) 100 U/ml
A10B. ANTIDIABÈTICS ORALS			
ACARBOSA	COM	100 mg	GLUMIDA 100 mg COM
GLICAZIDA	COM	80 mg	DIAMICRON 80 mg COM
METFORMINA	COM	850 mg	DIANBEN 850 mg COM
REPAGLINIDA	COM	2 mg	NOVONORM 2 mg COM

A11_VITAMINES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ÀCID ASCÒRBIC	COE	1 g	REDOXON 1 g COM EFERV
CALCITRIOL	CAP CAP	0,25 mcg 0,5 mcg	ROCALTROL 0,25 mcg CÀP ROCALTROL 0,5 mcg CÀP
DEXPANTENOL	AMP	500 mg	BEPANTHENE 500 mg AMP 2 ml
PIRIDOXINA	CAP AMP	300 mg 300 mg	BENADON 300 mg CÀP BENADON 300 mg AMP 2 ml
TIAMINA (VITAMINA B1)	COM AMP	200 mg 100 mg	BENERVA 200 mg COM BENERVA 100 mg AMP
VITAMINES A,B,C I MINERALS	GTS		DAYAMINERAL GTS
VITAMINES B1,B2,B6 I C	DRA		BECOZYME C FORTE DRAG
VITAMINES B1,B6,B12	COM	250/250/ 0,5 mg	HIDROXIL B1-B6-B12 COM 250/250/0,5 mg

A12_SUPLEMENTS MINERALS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CALCI GLUBIONAT/ CARBONAT	COE	3,24 g	CALCIUM-SANDOZ FORTE 3,24 g (=500 mg Ca ²⁺) COM EFERV
CALCI CLORUR	AMP	1 g	CLORUR CÀLCIC 10 % AMP 10 ml
CALCI GLUBIONAT	AMP	90 mg Ca ²⁺ /10 ml	CALCIUM-SANDOZ 1,375 g (=90 mg Ca ²⁺) AMP 10 ml (ME)
POTASSI CLORUR	CAP	8 mEq	POTASION 600 mg (=8 mEq) CÀP
POTASSI GLUCOHEPTONAT	SOL	1 mEq/ml	POTASION SOLUCION 1 mEq/ml SOL 250 ml
POTASSI ASCORBAT	COE	10 mEq	BOI-K 10 mEq COM EFERV
POTASSI ASCORBAT/ ASPÀRTIC	COE	25 mEq	BOI-K ASPÀRTICO 25 mEq COM EFERV
MAGNESI CLORUR/ BROMUR/FLUORUR/ IODUR	DRA	4,25 mEq	MAGNOGENE 4,25 mEq DRAG
MAGNESI SULFAT	AMP	12,2 mEq	SULMETIN SIMPLE 1,5 g (=12,2 mEq) AMP 10 ml

A13_TÒNICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ADENOSINA TRIFOSFAT	VIA	100 mg	ATEPODÍN 100 mg VIAL 10 ml

A14_ANABOLITZANTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ESTANOZOLOL	COM	2 mg	WINSTROL 2 mg COM

B. SANG I ÒRGANS HEMATOPOÈTICS

B01_ANTITROMBÒTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
B01AA. ANTAGONISTES VITAMINA K: ANTICOAGULANTS ORALS			
ACENOCUMAROL	COM	4 mg	SINTROM 4 mg COM
WARFARINA	COM	10 mg	ALDOCUMAR 10 mg COM
B01AB. HEPARINES I DERIVATS			
DALTEPARINA	XER	2.500 UI	FRAGMIN 2.500 UI XER
	XER	5.000 UI	FRAGMIN 5.000 UI XER
	XER	10.000 UI	FRAGMIN 10.000 UI XER
	XER	12.500 UI	FRAGMIN 12.500 UI XER
	XER	15.000 UI	FRAGMIN 15.000 UI XER
	XER	18.000 UI	FRAGMIN 18.000 UI XER
HEPARINA SÒDICA	VIA	1.000 UI/ml	HEPARINA SODICA 1 % 5.000 UI VIAL 5 ml
	VIA	1.000 UI/ml	HEPARINA SODICA 1 % S/C 5.000 UI VIAL 5 ml
	VIA	5.000 UI/ml	HEPARINA SODICA 5 % 25.000 UI VIAL 5 ml
B01AC. ANTIAGREGANTS PLAQUETARIS			
ÀCID ACETILSALICÍLIC	CAP	150 mg	TROMALYT 150 mg CÀP
	CAP	300 mg	TROMALYT 300 mg CÀP
CLOPIDOGREL	COM	75 mg	ISCOVER 75 mg COM
DIPIRIDAMOL	DRA	100 mg	DIPIRIDAMOL 100 mg DRAG
TICLOPIDINA	COM	250 mg	TIKLID 250 mg COM
TRIFLUSAL	CAP	300 mg	DISGREN 300 mg CÀP
B01AD. ANTITROMBÒTICS: ENZIMS			
UROQUINASA	VIA	100.000 UI	UROKINASE 100.000 UI VIAL

B02_ANTIHEMORRÀGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
B02AA. ANTIFIBRINOLÍTICS			
ÀCID AMINOCAPRÒIC	AMP	4 g	CAPROAMIN FIDES 4 g AMP 10 ml
ÀCID TRANEXÀMIC	AMP	500 mg	AMCHAFIBRIN 500 mg AMP 5 ml
B02BA. VITAMINA K			
FITOMENADIONA	AMP	10 mg	KONAKION 10 mg AMP 1 ml
B02BC. HEMOSTÀTICS TÒPICS			
EPINEFRINA/FENAZONA/ NAFAZOLINA/RUTÒSID	SOL	10 ml	EPISTAXOL SOL 10 ml
B02BX. FIBRINOGEN			
FIBRINOGEN	VIA	1 g	HAEMOCOMPLETTAN 1 g VIAL (ME)

B03_ANTIANÈMICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
B03A. FERRO			
FERRO (II)	COM	106 mg	FERO-GRADUMET 525 mg (= 106 mg Fe) COM
FERRO (III) - FERRIMANITOL OVOALBUMINA	SOB	300 mg	PROFER 300 mg (=40 mg Fe) SOB
FERRO (III) - HIDRÒXID-SACAROSA	AMP	100 mg	VENOFER 100 mg Fe AMP 5 ml
B03B. VITAMINA B12 I ÀCID FÒLIC			
ÀCID FÒLIC	COM	5 mg	ACFOL 5 mg COM
CIANOCOBALAMINA	AMP	1 mg	OPTOVITE B12 1 mg AMP 1 ml
B03X. ALTRES ANTIANÈMICS: FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI			
DARBEPOETINA (IR)	XER	150 mcg	ARANESP 150 mcg XER
	XER	500 mcg	ARANESP 500 mcg XER
EPOETINA (IR)	XER	10.000 UI	EPREX, EPOPEN O NEORECORMON 10.000 UI XER (EQ)
	XER	30.000 UI	NEORECORMON 30.000 UI XER

B05_SUBSTITUTS DEL PLASMA I SOLUCIONS PER PERFUSIÓ

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
B05A. SANG I PRODUCTES RELACIONATS			
ALBÚMINA	VIA	10 g	ALBUMINA HUMANA 20 % VIAL 50 ml
GELATINA SUCCINILADA/ FLA CLORUR SÒDIC/ HIDRÒXID SÒDIC	FLA	500 ml	GELAFUNDINA 500 ml FLA
B05B. SOLUCIONS ENDOVENOSES			
GLUCOSA 5 %	BOS	50 ml	GLUCOSAT 5 % 50 ml BOSSA
	BOS	100 ml	GLUCOSAT 5 % 100 ml BOSSA
	BOS	250 ml	GLUCOSAT 5 % 250 ml BOSSA
	BOS	500 ml	GLUCOSAT 5 % 500 ml BOSSA
	BOS	1.000 ml	GLUCOSAT 5 % 1.000 ml BOSSA
GLUCOSA 10 %	BOS	500 ml	GLUCOSAT 10 % 500 ml BOSSA
GLUCOSA 20 %	FLA	500 ml	GLUCOSAT 20 % 500 ml FLA PLÀSTIC
GLUCOSA 33 %	AMP	10 ml	GLUCOSMON 33 % 10 ml AMP
MANITOL 20 %	FLA	250 ml	MANITOL 20 % 250 ml FLA PLÀSTIC
NUTRICIÓ PARENTERAL			SEGONS PROTOCOL (veg. Guia Nutrició)
RINGER LACTAT	BOS	500 ml	RINGER LACTAT VIAL 500 ml BOSSA

SODI CLORUR-GLUCOSA BOS	500 ml	GLUCOSALÍ VIAL
(GLUCOSALÍ)		500 ml BOSSA
BOS	1.000 ml	GLUCOSALÍ BOSSA
		1.000 ml BOSSA

B05C. SOLUCIONS PER A IRRIGACIÓ I RENTATS

SODI CLORUR	BOS	3.000 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % PER A IRRIGACIÓ BOSSA 3000 ml
	FLA	100 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 100 ml FLA RENTATS
	FLA	1.000 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 1.000 ml FLA RENTATS

B05X. SOLUCIONS D'ELECTRÒLITS

BICARBONAT SÒDIC 1 M	AMP	10 ml	BICARBONAT SÒDIC 10 mEq AMP 10 ml
	VIA	250 ml	BICARBONAT SÒDIC 1 M VIAL 250 ml
BICARBONAT SÒDIC 1/6 M	FLA	250 ml	BICARBONAT SÒDIC 1/6 M FLA 250 ml
POTASSI CLORUR	AMP	10 mEq	CLORUR POTÀSSIC 2 mEq/ml AMP 5 ml
POTASSI FOSFAT	AMP	10 mEq	FOSFAT MONOPOTÀSSIC 1 M AMP 10 mEq
SODI CLORUR 0,9 % (FISIOLÒGIC)	AMP	10 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % VIAL 10 ml
	BOS	50 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 50 ml BOSSA
	BOS	100 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 100 ml BOSSA
	BOS	250 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 250 ml BOSSA
	BOS	500 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 500 ml BOSSA
	BOS	1.000 ml	FISIOLÒGIC 0,9 % 1.000 ml BOSSA
SODI CLORUR 20 %	AMP	10 ml	CLORUR SÒDIC 20 % 10 ml AMP

C. SISTEMA CARDIOVASCULAR

C01_TERÀPIA CARDÍACA

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
C01A. GLUCÒSIDS DIGITÀLICS			
DIGOXINA	COM	0,25 mg	DIGOXINA 0,25 mg COM
	AMP	0,25 mg	DIGOXINA 0,25 mg AMP 1 ml
C01B. ANTIARÍTMICS			
AMIODARONA	COM	200 mg	AMIODARONA 200 mg COM
	AMP	150 mg	TRANGOREX 150 mg AMP 3 ml
FLECAİNIDA	COM	100 mg	APOCARD 100 mg COM
MEXILETINA	CAP	200 mg	MEXITIL 200 mg CÀP
PROPAFENONA	COM	150 mg	RYTMONORM 150 mg COM
	AMP	70 mg	RYTMONORM 70 mg AMP 20 ml
C01C. AGONISTES ADRENÈRGICS			
ADRENALINA (EPINEFRINA)	AMP	1 mg	ADRENALINA 1 mg AMP 1 ml
DOBUTAMINA	AMP	250 mg	DOBUTAMINA 250 mg AMP 20 ml
DOPAMINA	AMP	200 mg	DOPAMINA 200 mg AMP 10 ml
ETILEFRINA	GTS	7,5 mg/ml	EFORTIL 7,5 mg/ml GTS 15 ml
ISOPRENALINA (ISOPROTERENOL)	AMP	0,2 mg	ALEUDRINA 0,2 mg AMP 1 ml
NORADRENALINA (NOREPINEFRINA)	AMP	10 mg	NORADRENALINA 10 mg AMP 10 ml
C01D. VASODILATADORS CORONARIS			
ISOSORBIDE DINITRAT	COM	5 mg	ISO LACER 5 mg COM
	COM	20 mg	ISO LACER RETARD 20 mg COM
ISOSORBIDE MONONITRAT	COM	20 mg	UNIKET 20 mg COM
	COM	40 mg	UNIKET 40 mg COM
	COM	50 mg	UNIKET RETARD 50 mg COM
NITROGLICERINA	DRA	0,8 mg	SOLINITRINA 0,8 mg DRAG
	AMP	5 mg	SOLINITRINA 5 mg AMP 5 ml
	AER	0,4 mg/puls	TRINISPRAY 0,4 mg/puls AEROSOL
	PEG	5 mg	NITRODERM TTS 5 mg PEGAT
	PEG	10 mg	NITRODERM TTS 10 mg PEGAT
MOLSIDOMINA	COM	2 mg	MOLSIDAIN 2 mg COM

C02_ANTIHIPERTENSIVS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
C02CA. ALFABLOQUEJANTS ADRENÈRGICS			
DOXAZOSINA	COM	2 mg	DOXAZOSINA ALTER 2 mg COM
PRAZOSINA	COM	1 mg	MINIPRES 1 mg COM
URAPIDIL	AMP	50 mg	ELGADIL 50 mg AMP 10 ml
C02D. ALTRES ANTIHIPERTENSIVS			
HIDRALAZINA	COM	25 mg	HYDRAPRES 25 mg COM
NITROPRUSSIAT	VIA	50 mg	NITROPRUSSIAT FIDES 50 mg VIAL

C03_DIURÈTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AMILORIDA/ HIDROCLOROTIAZIDA	COM	5/50 mg	AMERIDE 5/50 mg COM
CLORTALIDONA	COM	50 mg	HIGROTONA 50 mg COM
ESPIRONOLACTONA	COM	25 mg	ALDACTONE-A 25 mg COM
	COM	100 mg	ALDACTONE 100 mg COM
FUROSEMIDA	COM	40 mg	SEGURIL 40 mg COM
	AMP	20 mg	SEGURIL 20 mg AMP
HIDROCLOROTIAZIDA	COM	50 mg	HIDROSALURETIL 50 mg COM

C04_VASODILATADORS PERIFÈRICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
BUFLOMEILO	COM	150 mg	LOFTON 150 mg COM
PENTOXIFIL·LINA	DRA	400 mg	HEMOVAS 400 mg DRAG

C05_VASOPROTECTORS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
C05AA. ANTIHEMORRÒIDALS TÒPICS			
HIDROCORTISONA/ ALANTOÏNA	ENE	80 ml	CORTENEMA ENEMA 80 ml
HOMATROPINA/ZN			
TRIAMCINOLONA/ HEXETIDINA/LIDOCAÏNA	POM	50 g	ANSO POM 50 g
C05BA. ANTIVARICOSOS: PREPARATS AMB HEPARINA			
ENTOSANO- POLISULFÚRIC ÀCID	POM	60 g	THROMBOCID POM 60 g

C07_AGENTS BETABLOQUEJANTS ADRENÈRGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ATENOLOL	COM	50 mg	ATENOLOL 50 mg COM
	COM	100 mg	BLOKIUM 100 mg COM
BISOPROLOL	COM	5 mg	EURADAL 5 mg COM
CARVEDILOL	COM	6,25 mg	COROPRES 6,25 mg COM
	COM	25 mg	COROPRES 25 mg COM
ESMOLOL	VIA	100 mg	BREVIBLOC 100 mg VIAL 10 ml
LABETALOL	AMP	100 mg	TRANDATE 100 mg AMP 20 ml
PROPRANOLOL	COM	10 mg	SUMIAL 10 mg COM
	COM	40 mg	SUMIAL 40 mg COM
	AMP	5 mg	SUMIAL 5 mg AMP 5 ml

C08_BLOQUEJANTS DELS CANALS DEL CALCI

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AMLODIPINO	COM	5 mg	ASTUDAL 5 mg COM
DILTIAZEM	COM	60 mg	DINISOR 60 mg COM
	COM	120 mg	DINISOR RETARD 120 mg COM
NIFEDIPINA	COM	20 mg	ADALAT RETARD 20 mg COM
VERAPAMIL	COM	80 mg	MANIDON 80 mg COM
	COM	120 mg	MANIDON RETARD 120 mg COM
	COM	240 mg	MANIDON HTA 240 mg COM
	AMP	5 mg	MANIDON 5 mg AMP 2 ml

C09_AGENTS QUE ACTUEN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CAPTOPRIL	COM	25 mg	CAPOTEN 25 mg COM
ENALAPRIL	COM	5 mg	DABONAL 5 mg COM
	COM	20 mg	DABONAL 20 mg COM
LOSARTAN	COM	50 mg	COZAAR 50 mg COM

C10_AGENTS HIPOLIPEMIANTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ATORVASTATINA	COM	10 mg	CARDYL 10 mg COM
COLESTIRAMINA	SOB	4 g	LISMOL 4 g SOB
GEMFIBROZIL	COM	600 mg	DECRELIP 600 mg COM
SIMVASTATINA	COM	20 mg	PANTOK 20 mg COM

D. DERMATOLÒGICS

D01_ANTIFÚNGICS PER A ÚS DERMATOLÒGIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CICLOPIROX	POLS	30 g	CICLOCHEM 1 % POLS 30 g
MICONAZOL	CRE	40 g	DAKTARIN TÒPIC 2 % CREMA 40 g

D02_EMOL·LIENTS I PROTECTORS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CREMA EMOL·LIENT	CRE	1 l	STOKOLAN 1 l CREMA
ÒXID ZINC/DIMETICONA	POM	50 g	SILIDERMIL 50 g POMADA
ÒXID ZINC/RETINOL	POM	45 g	HALIBUT 45 g POMADA
ÒXID ZINC/LANOLINA/ OLI AMETLLES	POM	50 g	PASTA LASSAR IMBA
PARAFINA LÍQUIDA/ PALMITATO ISOPROPIL/ LANOLINA	SOL	150 ml	OILATUM BAÑO EMOLIENTE 150 ml SOL
VASELINA	POM	20 g	VASELINA ESTÉRIL 20 g POM

D03_PREPARATS PER AL TRACTAMENT DE FERIDES I ÚLCERES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AIGUA BUROW	SOL	500 ml	AIGUA DE BUROW 500 ml SOL (FM)
CENTELLA ASIÀTICA/ NEOMICINA	POM	30 g	BLASTOESTIMULINA 30 g POM
CLOSTRIDIOPEPTIDASA/ PROTEASA	POM	15 g	IRUXOL MONO 15 g POMADA
CLOSTRIDIOPEPTIDASA/ NEOMICINA	POM	30 g	IRUXOL NEO 30 g POMADA
QUIMOTRIPSINA/ TRIPSIN/NITROFURAL/ METIONINA/INOSITOL	POM	40 g	DERTRASE 40 g POMADA

D04_ANTIPRURIGINOSOS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CALAMINA + MENTOL	SOL	250 ml	CALAMINA 8 %+ MENTOL 0,5 % 250 ml SOL (FM)
CALAMINA + TALC + PARAFINA + LANOLINA	POLS	50 g	TALQUISTINA 50 g PÓLVORES
LINIMENT OLEOCALCARI + ÒXID ZINC	SOL	10 % 250 ml	LINIMENT OLEOCALCARI + ÒXID ZINC 10 % 250 ml SOL (FM)

D06_ANTIBIÒTICS TÒPICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ACICLOVIR	CRE	5 % 15 g	ZOVIRAX CREMA 5 % CREMA 15 g
CLORTETRACICLINA	POM	15 g	DERMOSA AUREOMICINA 3 % POM
METRONIDAZOL	GEL	2 % 100 g	METRONIDAZOL 2 % GEL (FM)
MUPIROCINA	POM	3 g	BACTROBAN 2 % POM NASAL 3 g
	POM	15 g	BACTROBAN 2 % POMADA 15 g
NEOMICINA/ BACITRACINA	POM	50 g	NEOBACITRIN 50 g POM
SULFADIAZINA ARGÈNTICA	CRE	50 g	SILVEDERMA 1 % CREMA 50 g

D07_CORTICOSTEROIDES TÒPICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
D07AA. CORTICOSTEROIDES BAIXA POTÈNCIA			
HIDROCORTISONA	POM	1 % 30 g	DERMOSA HIDROCORTISONA 1 % POM 30 g
D07AB. CORTICOSTEROIDES POTÈNCIA MODERADA			
TRIAMCINOLONA	CRE	0,1 % 200 g	TRIAMCINOLONA 0,1 % CREMA 200 g (FM)
D07AC. CORTICOSTEROIDES POTÈNCIA ALTA			
BETAMETASONA	CRE	0,05 % 30 g	CELESTODERM V 0,05 % CREMA 30 g
DIFLUCORTOLONA	CRE	0,1 % 30 g	CLARAL CREMA 0,1 % 30 g
D07AD. CORTICOSTEROIDES POTÈNCIA MOLT ALTA			
CLOBETASOL	POM	0,05 % 30 g	DECLOBAN 0,05 % POMADA 30 g
D07CA. C. COMBINACIÓ CORTICOSTEROIDES POTÈNCIA ALTA AMB ANTIBIÒTIC			
BETAMETASONA/ GENTAMICINA	CRE	0,05/0,1 % 30 g	DIPROGENTA CREMA 0,1/0,05 % CREMA 30 g

D08_ANTISÈPTICS I DESINFECTANTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AIGUA OXIGENADA	SOL	250 ml	AGUA OXIGENADA 250 ml SOL
ALCOHOL 70°	SOL	250 ml	ALCOHOL 70 % 250 ml SOL
ALCOHOL 96°	SOL	5 l	ALCOHOL 96 5 l SOL
CLORHEXIDINA	SOL GEL	4 % 500 ml 1 % 30 g	HIBISCRUB 4 % SOL 500 ml CRISTALMINA FILM GEL 1 % 30 g
CLORHEXIDINA/ ALCOHOL	SOL	0,5 % 70/ 250 ml	MENALCOL REFORZADO 0,5 % 70 250 ml
POVIDONA IODADA	SOL SOL GEL	10 % 125 ml 7,5 % SOL 10 % 30 g	IODINA 10 % SOL 125 ml BETADINE SCRUB QUIRÚRGICO 7,5 % SOLUCION JABONOSA BETADINE GEL 10 % 30 g
NITROFURAL	SOL POM	0,2 % 100 ml 0,2 % 100 g	FURACIN SOL 0,2 % SOL 100 ml FURACIN POMADA 0,2 % POM
PERMANGANAT POTÀSSIC	SOL	10 mcg/ml 1 l	PERMANGANAT POTÀSSIC 1:10.000 10 mcg/ml 1 l SOL (FM)
PLATA NITRAT	VAR	50 mg	ARGENPAL 50 mg 10 VARETES
TOSILCLORAMIDA	SOB	2,5 g	CLORINA 2,5 g SOBRES

VASELINA/BALSAM DEL PERÚ/OLI DE RICÍ	APO	8,5x10 cm	LINITUL 8,5x10 cm 20 APÒSITS
	APO	9x15 cm	LINITUL 9x15 cm 20 APÒSITS
	APO	15x25 cm	LINITUL 15x25 cm 20 APÒSITS

D10_PREPARATS ANTIACNE

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ERITROMICINA	SOL	2 % 70 ml	LODERM 2 % SOL 70 ml

D11_ALTRES AGENTS DERMATOLÒGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ALCOHOL DE ROMANÍ	SOL	500 ml	ALCOHOL DE ROMANÍ 500 ml SOL (FM)

G. SISTEMA GENITOURINARI I HORMONES SEXUALS

G01_ANTIINFECCIOSOS I ANTISÈPTICS GINECOLÒGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
METRONIDAZOL	COMV	500 mg	FLAGYL VAGINAL 500 mg COM VAGINAL
MICONAZOL	CRE	2 % 40 g	DAKTARIN GINECOLÒGIC 2 % CRE 40 g
NISTATINA	COMV	100.000 UI	MYCOSTATIN VAGINAL 100.000 UI COM VAGINALS
POVIDONA IODADA	SOL	10 % 125 ml	BETADINE VAGINAL 10 % SOL 125 ml

G02_ANTIINFLAMATORIS VAGINALS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
BENCIDAMINA	SOB	500 mg 140 mg	ROSALGIN 500 mg SOB ROSALGIN PRONTO 140 mg ENVÀS MONODOSI

G03_HORMONES SEXUALS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
DANAZOL	CAP	200 mg	DANATROL 200 mg CAP
NORETISTERONA	COM	10 mg	PRIMULOT NOR 10 mg COM

G04_PRODUCTES D'ÚS UROLÒGIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
FINASTERIDA	COM	5 mg	PROSCAR 5 mg COM
OXIBUTININA	COM	5 mg	DITROPAN 5 mg COM
PIGEUM (PYGEUM AFRICANUM)	CAP	50 mg	PRONITOL 50 mg CAP
TAMSULOSINA	CAP	0,4 mg	OMNIC 0,4 mg CAP

H. PREPARATS HORMONALS SISTÈMICS

H01_HORMONES HIPOTALÀMIQUES I HIPOFISÀRIES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
DESMOPRESSINA	GTS	10 mcg	MINURIN INTRANASAL 10M CG/DOSI GTS 2,5 ml
	AMP	4 mcg	MINURIN 4 mcg AMP
OCTEÒTRID	AMP	0,05 mg	SANDOSTATIN 0,05 mg AMP
	AMP	0,1 mg	SANDOSTATIN 0,1 mg AMP

H02_CORTICOSTEROIDES D'ÚS SISTÈMIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
DEXAMETASONA	COM	1 mg	FORTECORTIN 1 mg COM
	AMP	4 mg	FORTECORTIN 4 mg AMP
	AMP	40 mg	FORTECORTIN 40 mg AMP
HIDROCORTISONA	COM	20 mg	HIDROALTESONA 20 mg COM
	VIA	100 mg	ACTOCORTINA 100 mg VIAL
METILPREDNISOLONA	COM	4 mg	URBASON 4 mg COM
	COM	16 mg	URBASON 16 mg COM
	COM	40 mg	URBASON 40 mg COM
	AMP	8 mg	URBASON SOLUBLE 8 mg VIAL
	AMP	20 mg	URBASON SOLUBLE 20 mg VIAL
	AMP	40 mg	URBASON SOLUBLE 40 mg VIAL
	AMP	250 mg	URBASON SOLUBLE 250 mg VIAL
PREDNISONA	COM	5 mg	PREDNISONA 5 mg COM
	COM	10 mg	PREDNISONA 10 mg COM
	COM	50 mg	PREDNISONA 50 mg COM

H03_TERÀPIA TIROÏDAL

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
H03AA. TERÀPIA TIROÏDEA			
LEVOTIROXINA	COM	50 mcg	LEVOTHROID 50 mcg COM
	COM	100 mcg	LEVOTHROID 100 mcg COM
	VIA	500 mcg	LEVOTROID 500 mcg VIAL
H03BB. TERÀPIA ANTITIROÏDAL			
METIMAZOL (TIAMAZOL)	COM	5 mg	TIRODRIL 5 mg COM

H04_HORMONES PANCREÀTIQUES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
GLUCAGÓ	XER	1 mg	GLUCAGON GEN HIPOKIT NOV 1 mg VIA+XER

H05_HOMEOSTASI DEL CALCÍ

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CALCITONINA	AMP	100 UI	CALCITONINA 100 UI AMP

J. ANTIINFECCIOSOS D'ÚS SISTÈMIC

J01_ANTIBACTERIANS D'ÚS SISTÈMIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
J01A. TETRACICLINES			
DOXICICLINA	CAP	100 mg	RETENS 100 mg CAP
J01C. ANTIBACTERIANS β-LACTÀMICS. PENICILINES			
AMOXICIL-LINA	SOB	500 mg	EUPEN 500 mg SOB
	CAP	500 mg	EUPEN 500 mg CAP
AMOXICIL-LINA/ CLAVULÀNIC	SOB	500/125 mg	AUGMENTINE 500/125 mg SOB
	COM	500/125 mg	AUGMENTINE 500/125 mg COM
	VIA	1.000/200 mg	AUGMENTINE 1/200 g/mg VIAL
	VIA	2.000/200 mg	AUGMENTINE 2/200 g/mg VIAL
AMPICIL-LINA	VIA	1 g	GOBEMICINA 1 g VIAL
CLOXACIL-LINA	CAP	500 mg	ORBENIN 500 mg CAP
	VIA	1 g	ORBENIN 1 g VIAL
PENICIL-LINA G (BENCILPENICIL-LINA)	VIA	1.000.000 UI	PENILEVEL 1.000.000 UI VIAL
PENICIL-LINA G BENZATINA	VIA	1.200.000 UI	CEPACIL-LINA 1.200.000 UI VIAL+AMP 4 ml
PENICIL-LINA G PROCAÏNA	VIA	600.000 UI	FARMAPROÏNA 600.000 UI VIAL+AMP 4 ml
PIPERACIL-LINA/ TAZOBACTAM	VIA	4.000/500 mg	TAZOCEL 4/0,5 g VIAL
J01D. ALTRES BETALACTÀMICS			
J01DA. CEFALOSPORINES			
CEFUROXIMA	COM	500 mg	ZINNAT 500 mg COM
	VIA	750 mg	CUROXIMA 750 mg VIAL
CEFTAZIDIMA	VIA	2 g	FORTAM 2 g VIAL
CEFTRIAXONA	VIA	1 g	CEFTRIAXONA 1 g VIAL
CEFEPIME	VIA	2 g	MAXIPIME 2 g VIAL
J01DF. MONOBACTAMS			
AZTREONAM	VIA	1 g	AZACTAM 1 g VIAL
J01DH. CARBAPENEMS			
IMIPENEM/CILASTATINA	VIA	500 mg	TIENAM 500 mg VIAL
J01E. SULFAMIDES I TRIMETROPRIM			
COTRIMOXAZOL (SULFAMETOXAZOL/ TRIMETROPIM)	COM	400/80 mg	GOBENS TRIM 400/80 mg COM
	COM	800/160 mg	SEPTRIN FORT 800/160 mg COM
	AMP	800/160 mg	SOLTRIM 800/160 mg VIAL+AMP 5 ml
SULFADIAZINA	COM	500 mg	SULFADIAZINA 500 mg COM

J01F. MACRÒLIDS. LINCOSAMIDES. ESTREPTOGRAMINES**J01FA. MACRÒLIDS**

CLARITROMICINA	COM 500 mg VIA 500 mg	BREMON 500 mg COM BREMON 500 mg VIAL
ERITROMICINA	SOB 500 mg VIA 1 g	PANTOMICINA 500 mg SOB PANTOMICINA 1 g VIAL

J01FF. LINCOSAMIDES

CLINDAMICINA	CAP 300 mg AMP 600 mg	DALACIN 300 mg CAP DALACIN 600 mg AMP
--------------	--------------------------	--

J01G. AMINOGLUCÒSIDS

AMIKACINA	VIA 500 mg	AMIKACINA 500 mg VIAL
ESTREPTOMICINA	VIA 1 g	ESTREPTOMICINA 1 g VIAL
GENTAMICINA	VIA 80 mg	GENTAGOBENS 80 mg VIAL
TOBRAMICINA	VIA 100 mg	TOBRAGOBENS 100 mg VIAL

J01M. QUINOLONES

CIPROFLOXACINA	COM 500 mg COM 750 mg VIA 200 mg	RIGORAN 500 mg COM RIGORAN 750 mg COM RIGORAN 200 mg VIAL 100 ml
LEVOFLOXACINA	COM 500 mg VIA 500 mg	TAVANIC 500 mg COM TAVANIC 500 mg VIAL 100 ml
NORFLOXACINA	COM 400 mg	NORFLOXACINO 400 mg COM

J01X. ALTRES ANTIBACTERIANS**J01XA. GLUCOPÈPTIDS**

TEICOPLANINA	VIA 200 mg	TARGOCID 200 mg VIAL
VANCOMICINA	VIA 500 mg	VANCOMICINA 500 mg VIAL

J01XD. IMIDAZOLS

METRONIDAZOL	COM 250 mg	METRONIDAZOL 250 mg COM
	VIA 500 mg	METRONIDAZOL 500 mg VIAL

J01XX. ALTRES ANTIBACTERIANS

FOSFOMICINA	VIA 1 g	FOSFOCINA 1 g VIAL
-------------	---------	--------------------

J02_ANTIMICÒTICS D'ÚS SISTÈMIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AMFOTERICINA B	VIA	50 mg	FUNGIZONA 50 mg VIAL
AMFOTERICINA B COMPLEX LIPÍDIC (IR)	VIA	100 mg	ABELCET 100 mg VIAL 20 ml (IR)
CASPOFUNGINA (IR)	VIA	50 mg	CANCIDAS 50 mg VIAL 10 ml (IR)
	VIA	70 mg	CANCIDAS 70 mg VIAL (IR)
FLUCONAZOL	CAP	50 mg	LOITIN 50 mg CAP
	CAP	100 mg	LOITIN 100 mg CAP
	CAP	200 mg	LOITIN 200 mg CAP
	VIA	100 mg	LOITIN 100 mg VIAL 50 ml
	VIA	200 mg	LOITIN 200 mg VIAL 100 ml
ITRACONAZOL	CAP	100 mg	CANADIOL 100 mg CAP
	SOL	50 mg/5 ml	CANADIOL 50 mg/5 ml SOL 150 ml
	VIA	250 mg	CANADIOL 250 mg VIAL 25 ml (IR)
KETOCONAZOL	COM	200 mg	MICOTICUM 200 mg COM
VORICONAZOL (IR)	COM	200 mg	VFEND 200 mg COM (IR)
	COM	50 mg	VFEND 50 mg COM (IR)
	VIA	200 mg	VFEND 200 mg VIAL (IR)

J04_ANTIMICOBATERIS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ETAMBUTOL	DRA	400 mg	MYAMBUTOL 400 mg DRA
ISONIAZIDA	AMP	300 mg	CEMIDON 300 mg AMP
ISONIAZIDA/ VITAMINA B6	COM	150/25 mg	CEMIDON B6 150/25 mg COM
PIRAZINAMIDA	COM	250 mg	PIRAZINAMIDA 250 mg COM
RIFAMPICINA	CAP	300 mg	RIMACTAN 300 mg CAP
	AMP	600 mg	RIFALDIN 600 mg AMP
RIFAMPICINA/ ISONIAZIDA	DRA	300/150 mg	RIFINAH 300/150 mg DRA
RIFAMPICINA/ ISONIAZIDA/ PIRAZINAMIDA	DRA	120/50/ 300 mg	RIFATER 120/50/300 mg DRA

J05_ANTIVIRALS D'ÚS SISTÈMIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ACICLOVIR	COM	200 mg	ACICLOVIR 200 mg COM
	COM	800 mg	ACICLOVIR 800 mg COM
	AMP	250 mg	ACICLOVIR 250 mg AMP
FOSCARNET	VIA	6.000 mg	FOSCAVIR 6.000 mg VIAL 24 mg/ml 250 ml
GANCICLOVIR	VIA	500 mg	CYMEVENE 500 mg VIAL

J06_IMMUNOGLOBULINES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
IMMUNOGLOBULINA IV	VIA	2,5 g	FLEBOGAMMA 2,5 g VIAL 50 ml
	VIA	5 g	FLEBOGAMMA 5 g VIAL 100 ml
	VIA	10 g	FLEBOGAMMA 10 g VIAL 200 ml

L. AGENTS ANTINEOPLÀSTICS I AGENTS IMMUNOMODULADORS

L01_AGENTS ANTINEOPLÀSTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
L01A. AGENTS ALQUILANTS			
L01AA. MOSTASSES NITROGENADES			
CICLOFOSFAMIDA	DRA	50 mg	GENOXAL 50 mg DRA
	VIA	1 g	GENOXAL 1 g VIAL
CLORAMBUCIL	COM	2 mg	LEUKERÁN 2 mg COM
IFOSFAMIDA	VIA	1 g	TRONOXAL 1 g VIAL
MELFALÀ	COM	2 mg	MELFALÁN 2 mg COM
	VIA	50 mg	MELFALÁN 50 mg VIAL
L01AB. ALQUILSULFONATS			
BUSULFÀ	COM	2 mg	BUSULFÁN 2 mg COM
L01AC. ETILENOIMINES			
TIOTEPA	AMP	10 mg	ONCOTIOTEPA 10 mg AMP
L01AD. NITROSUREES			
CARMUSTINA	VIA	100 mg	BICNU 100 mg VIAL (ME)
ESTREPTOZOCINA	VIA	1 g	ZANOSAR 1 g VIAL (ME)
LOMUSTINA	CAP	40 mg	LOMUSTINA 40 mg CAP (ME)

L01AX. ALTRES AGENTS ALQUILANTS

DACARBAZINA	VIA	100 mg	DACARBAZINA 100 mg VIAL
	VIA	500 mg	DACARBAZINA 500 mg VIAL
TEMOZOLOMIDA	CAP	5 mg	TEMODAL 5 mg CAP
	CAP	20 mg	TEMODAL 20 mg CAP
	CAP	100 mg	TEMODAL 100 mg CAP
	CAP	250 mg	TEMODAL 250 mg CAP

L01B. ANTIMETABÒLITS**L01BA. ANÀLEGS ÀCID FÒLIC**

METOTREXATE	COM	2,5 mg	METOTREXATO 2,5 mg COM
	VIA	500 mg	METOTREXATO 500 mg VIAL
RALTITREXED	VIA	2 mg	TOMUDEX 2 mg VIAL

L01BB. ANÀLEGS PURINA

CLADRIBINA	VIA	10 mg	LEUSTATÍN 10 mg VIAL
FLUDARABINA	VIA	50 mg	BENEFLUR 50 mg VIAL
MERCAPTOPURINA	COM	50 mg	MERCAPTOPURINA 50 mg COM
TIOGUANINA	COM	40 mg	TIOGUANINA 40 mg COM

L01BC. ANÀLEGS PIRIMIDINA

CAPECITABINA	COM	500 mg	XELODA 500 mg COM
	COM	150 mg	XELODA 150 mg COM
CITARABINA	VIA	100 mg	CITARABINA 100 mg VIAL
	VIA	500 mg	CITARABINA 500 mg VIAL
FLUOROURACIL	VIA	5.000 mg	FLUOROURACIL 5.000 mg VIAL
GEMCITABINA	VIA	200 mg	GEMZAR 200 mg VIAL
	VIA	1 g	GEMZAR 1 g VIAL
TEGAFUR	CAP	400 mg	UTEFOS 400 mg CAP
TEGAFUR/URACIL	SOB	100/224 mg	UFT 100/224 mg SOB

L01C. ALCALOIDES DE PLANTES I ALTRES PRODUCTES NATURALS**L01CA. ALCALOIDES DE LA VINCA I ANÀLEGS**

VINBLASTINA	VIA	10 mg	VINBLASTINA 10 mg VIAL
VINCRISTINA	VIA	2 mg	VINCRISTINA 2 mg VIAL
VINDESINA	VIA	5 mg	ENISÓN 5 mg VIAL
VINORELBINA	CAP	20 mg	NAVELBINE 20 mg CAP
	CAP	30 mg	NAVELBINE 30 mg CAP
	VIA	50 mg	NAVELBINE 50 mg VIAL

L01CB. DERIVATS PODOFIL-LOTOXINA

ETOPÒSID	CAP	50 mg	VEPESID 50 mg CÀPS
	VIA	100 mg	VEPESID 100 mg VIAL
TENIPÒSID	AMP	50 mg	VUMÓN 50 mg AMP

L01CD. TAXANS

DOCETAXEL	VIA	20 mg	TAXOTERE 20 mg VIAL
	VIA	80 mg	TAXOTERE 80 mg VIAL
PACLITAXEL	VIA	30 mg	TAXOL 30 mg VIAL
	VIA	100 mg	TAXOL 100 mg VIAL
	VIA	300 mg	TAXOL 300 mg VIAL

L01D. ANTIBIÒTICS CITOTÒXICS I ALTRES PRODUCTES RELACIONATS**L01DB. ANTRACICLINES I PRODUCTES RELACIONATS**

DAUNORRUBICINA	VIA	20 mg	DAUNOBLASTINA 20 mg VIAL
DOXORRUBICINA	VIA	50 mg	DOXORUBICINA SOL 50 mg VIAL
DOXORRUBICINA LIPOSOMAL-PEG	VIA	20 mg	CAELYX 20 mg VIAL
DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (IT/IR)	VIA	50 mg	MYOCET 50 mg VIAL
EPIRRUBICINA	VIA	50 mg	FARMORUBICINA SOL 50 mg VIAL
IDARRUBICINA	VIA	5 mg	ZAVEDOS 5 mg VIAL
	VIA	10 mg	ZAVEDOS 10 mg VIAL
MITOXANTRONA	VIA	20 mg	NOVANTRONE 20 mg VIAL

L01DC. ALTRES ANTIBIÒTICS CITOTÒXICS

ACTINOMICINA-D	VIA	0,5 mg	LYOVAC COSMEGEN 0,5 mg VIAL (ME)
BLEOMICINA	VIA	15 mg	BLEOMICINA 15 mg VIAL
MITOMICINA-C	VIA	2 mg	MITOMYCIN C 2 mg VIAL
	VIA	10 mg	MITOMYCIN C 10 mg VIAL

L01X. ALTRES AGENTS ANTINEOPLÀSTICS**L01XA. DERIVATS DEL PLATÍ**

CARBOPLATÍ	VIA	450 mg	PARAPLATÍN 450 mg VIAL
CISPLATÍ	VIA	50 mg	CISPLATINO SOL 50 mg VIAL
OXALIPLATÍ	VIA	50 mg	ELOXATIN 50 mg VIAL
	VIA	100 mg	ELOXATIN 100 mg VIAL

L01XB. METILHIDRAZINES

PROCARBAZINA	CAP	50 mg	NATULÁN 50 mg CAP
--------------	-----	-------	-------------------

L01XC. ANTICOSSOS MONOCLONALS

CETUXIMAB (IR,IT)	VIA	100 mg	ERBITUX SOL 100 mg VIAL
RITUXIMAB	VIA	100 mg	MABTHERA 100 mg VIAL
	VIA	500 mg	MABTHERA 500 mg VIAL
TRASTUZUMAB	VIA	150 mg	HERCEPTIN 150 mg VIAL

L01XX. ALTRES AGENTS CITOSTÀTICS

ASPARRAGINASA	VIA	10.000 UI	KIDROLASE 10.000 UI VIAL (ME)
BORTEZOMIB (IR)	VIA	3,5 mg	VELCADE 3,5 mg VIAL
HIDROXICARBAMIDA (HIDROXIUREA)	CAP	500 mg	HYDREA 500 mg CAP
IMATINIB (IR)	COM	400 mg	GLIVEC 400 mg COM
	CAP	100 mg	GLIVEC 100 mg CAP
IRINOTECÀ	VIA	100 mg	CAMPTO 100 mg VIAL
TALIDOMIDA	CAP	50 mg	TALIDOMIDA 50 mg CAP (UC)
TOPOTECÀ	VIA	4 mg	HYCAMTIN 4 mg VIAL
TRETINOÏNA	CAP	10 mg	VESANOID 10 mg CAP

L02_TERÀPIA ENDOCRINA

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ANASTROZOL (IR)	COM	1 mg	ARIMIDEX 1 mg COM
BICALUTAMIDA	COM	50 mg	CASODEX 50 mg COM
LETROZOL	COM	2,5 mg	FEMARA 2,5 mg COM
LEUPRORELINA	VIA	7,5 mg	PROCRIN DEPOT MENSUAL 7,5 mg VIAL
MEGESTROL	COM	160 mg	MAYGACE 160 mg COM
TAMOXIFÈ	COM	20 mg	TAMOXIFENO 20 mg COM

L03_IMMUNOESTIMULANTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
L03AA. FACTORS ESTIMULANTS DE COLÒNIES			
G-CSF (IR)	VIA	105 mcg	GRANOCYTE 13 MUI (105 mcg) VIAL
	VIA	263 mcg	GRANOCYTE 34 MUI (263 mcg) VIAL
	XER	300 mcg	NEUPOGEN 300 mcg XER
	XER	480 mcg	NEUPOGEN 480 mcg XER (FILGRASTIM O LENOGRASTIM, EQ EN MALALT INGRESSAT)
PEG-FILGRASTIM (IR)	XER	6 mg	NEULASTA 6 mg XER
L03AB. INTERFERONS			
INTERFERÓ ALFA-2B	VIA	10 MUI	INTRON A 10 MUI VIAL
	VIA	18 MUI	INTRON A 18 MUI VIAL
L03AC. INTERLEUCINES			
ALDESLEUKINA (INTERLEUKINA II)	VIA	18 MUI	PROLEUKIN 18 MUI VIAL

L04_IMMUNOSUPRESSORS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AZATIOPRINA	COM	50 mg	IMUREL 50 mg COM
CICLOSPORINA	SOL	100 mg/ml	SANDIMMUN NEORAL SOLUCIÓ 100 mg/ml SOL 50 ml
	CAP	25 mg	SANDIMMUN NEORAL 25 mg CAP
	CAP	50 mg	SANDIMMUN NEORAL 50 mg CAP
	CAP	100 mg	SANDIMMUN NEORAL 100 mg CAP
	AMP	50 mg	SANDIMMUN 50 mg AMP 1 ml
	AMP	250 mg	SANDIMMUN 250 mg AMP 5 ml
IMMUNOGLOBULINA ANTITIMOCÍTICA DE CONILL	VIA	25 mg	TIMOGLOBULINA 25 mg VIAL 5 ml

M. SISTEMA MUSCULOESQUELÈTIC

M01_ANTIINFLAMATORIS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
DICLOFENAC	COM	50 mg	VOLTAREN 50 mg COM
	COM	100 mg	VOLTAREN RETARD 100 mg COM
	AMP	75 mg	DICLOFENACO 75 mg AMP 3 ml
	SUP	100 mg	DICLOFENACO 100 mg SUP
IBUPROFÈ	COM	400 mg	IBUPROFÈ 400 mg COM
	COM	600 mg	IBUPROFÈ 600 mg COM
INDOMETACINA	CAP	25 mg	ARTRINOVO 25 mg CAP
	SUP	100 mg	ARTRINOVO 100 mg SUP
KETOROLAC	AMP	30 mg	DROAL 30 mg AMP 1 ml
NAPROXÈ	SOB	500 mg	NAPROSYN 500 mg SOB

M02_PRODUCTES TÒPICS PER AL DOLOR ARTICULAR I MUSCULAR

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
BENCIDAMINA	POM	50 g	TANTUM POMADA 3 % POM 50 g
ETOENAMAT	GEL	60 g	FLOGOPROFEN 5 % GEL 60 g
SALICILAT DIETILAMINA/ MIRTECAÏNA	AER	100 g	ALGESAL AEROSOL ESPUMA AER 100 g

M03_RELAXANTS MUSCULARS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
M03AB. MIORELAXANTS DERIVATS DE COLINA			
SUXAMETONI	AMP	100 mg	MIOFLEX 100 mg AMP 2 ml
M03AC. MIORELAXANTS: ALTRES COMPOSTOS D'AMONI QUATERNARI			
ATRACURI	AMP	25 mg	TRACRIUM 25 mg AMP 2,5 ml
	AMP	50 mg	TRACRIUM 50 mg AMP 5 ml
VECURONI	VIA	10 mg	NORCURON 10 mg VIAL
M03BA. MIORELAXANTS D'ACCIÓ CENTRAL			
METOCARBAMOL	COM	500 mg	ROBAXIN 500 mg COM
M03BX. ALTRES MIORELAXANTS			
BACLOFÈ	COM	25 mg	LIORESAL 25 mg COM

M04_PREPARATS ANTIGOTOSOS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AL·LOPURINOL	COM	100 mg	ZYLORIC 100 mg COM
	COM	300 mg	ZYLORIC 300 mg COM
COLCHICINA	DRA	1 mg	COLCHICINE HOUDE 1 mg DRA

M05_FÀRMACS PER AL TRACTAMENT DE MALALTIES ÒSSIES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CLODRONAT SÒDIC	CAP	400 mg	BONEFOS 400 mg CAP
PAMIDRONAT SÒDIC	VIA	90 mg	AREDia 90 mg VIA
ZOLEDRONAT (IR)	VIA	4 mg	ZOMETA 4 mg VIAL PAMIDRONAT I ZOLEDRONAT, EQ EN MALALT INGRESSAT

N. SISTEMA NERVIÓS

N01_ANESTÈSICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
N01AB. ANESTÈSICS GENERALS: HIDROCARBURS HALOGENATS			
ISOFLURÀ	VIA	100 % 250 ml	FORANE 100 % VIAL 250 ml
SEVOFLURÀ	FLA	100 % 250 ml	SEVORANE 100 % FLASCÓ 250 ml
N01AF. ANESTÈSICS GENERALS: BARBITÚRICS			
TIOPENTAL SÒDIC	VIA	500 mg	TIOBARBITAL 500 mg VIAL 10 ml
N01AF. ANESTÈSICS GENERALS: OPIOIDES			
FENTANIL	AMP	0,15 mg	FENTANEST 0,15 mg/3 ml AMP (ES)
N01AX. ALTRES ANESTÈSICS GENERALS			
ETOMIDAT	AMP	20 mg	HYPNOMIDATE 20 mg AMP 10 ml
KETAMINA	VIA	500 mg	KETOLAR 500 mg/10 ml VIAL
PROPOFOL	AMP	200 mg	PROPOFOL 10 mg/ml AMP 20 ml
	VIA	1.000 mg	PROPOFOL 10 mg/ml VIAL 100 ml
N01BA. ANESTÈSICS LOCALS: AMIDES			
BUPIVACAÏNA	AMP	0,25 % 10 ml	BUPIVACAÏNA 0,25 % S/A AMP 10 ml
	AMP	0,5 % 10 ml	BUPIVACAÏNA 0,5 % S/A AMP 10 ml
	AMP	0,75 % 10 ml	BUPIVACAÏNA 0,75 % S/A AMP 10 ml
	AMP	0,5 % 10 ml	BUPIVACAÏNA 0,5 % C/A AMP 10 ml
LIDOCAÏNA	AER	10 % 50 g	XILONIBSA AEROSOL 10 % AER 50 g
	AMP	2 % 10 ml	LIDOCAÏNA 2 % S/A 10 ml
	AMP	5 % 10 ml	LIDOCAÏNA 5 % S/A 10 ml
	SOL	2 % 250 ml	LIDOCAÏNA VISCOSA 2 % SOL (FM)
	GEL	0,2 %	XYLOCAÏNA GEL ACORDEON 0,2 % 20 g
MEPIVACAÏNA	AMP	1 % 10 ml	MEPIVACAÏNA 1 % S/A AMP 10 ml
	AMP	2 % 10 ml	MEPIVACAÏNA 2 % S/A AMP 10 ml
ROPIVACAÏNA	BOL	2 mg/ml 200 mg/20 ml	NAROPIN 2 mg/ml BOL 100 ml
	AMP		NAROPIN 200 mg/20ml AMP

N02_ANALGÈSICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
N02AA. OPIOIDES: ALCALOIDES NATURALS DE L'OPI			
DIHIDROCODEÏNA	COM	60 mg	CONTUGESIC RETARD 60 mg COM
MORFINA	COM	5 mg	MST CONTINUS RETARD 5 mg COM (ES)
	COM	10 mg	MST CONTINUS RETARD 10 mg COM (ES)
	COM	30 mg	MST CONTINUS RETARD 30 mg COM (ES)
	COM	60 mg	MST CONTINUS RETARD 60 mg COM (ES)
	COM	100 mg	MST CONTINUS RETARD 100 mg COM (ES)
	SOL	10 mg/5 ml	SAM 10 mg/5 ml SOL 125 ml (FM, ES)
	SOL	20 mg/5 ml	SAM 20 mg/5 ml SOL 125 ml (FM, ES)
	SOL	40 mg/5 ml	SAM 40 mg/5 ml SOL 125 ml (FM, ES)
	SOL	100 mg/5 ml	SAM 100 mg/5 ml SOL 125 ml (FM, ES)
	COM	10 mg	SEVREDOL 10 mg COM (ES)
	COM	20 mg	SEVREDOL 20 mg COM (ES)
	AMP	1 % 1 ml	MORFINA 1 % AMP 1 ml (ES)
	AMP	2 % 2 ml	MORFINA 2 % AMP 2 ml (ES)
	VIA	2 % 20 ml	MORFINA 2 % VIAL 20 ml (ES)
	VIA	5 % 10 ml	MORFINA 5 % VIAL 10 ml (FM, ES)
N02AB. OPIOIDES: DERIVATS DE FENILPIPERIDINA			
FENTANIL	PEG	2,5 mg	DUROGESIC 25 mcg/H PEGAT (ES)
	PEG	5 mg	DUROGESIC 50 mcg/H PEGAT (ES)
	PEG	10 mg	DUROGESIC 100 mcg/H PEGAT(ES)
	COM	200 mcg	ACTIQ 200 mcg COM XUP (IR, ES)
	COM	400 mcg	ACTIQ 400 mcg COM XUP (IR, ES)
	COM	600 mcg	ACTIQ 600 mcg COM XUP (IR, ES)
	COM	800 mcg	ACTIQ 800 mcg COM XUP (IR,ES)
MEPERIDINA (PETIDINA) AMP		100 mg	DOLANTINA 100 mg AMP 2 ml (ES)
N02AC. OPIOIDES DERIVATS DE DIFENILPROPILAMINA			
DEXTROPROPOXIFÈ	CAP	150 mg	DEPRANCOL SOSTEN 150 mg CAP
N02AX. ALTRES OPIOIDES			
METADONA	COM	5 mg	METASEDIN 5 mg COM (ES)
	SOL	1 mg/ml	METADONA 1 mg/ml SOL 125 ml (FM, ES)
	AMP	10 mg	METASEDIN 10 mg AMP 1 ml (ES)

TRAMADOL	CAP	50 mg	TRAMADOL 50 mg CAP
	AMP	100 mg	TRAMADOL 100 mg AMP 2 ml

N02BA. ANALGÈSICS DERIVATS DE L'ÀCID SALICÍLIC

ÀCID ACETILSALICÍLIC	COM	500 mg	ADIRO 500 mg COM
ACETILSALICILAT DE LISINA	SOB	500 mg	INYESPRIN 500 mg SOB

N02BB. ANALGÈSICS PIRAZOLONES

METAMIZOL	CAP	575 mg	NOLOTIL 575 mg CAP
	AMP	2 g	NOLOTIL 2 g AMP 5 ml
	SUP	1 g	NOLOTIL 1 g SUP

N02BE. ANALGÈSICS ANILIDES

PARACETAMOL	VIA	1 g	PERFALGAN 1 g VIAL 100 ml
	COM	500 mg	TERMALGIN 500 mg COM
	SOB	1000 mg	GELOCATIL 1 g SOB
	GTS	100 mg/ml	GELOCATIL GOTAS 100 mg/ml GTS 30 ml
	SUP	600 mg	EFFERALGAN 600 mg SUP

N02CA. ANTIMIGRANYOSOS

ERGOTAMINA/ CAFÈINA/PARACETAMOL	SUP	2/100/400 mg	HEMICRANEAL 2/100/400 mg SUP
------------------------------------	-----	--------------	------------------------------

N03_ANTIPILETICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ÀCID VALPROIC	DRA	500 mg	DEPAKINE 500 mg DRAG
	SOL	200 mg/ml	DEPAKINE SOL 200 mg/ml 60 ml
	VIA	400 mg	DEPAKINE 400 mg VIAL
CARBAMAZEPINA	COM	200 mg	CARBAMAZEPINA 200 mg COM
CLONAZEPAM	COM	0,5 mg	RIVOTRIL 0.5 mg COM
	AMP	1 mg	RIVOTRIL 1 mg AMP 1 ml
	GTS	2,5 mg/ml	RIVOTRIL GOTAS 2,5 mg/ml GTS 10 ml
FENITOÏNA	COM	100 mg	NEOSIDANTOINA 100 mg COM
	VIA	250 mg	FENITOINA 250 mg VIAL
FENITOÏNA/ FENOBARBITAL	COM	100/50 mg	EPILANTIN 100/50 mg COM
FENOBARBITAL	COM	50 mg	GARDENAL 50 mg COM
	COM	100 mg	LUMINAL 100 mg COM
	AMP	200 mg	LUMINAL 200 mg AMP 1 ml
GABAPENTINA	CAP	300 mg	NEURONTIN 300 mg CAP

N04_ANTIPARKINSONIANS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
BIPERIDÈ	COM	2 mg	AKINETON 2 mg COM
	AMP	5 mg	AKINETON 5 mg AMP 1 ml
BROMOCRIPTINA	COM	2,5 mg	PARLODEL 2.5 mg COM
LEVODOPA/ BENSERAZIDA	COM	200/50 mg	MADOPAR 200/50 mg COM
LEVODOPA/CARBIDOPA	COM	250/25 mg	SINEMET 250/25 mg COM
	COM	100/25 mg	SINEMET PLUS RETARD 100/25 mg COM
TRIHEXIFENIDIL	COM	2 mg	ARTANE 2 mg COM

N05_PSICOLÈPTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
N05A. ANTIPSICÒTICS			
CLORPROMAZINA	COM	25 mg	LARGACTIL 25 mg COM
	COM	100 mg	LARGACTIL 100 mg COM
	GTS	40 mg/ml	LARGACTIL 40 mg/ml GTS 10 ml
	AMP	25 mg	LARGACTIL 25 mg AMP 5 ml
HALOPERIDOL	COM	10 mg	HALOPERIDOL 10 mg COM
	GTS	2 mg/ml	HALOPERIDOL 2 mg/ml GTS 15 ml
	AMP	5 mg	HALOPERIDOL 5 mg AMP 1 ml
LEVOMEPRIMAZINA	COM	25 mg	SINOGAN 25 mg COM
	COM	100 mg	SINOGAN 100 mg COM
	GTS	40 mg/ml	SINOGAN 40 mg/ml GTS 10 ml
	AMP	25 mg	SINOGAN 25 mg AMP 1 ml
LITI CARBONAT	COM	400 mg	PLENUR 400 mg COM
SULPIRIDA	CAP	50 mg	DOGMATIL 50 mg CAP
TRIFLUOROPERAZINA	DRA	2 mg	ESKAZINE 2 mg DRAG
N05BA. ANSIOLÍTICS: BENZODIACEPINES			
ALPRAZOLAM	COM	0,25 mg	TRANKIMAZIN 0,25 mg COM
	COM	0,5 mg	TRANKIMAZIN 0,5 mg COM
	COM	2 mg	TRANKIMAZIN 2 mg COM
BROMAZEPAM	CAP	1,5 mg	LEXATIN 1,5 mg CAP
CLORAZEPAT DIPOTÀSSIC	CAP	5 mg	TRANXILIUM 5 mg CAP
	CAP	10 mg	TRANXILIUM 10 mg CAP
	COM	50 mg	TRANXILIUM 50 mg COMP
	VIA	50 mg	TRANXILIUM 50 mg VIAL 2,5 ml
DIAZEPAM	COM	5 mg	DIAZEPAN 5 mg COM
	COM	10 mg	DIAZEPAN 10 mg COM
	AMP	10 mg	DIAZEPAN 10 mg AMP 2 ml
	SUP	5 mg	DIAZEPAN 5 mg SUP
LORAZEPAM	DRA	1 mg	DONIX 1 mg DRA

N05BB. ANSIOLÍTICS: DIFENILMETANS

HIDROXIZINA	COM	25 mg	ATARAX 25 mg COM
-------------	-----	-------	------------------

N05CD. HIPNÒTICS I SEDANTS: BENZODIAZEPINES

FLUNITRAZEPAM	COM	1 mg	ROHIPNOL 1 mg COM
	AM	2 mg	ROHIPNOL 2 mg AMP 1 ml
MIDAZOLAM	COM	7,5 mg	DORMICUM 7,5 mg COM
	AMP	15 mg	MIDAZOLAM 15 mg AMP 3 ml

N05CD. FÀRMACS RELACIONATS AMB BENZODIAZEPINES

ZOLPIDEM	COM	10 mg	STILNOX 10 mg COM
----------	-----	-------	-------------------

N05CM. ALTRES HIPNÒTICS I SEDANTS

CLOMETIAZOL	CAP	192 mg	DISTRANEURINE 192 mg CAP
-------------	-----	--------	--------------------------

03

N06_PSIKOANALÈPTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
N06AA. INHIBIDORS NO SELECTIUS DE LA RECAPTACIÓ DE MONOAMINES			
AMITRIPTILINA	COM	25 mg	TRYPTIZOL 25 mg COM
CLOMIPRAMINA	DRA	25 mg	ANAFRANIL 25 mg DRAG
	COM	75 mg	ANAFRANIL 75 mg COM
IMIPRAMINA	DRA	25 mg	TOFRANIL 25 mg DRAG
	DRA	50 mg	TOFRANIL 50 mg DRAG
MAPROTILINA	COM	25 mg	LUDIOMIL 25 mg COM
	COM	75 mg	LUDIOMIL 75 mg COM

N06AB. INHIBIDORS DE LA RECAPTACIÓ DE SEROTONINA

FLUOXETINA	CAP	20 mg	FLUOXETINA 20 mg CAP
------------	-----	-------	----------------------

N06BA. AGENTS SIMPATICOMIMÈTICS D'ACCIÓ CENTRAL

METILFENIDAT	COM	10 mg	RUBIFEN 10 mg COM
--------------	-----	-------	-------------------

N07_PARASIMPATICOMIMÈTICS ANTICOLINESTARÀSICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
EDROFONI	AMP	25 mg	ANTICUDE 25 mg AMP 2 ml
NEOSTIGMINA	AMP	0,5 mg	NEOSTIGMINA 0,5 mg AMP 1 ml
PIRIDOSTIGMINA	COM	60 mg	MESTINON 60 mg COM

P. PRODUCTES ANTIPARASITARIS, INSECTICIDES I REPEL-LENTS

P01_ANTIPROTOZOARIS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
PENTAMIDINA mg VIAL+2AMP	AER	300 mg	PENTACARINAT AER 300
PIRIMETAMINA	COM	25 mg	DARAPRIM 25 mg COM

P02_ANTIHELMÍNTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
MEBENDAZOL	COM	100 mg	LOMPER 100 mg COM

P03_ECTOPARASITICIDES

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
FENOTRINA	SOL	0,3 %	SARPEX LOCIÓ 0,3 % SOL 125 ml
	SOL	0,4 %	SARPEX XAMPÚ 0,4 % SOL

R. SISTEMA RESPIRATORI

R01_PREPARATS D'ÚS NASAL

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ACETILCISTEÏNA/ BENZALCONI/ TUAMINOHEPTÀ	GTS	1 % 10 ml	RINOFLUMIL 1 % GTS NASALS 10 ml
BUDESONIDA	AER	100 mcg/PUL	NEO RINACTIVE 100 mcg/puls AER 200 DOSIS
OXIMETAZOLINA	NEB	0,05 % 10 ml	RESPIR 0,05 % SOL NEBULITZADOR 10 ml

R02_PREPARATS PER A LA GOLA

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
CLORHEXIDINA/ BENZOCAÏNA	COM	5/2 mg	HIBITANE 5/2 mg COMP

R03_AGENTS ANTIASMÀTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
R03AC. AGONISTES SELECTIUS DELS RECEPTORS BETA-2 ADRENÈRGICS			
SALBUTAMOL	AER	100 mcg/PUL	VENTOLÍN 100 mcg/puls AEROSOL 200 DOSIS
	NEB	5 mg/ml	VENTOLÍN RESPIRADOR 5 mg/ml SOL 10 ml
R03BA. GLUCOCORTICOIDES			
BUDESONIDA	AER	200 mcg/PUL	PULMICORT AEROSOL 200 mcg/puls 100 DOSIS
R03BB. ANTICOLINÈRGICS			
IPRATROPI BROMUR	AER	20 mcg/PUL	ATROVENT 20 mcg/puls AEROSOL 200 DOSIS
	NEB	500 mcg	ATROVENT MONODOSI 500 mcg AMP SOL INHAL 2 ml
R03CA. AGONISTES ALFA I BETAADRENÈRGICS			
EFEDRINA	AMP	50 mg	EFEDRINA 5 % AMP 1 ml (FM)
R03CC. AGONISTES BETA-2 ADRENÈRGICS SISTÈMICS			
SALBUTAMOL	AMP	0,5 mg	VENTOLÍN 0,5 mg AMP 1 ml
R03DA. XANTINES			
TEOFIL-LINA	CAP	100 mg	VENT-RETARD 100 mg CAP
	CAP	300 mg	VENT-RETARD 300 mg CAP
	AMP	200 mg	EUFILINA 200 mg AMP 10 ml

R05_PREPARATS PER A LA TOS I EL REFREDAT

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
R05CB. MUCOLÍTICS			
ACETILCISTEÏNA	SOB	200 mg	FLUMIL ORAL 200 mg SOB
	NEB	300 mg	FLUMIL 300 mg AMP 3 ml SOL NEB
AMBROXOL	XAR	15 mg/5 ml	MUCOSAN 15 mg/5 ml XAROP 200 ml
	AMP	15 mg	MUCOSAN 15 mg AMP 2 ml
MESNA	NEB	600 mg	MUCOFLUID 600 mg AMP SOL NEB 3 ml
R05DA. ALCALOIDES DE L'OPI I DERIVATS			
CODEÏNA	COM	30 mg	CODEISAN 30 mg COM
DEXTROMETORFÀ	COM	15 mg	ROMILAR 15 mg COM

R06_ANTIISTAMÍNICS PER A ÚS SISTÈMIC

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
DEXCLORFENIRAMINA	COM	2 mg	POLARAMINE 2 mg COM
	AMP	5 mg	POLARAMINE 5 mg AMP 1 ml
DIFENHIDRAMINA	CAP	50 mg	BENADRYL 50 mg CAP
EBASTINA	COM	10 mg	EBASTEL 10 mg COM
PROMETAZINA	AMP	50 mg	FRINOVA 50 mg AMP 2 ml

S. ÒRGANS DELS SENTITS

S01_OFTALMOLÒGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
S01A. OFTALMOLÒGICS ANTIINFECCIOSOS			
ACICLOVIR	POF	3 %	ZOVIRAX OFTALMICO 3 % POMADA 4,5 g
CLORAMFENICOL	COL	0,5 %	COLIRCUSI CLORANFENICOL 0,5 % COL 10 ml
	POF	1 %	OFT CUSI CLORANFENICOL 1 % POMADA 3 g
CLORTETRACICLINA	COL	0,5 %	COLIRCUSI AUREOMICINA 0,5 % COL 5 ml
	POF	0,5 %	OFT CUSI AUREOMICINA 0,5 % POM 3 g
GENTAMICINA	COL	0,3 %	COLIRCUSI GENTAMICINA 0,3 % COL 10 ml
	POF	0,3 %	OFT CUSI GENTAMICINA 0,3 % POMADA 5 g
RETINOL/ GENTAMICINA/ METIONINA	POF		POMADA OCULOS EPITELIZANTE 10.000UI/ 3 mg/5 mg/g POM 3 g
S01B. OFTALMOLÒGICS ANTIINFLAMATORIS			
DEXAMETASONA	COL	0,1 %	COLIRCUSI DEXAMETASONA 0,1 % COL 10 ml
DICLOFENAC	COL	0,1 %	VOLTAREN COLIRIO 0,1 % COL 5 ml
HIDROCORTISONA	POF	1,5 %	OFT CUSI HIDROCORTISONA 1,5 % POMADA 3 g
S01C. COMBINACIÓ DE ANTIINFECCIOSOS I ANTIINFLAMATORIS			
CLORAMFENICOL/ DEXAMETASONA	COL	0,73/0,1 %	COLIRCUSI DE ICOL 0,73/0,1 % COL 10 ml
	POF	1/0,05 %	OFT CUSI DE ICOL 1/0,05 % POMADA 3 g
GENTAMICINA/ DEXAMETASONA	COL	0,3/0,1 %	COLIRCUSI GENTADExA 0,3/0,1 % COL 10 ml

S01E. ANTIGLAUCOMA I MIÒTICS

DIPIVEFRINA	COL	0,1 %	DIOPINE 0,1 % COL 5 ml
DORZOLAMIDA	COL	2 %	TRUSOPT 2 % COL 5 ml
PILOCARPINA	COL	2 %	COLIRCUSI PILOCARPINA 2 % COL 10 ml
TIMOLOL	COL	0,5 %	TIMOFTOL 0,5 % COL 5 ml

S01F. MIDRIÀTICS I CICLOPLÈGICS

ATROPINA	COL	1 %	COLIRCUSI ATROPINA 1 % COL 10 ml
CICLOPENTOLAT	COL	1 %	COLIRCUSI CICLOPÉJICO 1 % COL 10 ml
FENILEFRINA	COL	10 %	COLIRCUSI FENILEFRINA 10 % COL 10 ml
TROPICAMIDA	COL	1 %	COLIRCUSI TROPICAMIDA 1 % COL 5 ml

S01G. DESCONGESTIONANTS I ANTIALÈRGICS

OXIMETAZOLINA	COL	0,025 %	ALERFRIN 0,025 % COL 10 ml
---------------	-----	---------	----------------------------

S01H. ANESTÈSICS LOCALS

OXIBUPROCAÏNA/ TETRACAÏNA	COL	0,4/0,1 %	COLIRCUSI ANESTESICO DOBLE 0,4/0,1 % COL 10 ml
------------------------------	-----	-----------	---

S01J. AGENTS DIAGNÒSTICS

FLUORESCEÏNA	COL	2 %	COLIRCUSI FLUORESCEINA 2 % COL 10 ml
--------------	-----	-----	---

S01X. ALTRES OFTALMOLÒGICS

CLORUR SÒDIC	POF	5 %	OFT CUSI ANTIEDEMA 5 % POMADA 5 g
SODI CLORUR/ HIPROMELOSA	COL	0,5/0,3 %	COLIRCUSI HUMECTANTE 0,5/0,3 % COL 15 ml

S02_OTOLÒGICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
ÀCID ACÈTIC	SOL	1,5 %	ÀCID ACÈTIC 1,5 % SOL 20 ml (FM)
ALCOHOL BORICAT SATURAT	SOL		ALCOHOL BORICAT SATURAT 20 ml SOL (FM)
CIPROFLOXACINO	GTS	0,3 %	CETRAXAL OTICO 0,3 % GTS 10 ml
FLUOCINOLONA/ NEOMICINA/POLIMIXINA	GTS	0,025/0,35 %/ 1.000UI	SYNALAR OTICO 0,025/ 0,35 %/1.000 UI 10 ml GTS
OLI DE RICÍ/ TREMENTINA/FENOL/ BENZOCAÏNA	GTS		OTOCERUM 10 ml GTS

V. DIVERSOS

V03AB_ANTÍDOTS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
V03AB. ANTÍDOTS			
FLUMAZENIL	AMP	1 mg	ANEXATE 1 mg AMP 10 ml
NALOXONA	AMP	0,4 mg	NALOXONE 0,4 mg AMP 1 ml
PROTAMINA	VIA	50 mg	PROTAMINA 50 mg VIAL 5 ml
V03AC. AGENTS QUELANTS DEL FERRO			
DEFEROXAMINA	VIA	500 mg	DEFERIN 500 mg VIAL
V03AE. FÀRMACS PER AL TRACTAMENT DE LA HIPERFOSFATÈMIA I LA HIPERPOTASSÈMIA			
ACETAT CÀLCIC	CAP	500 mg	ROYEN 500 mg CAP
POLIESTIRÈ SULFONAT CÀLCIC	POLS	400 g	RESINCALCIO 400 g PÓLVORES
V03AF. DESINTOXICANTS DE CITOSTÀTICS			
ÀCID FOLÍNIC	COM	15 mg	LEDERFOLIN 15 mg COM
	VIA	50 mg	LEDERFOLIN 50 mg VIAL
	VIA	350 mg	LEDERFOLIN 350 mg VIAL
BLAU DE METILÈ	AMP	2 %	AZUL DE METILENO 2 % AMP 5 ml (FM)
DIMETILSULFÒXID	SOL	50 ml	DIMETILSULFÒXID 50 ml SOL (FM)
HIALURONIDASA	VIA	150UI	HIALURONIDASA 150 UI VIA (PO)
MESNA (2-MERCAPTOETANO-SULFONAT)	AMP	200 mg	UROMITEXAN 200 mg AMP
RASBURICASA (IR)	VIA	1,5 mg	FASTURTEC 1,5 mg VIAL
TIOSULFAT SÒDIC	AMP	1/6 M	TIOSULFAT SÒDIC 1/6M AMP 5 ml (PO)

V04_AGENTS DIAGNÒSTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
TUBERCULINA PPD	VIA	1 UT	TUBERCULINA PPD EVANS 1UT/0,1 ml 10 DOSIS

V07_TOTA LA RESTA DE PRODUCTES NO TERAPÈUTICS

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AIGUA BIDEUTIL·LADA	AMP		AGUA BIDEUTILADA 10 ml AMP
	VIA		AGUA BIDEUTILADA LAVADO VIAL 1.000 ml

V08_MITJANS DE CONTRAST

PRINCIPI ACTIU	FF	DOSI	NOM COMERCIAL
AMIDOTRIZOAT	SOL	76 %	GASTROGRAFIN 76 % SOL 100 ml
	VIA	70 %	PIELOGRAF 70 % VIAL 50 ml
BARI SULFAT	POLS	98 %	BARIGRAF 98 % AD 340 g PÓLVORES

04

GUIA DE DIETES DE NUTRICIÓ ENTERAL I PARENTERAL

04

NUTRICIÓ ENTERAL

DIETES COMPLETES

POLIMÈRICA NORMOCALÒRICA I NORMOPROTEICA SENSE FIBRA	FLA 500 ml	DIETGRIF ESTANDAR, ENSURE HN, NUTRISON ESTANDAR, ISOSOURCE ESTÀNDAR
POLIMÈRICA NORMOCALÒRICA NORMOPROTEICA AMB FIBRA	FLA 500 ml	DIETGRIF ESTANDAR FIBRE, ENSURE FIBRA, JEVITY, NUTRISON MULTIFIBRE, ISOSOURCE FIBRA
POLIMÈRICA HIPERCALÒRICA I NORMOPROTEICA	FLA 500 ml	DIETGRIF ENERGETIC, NUTRISON ENERGY
POLIMÈRICA HIPERCALÒRICA NORMOPROTEICA	FLA 200 ml	FORTISIP, FORTIFRESH, RESOURCE ENERGY
POLIMÈRICA NORMOCALÒRICA I HIPERPROTEICA	FLA 500 ml	DIETGRIF HIPERPROTEIC, PROMOTE, NUTRISON PROTEIN PLUS, ISOSOURCE PROTEIN
PER A PACIENTS DIABÈTICS	FLA 500 ml	DIETGRIF DIABÈTIC, DIASON, GLUCERNA, NOVASOURCE DIABET

SUPLEMENTS

SUPLEMENT HIPERPROTEIC, HIPERCALÒRIC LÍQUID	FLA 200 ml	FORTIMEL
SUPLEMENT HIPERPROTEIC, HIPERCALÒRIC PUDDING	FLA 125 ml	DIETGRIF PUDDING

	DIETES NORMALS			DIETES D'ESTRÈS			DIETES HEPÀTIQUES			D. RENALS		D. HIPOCALÒRICA
	N-1	N-2	N-3	S-1	S-2	S-3	H-1	H-2	R-3		Clinomel	
Nitrogen (g)	10	14	16	14	16	18	7,7	15,4	4,4		7	
Glúcids (g)	200	250	250	250	250	250	200	250	175		160	
Lípids (g)	50	70	100	50	70	100	50	70	50		40	
Sodi (mEq)	76	78	80	78	80	78	9	92	-		28	
Potassi (mEq)	70	70	70	70	70	70	-	70	-		24	
Calci (mEq)	15	15	15	15	15	15	-	15	-		3,6	
Magnesi (mEq)	15	15	15	15	15	15	-	15	-		4	
Acetat (mEq)	75	75	75	75	75	75	26	126	-		60	
Clorur (mEq)	129	144	152	144	152	160	5	100	-		32	
Fosfat (mmol)	13	14,2	16	13	14,2	16	3	14,2	3		12	
Vit/Olig	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt	Dies alt		-	
Osm (mOsm/l)	1123	1346	1.370	1.404	1.455	1.386	1.264	1.383	1.198		1.450	
Volum (ml)	1845	1945	2.095	1.845	1.945	2.095	1.260	1.945	1.010		1.000	
Kcal/g N	129	121	125	107	106	111	169	110	273		149	
Kcal totals	1550	2050	2.400	1.850	2.100	2.450	1.500	2.100	1.334		1.200	

GUIA CLÍNICA DE L'ANÈMIA EN CÀNCER I FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI (FEE)

Gener 2005

Metodologia.

- Revisió de l'evidència científica, graduació de l'evidència segons l'ASCO. S'accepta l'evidència nivell I o II.
- Discussió.
- Definició de la Guia clínica.
- Avaluació per analitzar la repercussió de la implantació.
- Revisió cada 2 anys o quan aparegui una nova evidència.

UTILITZACIÓ DELS FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI (FEE) EN EL TRACTAMENT DE L'ANÈMIA INDUÏDA PER QUIMIOTERÀPIA

Objectiu del tractament.

Aconseguir la pal·liació dels símptomes anèmics que produeixen xifres d'Hb < 10,5 g/dl, en pacients on l'objectiu principal del tractament oncològic sigui la pal·liació.

Malalt candidat, criteris per iniciar el tractament.

Malalt amb nivells d'hemoglobina (Hb):

- Hb < 10,5 g/dl i no finalitzat el tractament amb quimioteràpia.
- Hb < 12 g/dl i reducció 1,5 g/dl o superior durant l'últim mes o des de l'últim cicle i simptomatologia anèmica. També s'avaluarà si hi ha comorbiditat cardiopulmonar.

Cada centre ha d'aplicar la seva política transfusional.

Avaluació de l'anèmia (bassal-periòdica).

La indicació de tractament amb FEE ha d'anar precedida d'un estudi d'anèmies complet que permeti descartar ferropènia o altres estats carencials que podrien impedir una resposta adequada. Segons els resultats estaria indicat complementar el tractament amb FEE amb ferro, vitamina B12 o àcid fòlic. Aquest estudi s'hauria de repetir durant el tractament en cas de mala resposta no explicable per altres causes o segons criteri clínic.

Aquest estudi ha d'incloure:

- Hemograma.
- Hemoglobina basal i periòdica (periodicitat segons la durada del cicle).
- Controls periòdics de creatinina.

Titulació de la dosi.

- Regim de tractament inicial:
 - Eritropoietina alfa 150 UI/kg/dia, tres cops per setmana (no es recomana la dosi de 40.000 UI/setmanal fins que hi hagi més evidència científica).
 - Eritropoietina beta, 150 UI/kg/dia, tres cops per

setmana o 450 UI/kg un cop per setmana en malaltia hematològica.

- Darbepoetina 2,25 mc/kg un cop per setmana o 6,75 mc/kg cada 3 setmanes (trisetmanal).

L'ajustament de la dosi per pes solament s'ha de fer en els casos extrems. Pes ideal >100 kg o < 50 kg.

- Fallada del tractament.

Si després de 4-6 setmanes no augmenta l'hemoglobina 1 g/dL, cal augmentar la dosi de l'estimulador de l'eritropoesi un 50 %, excepte en el cas de darbepoetina trisetmanal; si no hi ha resposta cal suspendre el tractament.

Reavaluar el malalt després de 4-6 setmanes. Si encara no hi ha una resposta òptima, cal suspendre el tractament i analitzar-ne les possibles causes (progressió tumoral, pèrdues de sang, dèficit de ferro, anticossos antiEPO, etc.).

- Excés de resposta.

Finalització del tractament si a les 4 setmanes del tractament quimioteràpic o després d'1-2 cicles de QT:

- Es troba un augment de 2 g/dL d'hemoglobina.
- Hemoglobina > 13 g/dL.

Es recomana el seguiment estricte d'aquests criteris. Aquesta recomanació està basada en l'aparició de determinats articles (Henke i col·l., Leylans-Jones i col·l., i Machtay i col·l.) que troben una relació negativa entre l'administració de FEE i la supervivència quan l'objectiu de nivell d'hemoglobina és superior a 12 g/dl.

Durada del tractament.

Fins a 4-6 setmanes (equivalent a un cicle) després de finalitzar l'últim cicle de quimioteràpia.

Suplementació amb ferro.

Si cal segons que:

- Ferritina (< 100) i/o saturació de transferrina (< 20 %).
- Resposta del pacient.

Dosi de ferro:

- Oral: 315 mg ferro element/dia.
- Endovenós:
 - Ferro sacarosa (Venofer® 100 mg ampolla).

- Dosis: La dosi total acumulada, equivalent al dèficit total de ferro (mg), està determinada per la concentració d'hemoglobina i pel pes del malalt descrit a continuació:

$$\text{Dèficit de ferro (mg)} = \text{Pes corporal (kg)} \times (\text{Hb objectiu} - \text{Hb real}) \times 0,24 + \text{dipòsit de ferro (mg)}.$$
- El dipòsit de ferro es pot establir, com a factor fix, en 500 mg, o segons el pes corporal per una Hb objectiu de 130 g/l, 15 mg/kg.

UTILITZACIÓ DELS FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI EN EL TRACTAMENT DE L'ANÈMIA EN SÍNDROMES MIELODISPLÀSTIQUES (SMD) I MIELOPROLIFERATIVES

Objectiu del tractament.

Aconseguir hemoglobina > 12g/dL.

Malalt candidat, criteris per iniciar el tractament.

Malalt amb SMD de baix risc (AR i ARS), anèmia simptomàtica i nivells bassals d'EPO < 200 Mu/ml. S'ha de sol·licitar per via de l'ús compassiu.

Titulació de dosi i avaluació resposta.

Mateixos criteris de dosi, escalada o reducció i retirada que en la indicació d'anèmia induïda per quimioteràpia, tot i que no hi ha evidència independent.

Seguiment.

Avaluació cada 4 setmanes des de l'inici fins a ajustar la dosi, i després com a màxim avaluació i nova prescripció als 3 mesos.

Altres consideracions.

- Els tractaments en combinació amb G-CSF només en el context d'assaig clínic.
- No hi ha evidència demostrada en anèmia refractària amb excés de blastes (AREB).
- L'evidència en malaltia mieloproliferativa és molt escassa per la baixa incidència. Recomanable l'ús en el context d'assaig clínic.

UTILITZACIÓ DELS FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI EN EL TRACTAMENT DE L'ANÈMIA EN MIELOMA MÚLTIPLE, LIMFOMA I LEUCÈMIA LIMFOCÍTICA CRÒNICA EN ABSÈNCIA DE QUIMIOTERÀPIA

Objectiu del tractament.

Aconseguir hemoglobina > 12 g/dL.

Malalt candidat, criteris per iniciar el tractament.

Malalt amb mieloma múltiple, limfoma de baix grau i leucèmia limfocítica crònica i anèmia en absència de quimioteràpia, on l'únic criteri de progressió de la malaltia és l'anèmia i és la principal responsable de la simptomatologia del pacient.

S'ha de sol·licitar per via de l'ús compassiu.

Titulació de dosi i avaluació resposta.

Mateixos criteris de dosi, escalada o reducció i retirada que en la indicació d'anèmia induïda per quimioteràpia, tot i que no hi ha evidència independent.

Seguiment.

Avaluació cada 4 setmanes des de l'inici fins a ajustar la dosi, i després com a màxim avaluació i nova prescripció als 3 mesos.

Suplementació amb ferro.

Dosi de ferro: 315 mg ferro element/dia.

Altres consideracions.

- Es decideix que es recollirà l'experiència de l'ús d'epoetina en el grup de malalts amb anèmia en mieloma múltiple, limfoma de baix grau i leucèmia limfocítica crònica en absència de quimioteràpia on l'únic criteri de progressió de la malaltia és l'anèmia i en pacients amb SMD de baix risc (AR i ARS) i nivells bassals d'EPO < 200 Mu/ml.
- S'ha d'incloure en aquesta avaluació l'epoetina basal, no com a criteri d'inici de tractament sinó per l'avaluació de factor pronòstic de resposta.
- S'ha d'unificar en aquesta indicació la presentació d'epoetina a epoetina alfa.

UTILITZACIÓ DELS FACTORS ESTIMULANTS DE L'ERITROPOESI EN EL TRACTAMENT DE L'ANÈMIA EN SITUACIÓ DE MANCA D'EMPELT O BARRERA DE GRUP DESPRÉS DE TRASPLANTAMENT DE PROGENITORS HEMOPOÈTICS (TPH)

Objectiu del tractament.

Aconseguir hemoglobina > 12 g/dL.

Malalt candidat, criteris per iniciar el tractament.

Malalt en situació de manca d'empelt o barrera de grup després de trasplantament de progenitors hemopoètics (TPH).

S'ha de sol·licitar per via de l'ús compassiu.

Titulació de dosi i avaluació resposta.

Mateixos criteris de dosi, escalada o reducció i retirada que en la indicació d'anèmia induïda per quimioteràpia, tot i que no hi ha evidència independent.

Seguiment.

Avaluació cada 4 setmanes des de l'inici fins a ajustar la dosi, i després com a màxim avaluació i nova prescripció als 3 mesos.

Bibliografia.

- "Scientific Discussion EMEA 2004". (www.emea.eu).
- "Base de datos de medicamentos". Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004.
- "Micromedex". Healthcare Series.
- "Monografia Aranesp®".
- "Monografia Eprex®".
- "Monografia Epopen®".
- "Monografia NeoRecormon®".
- "Cancer and treatment-related anemia. Clinical Practice Guidelines in Oncology". V 1.2003. National Comprehensive Cancer Network. www.nccn.org
- "Cancer -related fatigue. Clinical Practice Guidelines in Oncology". V 1.2003. National Comprehensive Cancer Network. www.nccn.org
- "Acute Myeloid Leukemia. Clinical Practice Guidelines in Oncology". V 1.2003. National

Comprehensive Cancer Network. www.nccn.org

- Bokemeyer C, Aapro MS, Courdi A et al. "EORTC guidelines for the use of erythropoietic proteins in anaemic patients with cancer". *European Journal of Cancer* 2004; 40: 2201-2216
- Rizzo JD, Lichtin AE, Woolf SH et al. "Use of epoetin in patients with cancer: Evidence-based clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology and the American Society of Hematology". *J Clin Oncol* 2002; 20: 4083-4107.
- "Guidelines Working Group of the UK Myeloma Forum on behalf of the British Committee for the Standards in Haematology. Guidelines for the diagnosis and management of multiple myeloma". *Br J Haematol* 2001; 115: 522-540.
- Auerbach M, Ballard H, Trout JR et al. "Intravenous iron optimizes the response to recombinant human erythropoietin in cancer patients with chemotherapy-related anemia: a multicenter, open-label, randomized trial". *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22: 1301-1307.
- Baron F, Sautois B, Baudoux E, et al. "Optimization of recombinant human erythropoietin therapy after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation". *Exp Hematol* 2002; 30: 546-554.
- Blohmer JU, Wurschmidt F, Petry U et al. "6th interim analysis of a prospective, randomized, open and controlled AGO- and NOGGO-intergroup study: sequential adjuvant chemo-radiotherapy with vs without epoetin alfa for patients with high-risk cervical cancer". *Proc ASCO* 2003; Abstract 1798.
- Cascinu S, Fedeli A, Del Ferro E et al. "Recombinant human erythropoietin treatment in cisplatin-associated anemia: a randomized, double-blind trial with placebo". *J Clin Oncol* 1994; 12: 1058-1062.
- Case DC, Burkowski RM, Carey RW et al. "Recombinant human erythropoietin for anemic cancer patients on combination chemotherapy". *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 801-806.
- Casadevall N, Nataf J, Viron, et al. "Pure red-aplasia and antierythropoietin antibodies in patients treated with recombinant erythropoietin". *N Engl J Med* 2002; 346: 469-75.

- Cazzola M, Beguin Y, Kloczko J et al. "Once-weekly epoetin beta is highly effective in treating anaemic patients with lymphoproliferative malignancy and defective endogenous erythropoietin production". *Br J Haematol* 2003; 122: 386-393.
- Cazzola M, Messinger D, Battistel V et al. "Recombinant human erythropoietin in the anemia associated with multiple myeloma or non-Hodgkin's lymphoma: dose finding and identification of predictors of response". *Blood* 1995; 86: 4446-4453.
- Dammacco F, Silvestris F, Castoldi GL et al. "The effectiveness and tolerability of epoetin alfa in patients with multiple myeloma refractory to chemotherapy". *Int J Clin Lab Res* 1998; 28: 127-134.
- Dammacco F, Castoldi G, Rodjer S. "Efficacy of epoetin alfa in the treatment of anemia of multiple myeloma". *Br J Haematol* 2001; 113: 172-9.
- Del Mastro L, Venturini M, Lionetto R et al. "Randomized phase III trial evaluating the role of erythropoietin in the prevention of chemotherapy-induced anemia". *J Clin Oncol* 1997; 15: 2715-2721.
- Demetri GD, Kris M, Wade J et al. "Quality of life benefit in chemotherapy patients treated with epoetin alfa is independent of disease response or tumor type: results from a prospective community oncology study". *J Clin Oncol* 1998; 16: 3412-3425.
- Dusenbery KE, McGuire WA, Holt et al. "Erythropoietin increases hemoglobin during radiation therapy for cervical cancer". *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994; 29: 1079-1084.
- Fujimori Y, Kanamaru A, Saheki K, et al. "Recombinant human erythropoietin for late-onset anemia after allogeneic bone marrow transplantation". *Int J Hematol* 1998; 67:131-136.
- Gabrilove JL, Cleeland CS, Livingston RB et al. "Clinical evaluation of once-weekly dosing of epoetin alfa in chemotherapy patients: improvements in hemoglobin and quality of life are similar to three-times-weekly dosing". *J Clin Oncol* 2001; 19: 2875-2882.
- Gamucci T, Thorel MF, Frasca AM et al. "Erythropoietin for the prevention of anemia in neoplastic patients

- treated with cisplatin". *Eur J Cancer* 1993; 29^a: S13-S14.
- Garton JP, Gertz MA, Witzg TE et al. "Epoetin alfa for the treatment of anemia of multiple myeloma: a prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind trial". *Arch Intern Med* 1995; 155: 2069-2074.
 - Glaser CM, Millesi W, Kornek G et al. "Impact of hemoglobin level and use of recombinant erythropoietin on efficacy of preoperative chemoradiation therapy for squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx". *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50: 705-715.
 - Hedenus M, Hansen S, Taylor K et al. "Randomized dose-finding study of darbepoetin alfa in anaemic patients with lymphoproliferative malignancies". *Br J Haematol* 2002; 119: 79-86.
 - Hedenus M, Adriansson M, San Miguel J et al. "Efficacy and safety of darbepoetin alfa in anaemic patients with lymphoproliferative malignancies: a randomized, double-blind, placebo-controlled study". *Br J Haematol* 2003; 122: 394-403.
 - Henke M, Guttenberger R, Barke A et al. "Erythropoietin for patients undergoing radiotherapy: a pilot study". *Radiother Oncol* 1999; 50: 185-190.
 - Henke M, Laszig R, Rube C et al. "Erythropoietin to treat head and neck cancer patients with anaemia undergoing radiotherapy: randomised, double-blind, placebo-controlled trial". *Lancet* 2003; 362: 1255-60.
 - Henry DH, Brooks BJ, Case DC et al. "Recombinant human erythropoietin therapy for anemic cancer patients receiving cisplatin chemotherapy". *Cancer J Sci Am* 1995; 1: 252
 - Italian Cooperative Study Group for rHuEpo in Myelodysplastic Syndromes." A randomized double-blind placebo-controlled study with subcutaneous recombinant human erythropoietin in patients with low-risk myelosidplstic syndromes". *Br J Haematol* 1998; 103: 1070-1074.

- Kasper C, Zahner J, Sayer HG. "Recombinant human erythropoietin in combined treatment with granulocyte or granulocyte-macrophage colony-stimulating factor in patients with myelodysplastic syndromes". *J Cancer Res Clin Oncol* 2002; 128: 497-502.
- Kotasek D, Steger G, Faught W et al. "Darbepoetin alfa administered every 3 weeks alleviates anaemia in patients with solid tumours receiving chemotherapy; results of a double-blind, placebo-controlled, randomised study". *European Journal of Cancer* 2003; 39: 2026-2034.
- Kurz C, Marth C, Windbichler G et al. "Erythropoietin treatment under polychemotherapy in patients with gynecologic malignancies: a prospective, randomized, double-blind placebo-controlled multicenter study". *Gynecol Oncol* 1997; 65: 461-466.
- Lavey RS, Dempsey WH. "Erythropoietin increases hemoglobin in cancer patients during radiation therapy". *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993; 27: 1147-1152.
- Leyland-Jones B i col-l. "Breast cancer trial with erythropoietin terminated unexpectedly". *Lancet Oncol* 2003; 4: 459-60.
- Link H, Boogaerts MA, Fauser AA, et al. "A controlled trial of recombinant human erythropoietin after bone marrow transplantation". *Blood* 1994; 84: 3327-3335.
- Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JW et al. "Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial". *J Clin Oncol* 2001; 19: 2865-2874.
- Ludwig H, Fritz E, Leitgeb C et al. "Prediction of response to erythropoietin treatment in chronic anemia of cancer". *Blood* 1994; 84: 1056-63.
- Ludwig H, Rai K, Blade J et al. "Management of disease-related anemia in patients with multiple myeloma or chronic lymphocytic leukemia: epoetin treatment recommendations". *Hematol J* 2002; 3: 121-30.

- Markman M, Reichman B, Hakes T et al. "The use of recombinant human erythropoietin to prevent carboplatin-induced anemia". *Gynecol Oncol* 1993; 49: 172-176.
- Machtay et al. "Definitive radiotherapy +/- erythropoietin for squamous cell carcinoma of the head and neck": Preliminary report of RTOG 99-03. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 60 (Supl 1): S132.
- Oberhoff C, Neri B, Amadori D et al. "Recombinant human erythropoietin in the treatment of chemotherapy-induced anemia and prevention of transfusion requirement associated with solid tumors: a randomized, controlled study". *Ann Oncol* 1998; 9: 255-260.
- Osterborg A, Boogaerts MA, Cimino R et al "Recombinant human erythropoietin in transfusion-dependent anemic patients with multiple myeloma and non-Hodgkin's lymphoma. A randomized multicenter study". *Blood* 1996; 87: 2675-2682
- Osterborg A, Brandberg Y, Molostova V et al. "Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of recombined human erythropoietin, epoetin beta, in hematologic malignancies". *J Clin Oncol* 2002; 2486-2494.
- Richard S, Schuster MW. "Stem cell transplantation and hematopoietic growth factors". *Curr Hematol Rep* 2002; 1: 103-109.
- Rizzo JD, Seidenfeld J, Piper M et al. "Erythropoietin: a paradigm for the development of practice guidelines". *Hematology* 2001; 10-30.
- Rodriguez JN et al. "Efficacy of erythropoietin in the myelodysplastic syndromes: meta-analytical study". *Br J Haematol* 1995; 91: 254.
- Seidenfeld J, Piper M, Plamm C et al. "Epoetin treatment of anemia associated with cancer therapy: systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials". *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 1204-14.
- Silberstein PT, Witzig TE, Sloan JA et al. "Weekly erythropoietin for patients with chemotherapy induced anemia: a randomized, placebo-controlled trial in the North Central Cancer Treatment Group". *Proc ASCO2002*; Abstract 1422.

- Silvestris F, Romito A, Fanelli P et al. "Long-term therapy with recombinant human erythropoietin in progressing multiple myeloma". *Ann Hematol* 1995; 70: 313-318.
- Sweeney PJ, Nicolae D, Ignacio L et al. "Effect of subcutaneous recombinant human erythropoietin in cancer patients receiving radiotherapy: final report of a randomized, open-labelled, phase II trial". *Br J Cancer* 1998; 77: 1996-2002.
- Ten Bokkel Huinink WW, de Swart CA, van Toorn DW et al. "Controlled multicentre study of the influence of subcutaneous recombinant human erythropoietin on anemia and transfusion dependency in patients with ovarian carcinoma treated with platinum-based chemotherapy". *Med Oncol* 1998; 15: 174-182.
- Thatcher N, De Campos ES, Bell DR et al. "Epoetin alpha prevents anemia and reduces transfusion requirements in patients undergoing primarily platinum-based chemotherapy for small cell lung cancer". *Br J Cancer* 1999; 80: 396-402.
- Vansteenkiste J et al. "Double-blind, placebo-controlled, randomized phase III trial of darbepoetin alfa in lung cancer patients receiving chemotherapy". *Journal of the National Cancer Institute* 2002, Vol. 94; 16: 1211-1220.
- Wallvik J, Stenke L, Bernell P et al. "Serum erythropoietin levels correlate with survival and independently predict response to erythropoietin treatment in patients with MDS". *Eur J Haematol* 2002; 68: 180-5.
- Welch RS, James RD, Wilkinson PM et al. "Recombinant human erythropoietin and platinum-based chemotherapy in advanced ovarian cancer". *Cancer J Sci Am* 1995; 1: 261.
- Wurning C, Windhager R, Schwameis E et al. "Prevention of chemotherapy-induced anemia by the use of erythropoietin in patients with primary malignant bone tumors (a double-blind, randomized, phase III study)". *Transfusion* 1996; 36: 155-159.

GUIA DE FACTORS ESTIMULANTS DE COLÒNIES (FEC-G) EN CÀNCER

Juliol 2004

Objectiu.

Desenvolupament d'una guia dels factors estimulants de colònies en el malalt amb càncer.

Metodologia.

- Revisió de l'evidència científica, graduació de l'evidència segons l'ASCO. S'accepta l'evidència nivell I o II.
- Discussió.
- Definició de la Guia.
- Avaluació per analitzar la repercussió de la implantació.
- Revisió cada 2 anys o quan aparegui una nova evidència.

Profilaxi primària.

No s'estableix la utilització rutinària de FEC-G en la profilaxi primària.

Se'n pot considerar la utilització per als malalts següents:

- Criteri dependent de la QT: malalts que reben quimioteràpia (QT) amb finalitat no pal·liativa amb una expectativa d'incidència de febre neutropènia (FN) superior al 40 %.

Els protocols quimioteràpics que tenen una expectativa de FN superior al 40 % són:

Malalts hematològics:

- LLA inducció i consolidació: protocol PETHEMA
- Linfoma Burkitt: protocol PETHEMA.
- Linfoma del mantell: Hyper-CVAD.
- LNH: CHOP/14.
- Malaltia Hodgkin: BEACOPP escalat.
- LMA inducció i consolidació (tractament amb FEC-G post-QT): protocol CETLAM. La utilització conjunta de FEC-G amb QT es considera investigacional.

- En els protocols ESHAP i DHAP cal fer un estudi per avaluar l'expectativa de febre neutropènica sense donar FEC-G.

Malalts amb tumors sòlids:

- T. germinal: VelP, EPI.
- CPCP: CA.
- Situacions especials (criteri dependent del malalt):
 - Malalts amb infecció activa greu.
 - Neutropènia prèvia a l'inici de la QT.
 - Malalts > 70 anys amb LNH o CPCP.
 - Malalts de SIDA amb limfomes.
 - Malalts amb quimioteràpia prèvia per un tumor previ.
 - Malalts que reben radioteràpia en > 20 % del moll de l'os.

Profilaxi secundària.

Després d'un episodi de neutropènia greu, la reducció de la dosi es considera l'opció terapèutica prioritària.

Es pot considerar la utilització de FEC-G en situacions de tractaments quimioteràpics en malalties curables i/o en els malalts en què, havent fet ja una primera reducció de dosi, una reducció addicional podria afectar l'eficàcia del tractament.

Estan publicats estudis contradictoris que avaluen la relació entre supervivència o temps lliure de malaltia i manteniment de la intensitat de dosi amb suport de FEC-G.

Tractament de la febre neutropènica.

No es recomana la utilització rutinària de FEC-G en els malalts amb febre neutropènica (< 500/mcl) però es pot avaluar la utilització en malalts amb alt risc de complicacions i mal pronòstic infeccios:

- Neutropènia profunda (< 100/mcl) i/o prolongada (> 7 dies).
- Xoc sèptic.
- Infecció fúngica invasora.
- Pneumònia.

Trasplantament autòleg de progenitors hematopoètics.

Els FEC-G estan indicats per accelerar la recuperació després del trasplantament de progenitors hematopoètics.

S'inicia el tractament del dia +5 al +7.

Trasplantament al·logènic de progenitors hematopoètics.

La utilització de FEC-G en aquest tipus de trasplantament s'ha de fer en protocol d'investigació.

Quadre resum

Indicació	Inici tractament	Fàrmac	Durada tt (dies)	Dosi**	Via adm.
Profilaxi 1a	2-6 dies després de QT	Segons patologia G-CSF - T. germinals - LLA i LMA - Limfoma NH i H - Situacions especials: Malalts amb infecció activa greu Neutropènia prèvia a l'inici de la QT	7-10* filgrastim/lenograstim	5 µg/kg/24 h	SC
Profilaxi 2a	2-6 dies després de QT	PEG-GCSF - Malalts > 70 anys amb LNH - Malalts de SIDA amb limfoma - Malalts que reben CHOP-14	1 dia PEG-filgrastim	6 mg	SC
Tractament	-	G-CSF	7-10* filgrastim/lenograstim	5 µg/kg/24 h	SC
TAMO auto	5-7 dies postTAMO	G-CSF	Fins neutròfils > 1.000 per 1 dia Fins neutròfils > 1.000 per 2 dies	5 µg/kg/24 h 5 µg/kg/24 h	SC SC

* Cal fer un estudi prospectiu i observacional amb l'objectiu de definir la durada del tractament. La metodologia és fer un hemograma el dia 5 en un grup de malts seleccionats.

** Segons pes del malalt amb arrodoniment a la dosi dels vials: Filgrastim: pes < 75 kg: 300 mcg/24 h i pes > 75 kg: 480 mcg/24 h. Lenograstim: pes < 65 kg: 263 mcg i pes 65-85 kg: 263 mcg+105 mcg i pes > 85 kg: 2 vials 263 mcg. PEG-filgrastim: 6 mg.

Mobilització de progenitors hematopoètics.

Factors que afecten el resultat de la mobilització:

- Limfoma NH:
 - Nombre de règims administrats prèviament.
 - Radioteràpia prèvia de camp estès.
 - Anàlegs de purines (fludarabina).
 - Afectació del moll de l'os.
 - Sexe femení.
 - Grau de malignitat baix.
- Malaltia de Hodgkin:
 - Administració prèvia d'alquilants.
 - Múltiples règims de QT previs.
 - Radioteràpia prèvia de camp estès.
- Mieloma múltiple:
 - Exposició prèvia a melfalà o diverses línies de QT.
 - Recòmpte baix de leucòcits i plaquetes.
 - Interval inici tractament-mobilització > 6 mesos.
- LMA:
 - Edat avançada.
 - Trets mieloidisplàstics.
- Donants sans:
 - Edat.
 - Esquema d'administració G-CSF (millor cada 12 hores).

Pautes de mobilització:

- Autotrasplantament:
 - 1a línia: G-CSF 5 μ /kg/12 h o ciclofosfamida 1,5 g/m² + G-CSF 5 μ /kg/24h.
 - En presència de factors que afectin la mobilització: G-CSF 10 μ /kg/12 h o ciclofosfamida 1,5 g/m² o una altra quimioteràpia + G-CSF 5 μ /kg/12 h.
- Donants sans:
 - G-CSF 5 μ g/kg/12 h o G-CSF 8-10 μ g/kg/12 h si el pes del receptor és superior al del donant. S'ha de demanar el consentiment informat al donant.

Bibliografia.

- Alonzo TA et al. "Impact of granulocyte colony-stimulating factor use during induction for acute myelogenous leukemia in children: a report from the Children's Cancer Group". *J Pediatr Hematol Oncol* 2002; 24: 627-35.
- Appelbaum FR. "Use of granulocyte colony-stimulating factor following hematopoietic cell transplantation: does haste make waste?". *J Clin Oncol* 2004; 22: 390-391.
- "Base de datos de medicamentos". Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos 2003.
- Bennett CL et al. "Cost analysis of filgrastim for the prevention of neutropenia in pediatric T-cell leukemia and advanced lymphoblastic lymphoma: a case for prospective economic analysis in cooperative group trials". *Med Pediatr Oncol* 2000; 34: 92-6.
- Bönig H et al. "Glycosilated vs non-glycosilated granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF)-results of a prospective randomised monocentre study". *Bone Marr Trans* 2001; 28: 259-264.
- Bonadonna G et al. "Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil in node-positive breast cancer: the results of 20 years follow-up". *N Engl J Med* 1995; 332: 901-906.
- Crawford i col.l. "A phase II multicycle trial of pegfilgrastim compared to filgrastim after myelosuppressive chemotherapy. (abstract 922)". 9TH World Conference on Lung Cancer.
- Green i col.l. "A randomized double-blind multicenter phase III study of fixed-dose single-administration pegfilgrastim versus daily filgrastim in patients receiving myelosuppressive chemotherapy". *Ann Oncol* 2003; 14: 29-35.
- FDA (www.fda.gov).
- "Guidelines on the use of colony-stimulating factors in haematological malignancies". *Br J Haematol* 2003; 123: 22-33.
- Harousseau JL et al. "Granulocyte colony-stimulating factor after intensive consolidation chemotherapy in acute myeloid leukemia: results of a randomized trial of the Groupe Ouest-Est

Leucémies Aigues Myeloblastiques". J Clin Oncol 2000; 18: 780-7.

- Holmes i col.l. "Blinded, randomized, multicenter study to evaluate single administration pegfilgrastim once per cycle versus daily filgrastim as an adjunct to chemotherapy in patients with high-risk stage II or stage III/IV breast cancer". J Clin Oncol 2002; 20: 727-731.
- Hughes WT et al. "2002 guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer". Clin Infe Dis 2002; 34: 730-51.
- Leonard RCF et al. "Impact of neutropenia on delivering planned adjuvant chemotherapy: UK audit of primary breast cancer patients". Br J Cancer 2003; 89: 2062.
- Little MA et al. "A randomised study of prophylactic G-CSF following MRC UKALL XI Intensification Regimen in childhood ALL and T-NHL". Med Pediatr Oncol 2002; 38: 98-103.
- Löwenberg B et al. "Effect of priming with granulocyte colony-stimulating factor on the outcome of chemotherapy for acute myeloid leukemia". N Engl J Med 2003; 349: 743-52
- Micromedex. Healthcare Series. "Monograph of PEGfilgrastim".
- Micromedex. Healthcare Series. "Monograph of Filgrastim".
- "Monografia Euprotin ®".
- "Monografia Granocyte ®".
- "Monografia Neulasta ®".
- "Monografia Neupogen ®".
- Nabholtz JM et al. "Phase III trial comparing granulocyte colony-stimulating factor to leridistim in the prevention of neutropenic complications in breast cancer patients treated with docetaxel/doxorubicin/cyclophosphamide: results of the BCIRG 004 trial". Clin Breast Cancer 2002; 3: 268-75.
- Omura GA et al. "Phase III trial of paclitaxel at two dose levels, the higher dose accompanied by filgrastim at two dose levels in platinum-pretreated epithelial ovarian cancer: an intergroup study". J Clin Oncol 2003; 21: 2843-2848.

- Ösby E et al. "CHOP is superior to CNOP in elderly patients with aggressive lymphoma while outcome is unaffected by filgrastim treatment: results of a Nordic Lymphoma Group randomized trial". *Blood* 2003; 101: 3840-48.
- Ozer H et al. "2000 Update of recommendations for the use of hematopoietic colony-stimulating factors: evidence-based, clinical practice guidelines". *J Clin Oncol* 2000; 18: 3558-3585.
- Paridaens R et al. "Delivering optimal adjuvant chemotherapy in primary breast cancer: the role of rHuG-CSF". *Eur J Cancer* 2003; Suppl 9: 1-12.
- Pfreundschuh M et al. "2-weekly or 3-weekly CHOP chemotherapy with or without etoposide for the treatment of elderly patients with aggressive lymphomas: results of the NHL-B2 trial of the DSHNHL". *Blood on line* 2004; March 11.
- Rahiala J et al. "Prospective and randomized comparison of early versus delayed prophylactic administration of granulocyte colony-stimulating factor (filgrastim) in children with cancer". *Med Ped Oncol* 1999; 32: 326-330.
- "Recommendations for the application of hematopoietic growth factors (hGFs)". *ESMO Guidelines Task Force*. April 2002.
- Remick SC et al. "Oral Combination chemotherapy in conjunction with filgrastim in the treatment of AIDS-related non-hodgkin's lymphoma: evaluation of the role of G-CSF; quality-of-life analysis and long-term follow-up". *Am J Hemat* 2001; 66: 178-188.
- Repetto L et al. "Guías del Grupo de trabajo de la EORTC para el uso de factores estimuladores de colonias en pacientes de edad avanzada con cáncer". *Eur J Cancer (Ed Española)* 2003; 3: 259-264.
- Ringdén O et al. "Treatment with granulocyte colony-stimulating factor after allogeneic bone marrow transplantation for acute leukemia increases the risk of graft-versus-host disease and death: a study from the acute leukemia working party of the European Group for Blood and Marrow Transplantation". *J Clin Oncol* 2004; 22: 416-423.
- Rusthoven J et al. "Use of granulocyte colony-sti-

mulating factor (G-CSF) in patients receiving myelosuppressive chemotherapy for the treatment of cancer. Cancer Care Ontario Program". Practice Guidelines No 12-2.

- Scientific Discussion EMEA 2002. (www.emea.eu).
- Shogan i col.l. "Pegfilgrastim shows safety and efficacy similar to filgrastim in elderly patients with breast cancer (abstract 260)". ASCO Meeting; 2002.
- "The use of chemotherapy and growth factors in older patients with newly diagnosed, advanced-stage, aggressive histology non-Hodgkin's lymphoma. Cancer Care Ontario Program". Practice Guidelines Report 6-7.
- Viens P et al. "Randomized, controlled, dose-range study of Ro 25-8315 given before and after a high-dose combination chemotherapy regimen in patients with metastatic or recurrent breast cancer patients". J Clin Oncol 2001; 20: 24-36.
- Vose i col.l. "Randomized, multicenter, open-label study of pegfilgrastim compared with daily filgrastim after chemotherapy for lymphoma". J Clin Oncol 2003; 21: 514-519.
- Yoshida M et al. "Effect of granulocyte-colony stimulating factor on empiric therapy with flomoxef sodium and tobramycin in febrile neutropenic patients with hematological malignancies. Kanetsu Hematological Disease and Infection Study".

GUIA DE PROFILAXI I TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ FÚNGICA EN EL MALALT NEUTROPÈNIC ONCOHEMATOLÒGIC

Gener 2005

Introducció.

Les infeccions fúngiques invasores s'observen en un 10-50 % de malalts amb neutropènia o receptors d'un TPH i poden comportar una mortalitat al voltant del 50 %. *Candida spp.* i *Aspergillus spp.* són els microorganismes més freqüents, seguits de *Fusarium spp.*, *Scedosporium spp.* i *Paecilomyces*, *Exophilia*, *Bipolaris*, *Alternaria*, mucorals i fongs llevaduriformes (*Trichosporon*, *Cryptococcus*, *Malassezia* i *Rhodotorula*). Si bé la taxa de mortalitat per infecció fúngica invasora per *Aspergillus spp.* no ha variat durant la darrera dècada (68-95 %) sí que hi ha hagut una disminució substancial de la mortalitat deguda a la infecció invasora per *Candida spp.* (20-40 %) des de la introducció de fluconazol a les pautes de profilaxi.

La infecció per *Candida spp.* sol ser endògena, atès que s'origina a partir de llevats que colonitzen la pell i les mucoses. Els factors de risc que predisposen a la infecció són:

- Pèrdua de la integritat de les mucoses (mucositis)
- Intensitat i durada de la neutropènia ($< 0,1 \times 10^9/l$ i més de 7 dies).
- Ús d'antibiòtics d'ampli espectre.
- Episodis de bacterièmia.
- Nutrició parenteral.
- Tractament amb glucocorticoides.

La infecció per *Aspergillus spp.* o altres fongs filamentosos és exògena, és a dir, el contagi es produeix per inhalació d'espores. Per tant, és rara en el pacient que es trobi en una habitació amb filtres d'aire d'alta eficiència (flux laminar, HEPA). Els principals factors de risc són:

- Neutropènia.
- Tractament amb glucocorticoides.
- Malaltia de l'empelt contra l'hoste.
- Infusió de limfòcits del donant en el TPH al·logènic.

Per la importància de la morbimortalitat relacionada amb aquest tipus d'infecció i per l'aparició de nous tractaments els últims temps, la Comissió Farmacoterapèutica de l'Institut Català d'Oncologia s'ha plantejat la creació d'un grup de treball per desenvolupar una guia de la profilaxi i el tractament de la infecció fúngica en el grup de malalts neutropènics oncohematològics.

Objectiu.

Desenvolupament d'una guia de la profilaxi i el tractament de la infecció fúngica en el malalt neutropènic oncohematològic.

Metodologia.

- Revisió de l'evidència científica, graduació de l'evidència segons l'ASCO. S'accepta evidència nivell I o II.
- Discussió.
- Definició de la Guia.
- Avaluació per analitzar la repercussió de la implantació.
- Revisió cada 2 anys o quan aparegui una nova evidència.

Profilaxi de la infecció fúngica en el malalt neutropènic oncohematològic.

Definició dels graus de risc d'infecció fúngica segons factors (veg. la taula 1):

- Alt risc enfront d'*Aspergillus spp.*= candidats a profilaxi amb itraconazol.
 - Malalts neutropènic en habitacions sense aire filtrat i amb neutropènia esperada de > 2 setmanes o tractament amb corticosteroides prolongat (> 20 mg/dia) (s'inclouen els malalts amb EICH agut grau ≥ 2 o crònic extens).

En aquests malalts amb neutropènia esperada de > 2 setmanes s'ha d'incloure paral·lelament la determinació de galactomannà en sang dos cops a la setmana (dilluns i dijous) amb l'objectiu no d'ajuda a la decisió terapèutica sinó d'estudi observacional de factors predictius d'infecció per *Aspergillus*.

Posologia: 2,5 mg/kg/12h susp. oral, administració fora dels menjars (veg. l'annex 1).

- Alt risc enfront de *Candida spp.* = candidats a profilaxi amb fluconazol.
 - Malalts amb neutropènia esperada de > 7 dies .
Posologia: 200-400 mg/dia en una única presa (3-12 mg/kg/dia) oral.
- Baix risc = no es considera candidata a profilaxi antifúngica.
 - Malalts no inclosos en els grups anteriors.

L'inici de la profilaxi antifúngica es recomana que sigui el dia d'acabament del tractament quimioteràpic per evitar la presentació d'interaccions (veg. l'annex 3).

Tractament empíric o febre d'origen desconegut (FOD) (infecció no documentada en el malalt neutropènic).

- Definició de la situació clínica:
Malalt amb > 5 dies de febre amb neutropènia (< 0,5.10⁹/l) i amb cobertura amb antibacterians d'ampli espectre.
- Mesures diagnòstiques:
 - Hemocultiu.
 - Els cultius de qualsevol altra focalitat infecciosa.
 - Frotis nasal.
 - Galactomannà en sang (amb l'objectiu no d'ajuda a la decisió terapèutica sinó d'estudi observacional de factors predictius d'infecció per *Aspergillus*).
 - TAC (s'ha de fer amb la màxima urgència, però no s'ha d'esperar a iniciar al tractament quan s'hagi fet).
- Mesures terapèutiques (veg. la taula 1).
 - Malalts sense profilaxi prèvia i malalts amb profilaxi prèvia amb azoles: amfotericina B desoxicolat 1 mg/kg/dia EV fins a les 24 hores posteriors a la recuperació de neutròfils (>0,5.10⁹/l).
- Modificacions:
 - Insuficiència renal (ClCr < 50 ml/m o increment del valor de creatinina dues vegades el seu valor basal prèvia a l'inici amb amfotericina B desoxicolat) o intolerància a amfotericina B desoxico-

lat: amfotericina complex lipídic (Abelcet ®) 3 mg/kg/dia EV o amfotericina B liposomal 3 mg/kg/dia EV o itraconazol EV o caspofungina (consulta prèvia en cas d'indicar itraconazol o caspofungina).

Tractament de l'aspergil·losi invasora.

Definició dels tractaments segons mesures terapèutiques prèvies (veg. la taula 1):

- Malalt sense risc (sense profilaxi) i que no ha estat tractat per FOD (malaltia de debut): voriconazol EV.*
- Malalt de baix risc (sense profilaxi) i que ha rebut per FOD fluconazol: voriconazol EV.*
- Malalt d'alt risc (profilaxi amb fluconazol) i que ha rebut per FOD amfotericina B desoxicolat: voriconazol EV.*
- Malalt d'alt risc (profilaxi amb itraconazol) i que ha rebut per FOD amfotericina B desoxicolat: caspofungina (dosi inicial: 70 mg EV, i dosi continuació: 50 mg EV). En cas de "no resposta"*** en 48 hores cal avaluar l'associació.
- Malalt amb insuficiència hepàtica: amfotericina B complex lipídic 5 mg/kg/dia EV.***
- Malalt amb insuficiència renal (ClCr < 50 ml/m) no es pot administrar voriconazol EV ja que es produeix acumulació de l'excipient de la presentació EV (sulfobutil eter betaciclodextrina, SBECD). En aquesta situació, si el malalt té la via oral disponible, la primera elecció és voriconazol via oral. Si el malalt no tolera la via oral, les alternatives són amfotericina B complex lipídic 5 mg/kg/dia EV*** o caspofungina (dosi inicial: 70 mg EV i dosi continuació: 50 mg EV).

* Posologia voriconazol: Els tractaments amb voriconazol s'han d'iniciar per via EV almenys 7 dies, per després, si la situació del malalt ho permet, FER EL PAS A VIA ORAL (ja que té una biodisponibilitat molt bona: 96 %).

- Dosi d'atac: 6 mg/kg/12 h per 2 dosis.

- Dosi de continuació: 4 mg/kg/12 h.

** La "no-resposta" es defineix com: persistència de febre, insuficiència respiratòria, progressió clínica, progressió radiològica, alteració de la consciència o sagnat pulmonar.

*** Si no hi ha disponibilitat d'amfotericina B complex lipídic, s'administra amfotericina B liposomal (Ambisome ®) 3 mg/kg/dia EV.

Taula 1.**Definició de la profilaxi d'infecció fúngica, tractament empíric i d'aspergil·losi invasora segons factors de risc.**

Grau de risc	Profilaxi	Tractament empíric	Tractament aspergil·losi invasora
Baix risc	No	Amfotericina B desoxicolat	Voriconazol
Alt risc enfront de <i>Candida spp.</i>	Fluconazol	Amfotericina B desoxicolat	Voriconazol
Alt risc enfront d' <i>Aspergillus spp.</i>	Itraconazol	Amfotericina B desoxicolat	Caspofungina

Tractament de la candidiasi invasora

1. Candidèmia.

En candidèmia es recomana la retirada del catèter venós central (CVC) en les situacions següents:

- Aïllament de *Candida parapsilosis*.
- Flebitis, cel·lulitis o signes d'infecció en el lloc d'inserció del CVC.
- Criteris de sèpsia greu o xoc sèptic.
- Candidèmia persistent o recurrent a les 72 hores d'iniciat un tractament correcte.
- Factors de risc per desenvolupar endocarditis infecciosa (vàlvula protètica, endocarditis prèvia).

Definició dels tractaments segons mesures terapèutiques prèvies:

- Malalt clínicament estable i sense profilaxi prèvia amb azoles: fluconazol 6 mg/kg/dia.
 - Si és un malalt amb insuficiència hepàtica: amfotericina B desoxicolat 0,7 mg/kg/dia EV.
 - Si no hi ha resposta: amfotericina B desoxicolat.
- Malalt clínicament inestable i/o que ha rebut profilaxi prèvia amb azoles: amfotericina B desoxicolat 0,7 mg/kg/dia EV.
 - Si és un malalt amb insuficiència renal (ClCr < 50ml/m): amfotericina B complex lipídic 5 mg/kg/dia o caspofungina. Si no disponibilitat d'amfotericina B complex lipídic: amfotericina B liposomal (Ambisome ®) 3 mg/kg/dia EV.
 - Si no hi ha resposta: caspofungina.

Durada del tractament: 2 setmanes des de negativització dels cultius i en malalt neutropènic com a mínim fins a recuperació de neutròfils.

2. Candidiasi sistèmica.

Definició dels tractaments segons mesures terapèutiques prèvies:

- Malalt clínicament inestable i/o que ha rebut profilaxi prèvia amb azoles: amfotericina B desoxicolat 0,7 mg/kg/dia EV.
 - Si és un malalt amb insuficiència renal (ClCr < 50 ml/m): amfotericina B complex lipídic 5 mg/kg/dia o caspofungina. Si no hi ha disponibilitat d'amfotericina B complex lipídic: amfotericina B liposomal (Ambisome ®) 3 mg/kg/dia EV.

- Si no hi ha resposta: caspofungina.

Durada del tractament: 2 setmanes des de la negativització dels cultius i en malalt neutropènic com a mínim fins a la recuperació de neutròfils.

3. Candidiasi sistèmica crònica o hepatoesplènica.

Definició dels tractaments segons mesures terapèutiques prèvies:

- Malalt clínicament estable i sense profilaxi prèvia amb azoles: fluconazol 6 mg/kg/dia.
 - Si és un malalt amb insuficiència hepàtica: amfotericina B desoxicolat 0,7 mg/kg/dia EV.
 - Si no hi ha resposta: amfotericina B desoxicolat.

En les tres situacions descrites (candidèmia, candidiasi sistèmica i candidiasi sistèmica crònica o hepatoesplènica):

- Quan es coneix el resultat del cultiu s'ha d'adaptar el tractament al resultat. En microorganismes sensibles al fluconazol, és el fàrmac de primera elecció i, en resistents, ho és l'amfotericina B desoxicolat.
- Si el malalt està amb tractament amb fluconazol, es farà el pas a via oral quan el malalt estigui clínicament estable i faci 48-72 hores que no tingui febre.

Bibliografia.

- Ally R, Schürmann, Kreisel W i col·l. "A randomized, double-blind, double-dummy, multicenter trial of voriconazole and fluconazole in the treatment of esophageal candidiasis in immunocompromised patients". *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 1447-54.
- "Base de datos de medicamentos". Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2003.
- Bennett JE, Powers J, Walsh T i col·l. "Forum report: issues in clinical trials of empirical antifungal therapy in treating febrile neutropenic patients". *Clinical Infectious Diseases* 2003; 36.
- Boogaerts M, Winston D, Bow EJ i col·l. "Intravenous and oral itronazole versus amphotericin B deoxycolate as empirical antifungal therapy for persis-

- tent fever in neutropenic patients with cancer who are receiving broad-spectrum antibacterial therapy". *Ann Intern Med* 2001; 135: 412-422.
- Bowden R, Chandrasekar P, White MH i col·l. "A double-blind, randomized, controlled trial of amphotericin B colloidal dispersion versus amphotericin B for the treatment of invasive aspergillosis in immunocompromised patients". *Clinical Infectious Diseases* 2002; 35: 359-66.
 - Caillot D. "Intravenous itraconazole followed by oral itraconazole for the treatment of amphotericin-B-refractory invasive pulmonary aspergillosis". *Acta Haematol* 2003; 109: 111-118.
 - "Caspofungin: new preparation. A last resort in invasive aspergillosis". *Prescrire Int* 2002; 11: 142-3.
 - Denning DW, Ribaud P, Milpied N i col·l. "Efficacy and safety of voriconazole in the treatment of acute invasive aspergillosis". *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34: 563-71.
 - Denning DW. *Aspergillus Species. A: Mandell: "Principles and Practice of Infectious Diseases 5th ed"*, Churchill Livingstone Inc.
 - Documento de consenso: "Infección en el paciente neutropénico SIMC-PETHEMA (document preliminar)", València, noviembre 2003.
 - Dykewicz CA. "Summary of the Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients". *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 139-44.
 - Edwards JE. *Candida Species. A: Mandell: "Principles and Practice of Infectious Diseases 5th ed"*, Churchill Livingstone Inc.
 - Ellis M, Spence D, de Pauw B i col·l. "An EORTC international multicenter randomized trial comparing two dosages of liposomal amphotericin B for treatment of invasive aspergillosis". *Clinical Infectious Diseases* 1998; 27: 1406-12.
 - FDA (www.fda.gov).
 - Gavaldà J, Ruiz I, MICOMED i GESITRA i SEIMC. "Recomendaciones para el tratamiento de la infección fúngica invasora: infección fúngica por *Candida* spp. ". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 571-8.

- Gavalda J, Ruiz I, MICOMED i GESITRA i SEIMC. "Recomendaciones para el tratamiento de la infección por *Aspergillus* spp. ". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 498-508.
- Groll AH, Walsh TJ. "Caspofungin: pharmacology, safety and therapeutic potential in superficial and invasive fungal infections".
- Herbrecht R, Denning D, Patterson T i col·l. "Voriconazole versus amphotericin B for primary therapy of invasive aspergillosis". *N Engl J Med* 2002; 347: 408-15.
- Hiemenz i col·l. "Efficacy of caspofungin as salvage therapy for invasive aspergillosis compared to standard therapy in a historical cohort". Comunicació 22. ICAAC. Washington, EUA, març 2001.
- Hoang A. "Caspofungin acetate: an antifungal agent". *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58: 1206-14.
- Hughes WT, Armstrong D, Bodey GP i col·l. 2002 "Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer". *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34: 730-51.
- Keating GM, Jarvis B. "Caspofungin". *Drugs* 2001; 61: 1121-9.
- Lacy C, Armstrong L, Goldman M, Lance L. Drug "Information Handbook Lexi-Comp Inc, 2003".
- Maertens J i col·l. "Multicenter, noncomparative study to evaluate safety and efficacy of caspofungin in adults with invasive aspergillosis refractory or intolerant to amphotericin B, lipid formulations or azoles. Comunicació 1103. 40th ICAAC (Interscience Conference on Antimicrobial agents and Chemotherapy)". Toronto, Canadà. Setembre, 2000.
- Marr KA, Crippa F, Leisenring W i col·l. "Itraconazole versus fluconazole for prevention of fungal infections in allogeneic stem cell transplant patients". *Blood* 2004; 103: 1527-33.
- Micromedex. Healthcare Series. "Monograph of Caspofungin". "Monograph Voriconazole". "Monograph Fluconazole". "Monograph Itraconazole". "Monograph Amphotericin".
- "Monografía Caspofungin ®".

- “Monografia Vfend®”.
- Mora-Duarte i col-l. “Comparison of caspofungin and amphotericin B for invasive candidiasis”. *N Engl J Med* 2002; 347: 2020-9.
- Perfect JR, Marr KA, Walsh TJ i col-l. “Voriconazole treatment for less-common, emerging or refractory fungal infections”. *Clinical Infectious Diseases* 2003; 36: 1122-31.
- Pizzo PA. “Empirical therapy and prevention of infection in the immunocompromised host. A: Mandell: Principles and Practice of Infectious Diseases 5th ed.”, Churchill Livingstone Inc.
- Rex JH, Walsh TJ, Sobel i col-l. “Practice Guidelines for the treatment of Candidiasis”. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 30: 662-78.
- “Scientific Discussion EMEA 2000”. (www.emea.eu).
- Sobel JD for the Mycoses Study Group. “Practice Guidelines for the treatment of fungal infections”. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 30: 652-657.
- Stevens DA, Kan VL, Judson MA i col-l. Practice “Guidelines for Diseases caused by *Aspergillus*”. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 30: 696-709.
- Villanueva A, Gotuzzo E, Arathoon EG i col-l. “A randomized double-blind study of caspofungin versus fluconazole for the treatment of esophageal candidiasis”. *Am J Med* 2002; 113: 294-9.
- Walsh TJ, Pappas P, Drew MD i col-l. “Voriconazole compared with liposomal amphotericin B for empirical antifungal therapy in patients with neutropenia and persistent fever”. *N Engl J med* 2002; 346: 225-34.
- Walsh TJ, Tepler H, Donowitz GR i col-l. “Caspofungin versus liposomal amphotericin B for empirical antifungal therapy in patients with persistent fever and neutropenia”. *N Engl J Med* 2004; 351: 1391-402.
- Winston DJ, Maziarz RT, Pranatharthi H i col-l. “Intravenous and oral itraconazole versus intravenous and oral fluconazole for long-term antifungal prophylaxis in allogeneic hematopoietic stem-cell transplant recipients”. *Ann Intern Med* 2003; 138: 705-713.

06

INDICACIONS APROVADES PER L'AEM I FDA DELS AGENTS CITOSTÀTICS

Data última actualització: 15/02/05.

L01. CITOSTÀTICS

L01A_AGENTS ALQUILANTS

CITOSTÀTICS	INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L01AA. MOSTASSES NITROGENADES		
Ciclofosfamida BOT	Malaltia de Hodgkin Limfoma maligne Mieloma múltiple Leucèmia Micosi fungoide Neuroblastoma Càncer d'ovari Càncer de mama Retinoblastoma Immunosupressor (trasplantament d'òrgans i malalties autoimmunes)	Malaltia de Hodgkin Limfoma no Hodgkin Mieloma múltiple Leucèmies Limfoma de cèl·lules T cutànies Neuroblastoma Càncer d'ovari Càncer de mama Retinoblastoma
Clorambucil BOT	Leucèmia limfoide crònica Limfoma maligne Malaltia de Hodgkin Macroglobulinèmia Policitèmia vera Càncer d'ovari Síndrome nefròtic	Leucèmia limfoide crònica Limfoma no Hodgkin Malaltia de Hodgkin

Ifosfamida BOT	Càncer de cèl·lules germinals de testicle Sarcoma de teixits tous i ossis Càncer de bufeta Càncer de pulmó Càncer de cèrvix Càncer d'ovari	Càncer de cèl·lules germinals de testicle (3a línia)
Melfalan BOT	Melanoma maligne de les extremitats Sarcoma localitzat de teixits tous Mieloma múltiple Càncer d'ovari Neuroblastoma a la infància	Mieloma múltiple (dosis altes amb trasplantament autòleg de cèl·l. mare) Càncer d'ovari no resecable
Trofosfamida BOT	Malaltia de Hodgkin Limfoma maligne Mieloma múltiple Leucèmia Micosi fungoide Neuroblastoma Càncer d'ovari Càncer de mama Retinoblastoma	
L01AB. ALQUILSULFONATS		
Busulfan (oral) BOT	Leucèmia mieloide crònica Trombocitosi Policitèmia vera Tractament previ a trasplantament de medul·la òssia	Leucèmia mieloide crònica Juntament amb ciclofosfamida forma part del règim de condicionament per al trasplantament de cèl·lules mare en pacients amb LMC
Busulfan (EV) EMEA	Condicionament previ al trasplantament de cèl·l. progenitores hematopoètiques en pacient adult seguit de ciclofosfamida	
L01AC. ETILENOIMINES		
Tiotepa BOT	Càncer de bufeta Càncer d'ovari Càncer de mama	Càncer de bufeta Càncer d'ovari Càncer de mama Malaltia de Hodgkin en l'adult
L01AD. NITROSOUREES		
Carmustina		Tumors cerebrals (en adjuvència): glioblastoma, astrocitoma anaplàstic Mieloma múltiple Malaltia de Hodgkin Limfomes no Hodgkin
Carmustina implants Fitxa tècnica AEM, 1999	Glioblastoma múltiple recurrent (adjuvant en cirurgia)	Glioma maligne d'alt grau acabat de diagnosticar al costat de cirurgia i radiació Glioblastoma multiforme recurrent adjunt a cirurgia
Estreptozocina Fitxa tècnica, prospecte, 2003		Carcinoma metastàtic dels illots pancreàtics

Fotemustina Fitxa tècnica AEM 1999	Melanoma maligne disseminat. (incloent-hi localitzacions cerebrals)	
Lomustina Fitxa tècnica medicament U.K.	En combinació amb radioteràpia o cirurgia com a part d'un règim QT múltiple en: Tumor cerebral (primari o metastàtic) Càncer de pulmó cèl.l. petita Malaltia de Hodgkin Melanoma maligne 2a línia en limfoma no Hodgkin, tumors GI, renal, testicular, ovàric, de cèrvix i de mama	Limfoma de Hodgkin Tumors cerebrals en recaiguda després de radioteràpia
L01AX. ALTRES AGENTS ALQUILANTS		
Dacarbacina Fitxa tècnica AEM 2003	Melanoma maligne metastàtic Malaltia de Hodgkin avançada Sarcoma de teixits tous en adults excepte mesotelioma i sarcoma de Kaposi	Melanoma metastàtic maligne Malaltia de Hodgkin
Temozolomida EMEA, 2004	Glioma maligne (glioblastoma o astrocitoma) que presenta progressió després de teràpia estàndard	Astrocitoma i glioblastoma després de tractament fallit amb procarbазina i una nitrosourea

L01B_ANTIMETABÒLITS

CITOSTÀTICS	INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L01BA. ANÀLEGS DE L'ÀCID FÒLIC		
Metotrexat Fitxa tècnica AEM: última autorització 1990, última revisió del text 2004	Leucèmia limfoide aguda i leucèmia mieloide aguda Limfoma no Hodgkin Càncer de mama Coriocarcinoma (neoplàsia trofoblàstica gestacional) Sarcoma ossi Tumors epidermoides de cap i coll Càncer de pulmó de cèl.l. petites Càncer de bufeta Micosi fungoide Artritis reumatoide, psoriasi, poliomiositi, sarcoidosi, síndrome de Reiter	Leucèmia limfoide aguda Coriocarcinoma Càncer de mama Psoriasi Artritis reumatoide Càncer de cap i coll Limfoma de Burkitt Osteosarcoma no metastàtic
Pemetrexed EMEA	Mesotelioma pleural maligne no resecable en pacients naïve en combinació amb cisplatí Càncer de pulmó no microcític localment avançat o metastàtic en monoteràpia 2a línia	Mesotelioma pleural maligne no resecable en combinació amb cisplatí Càncer de pulmó no microcític localment avançat o metastàtic en monoteràpia 2a línia

Raltitrexed Càncer colorectal avançat
 Fitxa tècnica quan la teràpia amb
 AEM 2001, 5-FU+LV és inacceptable
 text revisat o inadequada
 2002

L01BB. ANÀLEGS DE LA PURINA

Cladribina Fitxa tècnica medicament, 1998	Tricoleucèmia activa Leucèmia limfoide crònica de les cèl·l. B, en pacients que no hagin respost a un tractament amb un règim estàndard que contingui almenys un agent alquilant o la malaltia de la qual hagi progressat durant aquest tractament o després	Tricoleucèmia activa
Fludarabina fostat IV Fitxa tècnica AEM 1995, última revisió 2003	Leucèmia limfocítica crònica de cèl·lules B (LLC-B) - Tractament inicial en pacients amb malaltia avançada, estadis de Rai III/IV (estadi de Binet C), o en estadis de Rai I/II (estadi de Binet A/B) si el pacient presenta símptomes relacionats amb la malaltia, insuficiència medul·lar progressiva, hepatoesplenomegàlia o limfadenopaties massives o progressives, increment de la xifra de limfòcits en sang perifèrica de més del 50 % en dos mesos o duplicació de la xifra de limfòcits prevista en menys de 12 mesos - Després d'una 1a línia de tractament en pacients amb suficient reserva medul·lar	Leucèmia limfocítica crònica de cèl·lules B en pacients que no responen al tractament o la malaltia dels quals ha progressat durant el tractament estàndard que contingui, almenys, un agent alquilant.
Fludarabina fostat oral Fitxa tècnica AEM 2002	Leucèmia limfocítica crònica de les cèl·l. B, amb suficient reserva medul·lar que no hagin respost o la malaltia de la qual hagi progressat durant o després d'un tractament que inclogui, almenys, un agent alquilant	
Mercap- topurina BOT	Leucèmia limfoide aguda Leucèmia mieloide aguda o mielomonocítica aguda Malaltia inflamatòria intestinal (mal. de Crohn, colitis ulcerosa)	Leucèmia limfoide aguda Leucèmia mieloide aguda o mielomonocítica aguda

Tioguanina	Leucèmia limfoide aguda	Leucèmia mieloide aguda
Fitxa tècnica	Leucèmia mieloide aguda	
AEM 2003	Leucèmia mieloide crònica granulocítica	

L01BC. ANÀLEGS DE LA PIRIMIDINA

Capecitabina EMA, 2004	Càncer colorectal metastàtic (1a línia monoteràpia) Càncer de mama avançat o metastàtic en combinació amb docetaxel després de fallada de teràpia prèvia que contingui una antraciclina Càncer de mama localment avançat o metastàtic en monoteràpia després de fallada de teràpia que contingui taxans i antraciclins o quan la teràpia amb antraciclins no estigui indicada	Càncer colorectal metastàtic (1a línia) Càncer de mama metastàtic en combinació amb docetaxel, després de fallada de teràpia prèvia que contingui una antraciclina Càncer de mama metastàtic en monoteràpia després de teràpia que contingui paclitaxel i/o antraciclins o quan la teràpia amb antraciclins no estigui indicada
Citarabina BOT	Leucèmia mieloide aguda Leucèmia mieloide crònica Leucèmia limfoide aguda Leucèmia meníngea Eritroleucèmia Limfoma no Hodgkin en nens	Leucèmia mieloide aguda Leucèmia mieloide crònica Leucèmia limfoide aguda Leucèmia meníngia
Citarabina liposòmica EMA, 2004	Tractament intratecal de meningitis limfomatososa	
Fluorouracil Fitxa tècnica AEM 2000, revisió text 2002	Com a monoteràpia o teràpia combinada en: Tractament pal·liatiu, adjuvant i coadjuvant del càncer de mama, esòfag, estómac, fetge, còlon i recte Tractament pal·liatiu del càncer de cap i coll, bufeta, ronyó, pròstata, cèrvix, endometri, ovari i pàncrees	Tractament pal·liatiu de: Càncer del tracte gastrointestinal (TGI) Càncer de mama

<p>Gemcitabina Fitxa tècnica laboratori, última revisió abril, 2004</p>	<p>Càncer de pulmó no microcític localment avançat o metastàtic Adenocarcinoma de pàncrees localment avançat o metastàtic Càncer de pàncrees refractari a 5-fluorouracil Càncer de bufeta localment avançat o metastàtic, en associació amb cisplatí Càncer de mama no susceptible de cirurgia, metastàtic o localment avançat en combinació amb paclitaxel en pacients que han rebut un tractament previ adjuvant o neadjuvant El tractament previ ha d'haver inclòs una antraciclina (si no està contraindicada) En combinació amb carboplatí en el tractament de pacients amb carcinoma epitelial d'ovari recurrent que hagin recaigut almenys 6 mesos després d'un tractament basat en platí</p>	<p>Càncer de mama metastàtic en combinació amb paclitaxel com a 1a línia després del fracàs de QT adjuvant prèvia que contingui antraciclina Càncer de pulmó no microcític en combinació amb cisplatí en 1a línia en no resecable, localment avançat (estadi IIIA o IIIB) o metastàtic (estadi IV) Adenocarcinoma pancreàtic en 1a línia en localment avançat no resecable (estadi II o III) o metastàtic (estadi IV); en pacients prèviament tractats amb 5-FU</p>
<p>Tegafur Fitxa tècnica AEM, última revisió 2002</p>	<p>Càncer d'estòmac, pàncrees, colorectal avançats o recurrents Càncer de mama metastàtic Càncer de bufeta Tumors de cap i coll avançats (estadis III i IV) S'utilitza en tractament pal·liatiu, per a la profilaxi de recurrències quan la cirurgia o altres mètodes han fracassat</p>	
<p>UFT (tegafur 100 mg + uracil 224 mg) BOT</p>	<p>Neoplàsies del tracte digestiu (estómac, colorectal, pàncrees, conductes biliars i fetge) Càncer de mama, pulmó, cap i coll, cèrvix, bufeta i pròstata</p>	

L01C_ALCALOIDES DE PLANTES I ALTRES PRODUCTES NATURALS

CITOSTÀTICS	INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L01CA. ALCALOIDES DE LA VINCA I ANÀLEGS		
Vinblastina Fitxa tècnica AEM 2001	Tractament pal·liatiu de: 1. Neoplàsies que responen freqüentment: Malaltia de Hodgkin Limfoma limfocític: nodular i difús Limfoma histiocític Micosi fungoide Càncer de testicle avançat Sarcoma de Kaposi Histiocitosi X 2. Neoplàsies que responen amb menys freqüència: Coriocarcinoma resistent a altres quimioteràpics Càncer de mama que no respon a cirurgia endocrina i al tractament hormonal adequat	Malaltia de Hodgkin Càncer de testicle avançat Sarcoma de Kaposi Limfoma histocític Limfoma limfocític nodular i difús Histiocitosi X Càncer de mama
Vincristina BOT	Leucèmia limfoide aguda i leucèmia mieloide aguda Malaltia de Hodgkin Limfoma no Hodgkin maligne Rabdomiosarcoma Neurosarcoma Tumor de Wilms Sarcoma osteogènic Micosi fungoide Sarcoma d'Ewing Càncer de mama Melanoma maligne Càncer de pulmó de cèl·lules petites Tumors ginecològics de la infància Règims poliquimioteràpics en diversos processos malignes en nens Púrpura trombocitopènica idiopàtica	Leucèmia aguda Malaltia de Hodgkin Limfoma no Hodgkin maligne Rabdomiosarcoma Tumor de Wilms
Vindesina Fitxa tècnica AEM, última revisió abril 2004	Càncer de mama avançat Càncer d'esòfag de cèl·lules escamoses Limfoma no Hodgkin Leucèmia limfoide aguda: en nens, sobretot en els refractaris a altres teràpies Càncer de pulmó Leucèmia mieloide crònica: crisis blàstiques Melanoma maligne	

Vinorelbina IV	Càncer de pulmó no microcític	Càncer de pulmó no microcític
Fitxa tècnica		
AEM 1993	Càncer de mama avançat	(metàstasis cerebrals)

Vinorelbina oral	Càncer de pulmó no microcític quan no sigui possible utilitzar la vinorelbina per via IV
Fitxa tècnica	
laboratori	
2004	

L01CB. DERIVATS DE LA PODOFIL-LOTOXINA

Etopòsid	Càncer de testicle: 1a línia	Càncer de testicle
Fitxa tècnica	en combinació + cirurgia i/o radioteràpia	Càncer de pulmó microcític
AEM 2001	Tumors testiculars refractaris ja tractats	
	Càncer de pulmó microcític: en combinació amb altres agents quimioteràpics	
	Malaltia de Hodgkin	
	Limfoma no Hodgkin maligne	
	Leucèmia mieloide aguda monocítica i mielomonocítica	

Tenipòsid (BOT)	Limfoma	Leucèmia aguda
	Malaltia de Hodgkin	limfoblàstica en nens
	Leucèmia limfoide i mieloide aguda	
	Tumor cerebral maligne (glioblastoma, ependimoma, astrocitoma)	
	Càncer de bufeta	
	Neuroblastoma i altres tumors sòlids infantils	

L01CD. TAXANS

Docetaxel EMA	<p>Càncer de mama localment avançat o metastàtic</p> <ul style="list-style-type: none">- En combinació amb doxorubicina en 1a línia- En monoteràpia o combinació amb capecitabina després del fracàs d'una teràpia prèvia que hagi inclòs una antraciclina o un agent alquilant <p>En combinació amb doxorubicina i ciclofosfamida per al tractament adjuvant en pacients amb càncer de mama operable ganglis + Càncer de pulmó no microcític, metastàtic o localment avançat, després del fracàs de la QT prèvia.</p> <p>En combinació amb cisplatí si no han rebut teràpia prèvia</p> <p>Càncer de pròstata metastàtic refractari a tractament hormonal en combinació amb prednisona</p>	<p>Càncer de mama localment avançat o metastàtic en monoteràpia després de fallada de QT prèvia</p> <p>Càncer de mama metastàtic en combinació amb capecitabina en pacients amb fallada de QT prèvia (amb antraciclina)</p> <p>En combinació amb doxorubicina i ciclofosfamida per al tractament adjuvant en pacients amb càncer de mama operable ganglis + Càncer de pulmó no cèl·l. petita localment avançat o metastàtic</p> <p>1a línia en combinació amb cisplatí</p> <p>2a línia en monoteràpia després de fallada de QT prèvia amb platins</p> <p>Càncer de pròstata metastàtic refractari a tractament hormonal (combinació amb prednisona)</p>
Paclitaxel EMA	<p>Càncer d'ovari: 1a línia en combinació amb cisplatí en malaltia avançada o residual</p> <p>2a línia en malaltia metastàtica després del fracàs del cisplatí</p> <p>Càncer de mama metastàtic o avançat en pacients en què ha fracassat, o no són candidats a la teràpia estàndard amb d'antraciclina</p> <p>En 1a línia en combinació amb trastuzumab en tumors que sobreexpressen HER2 quan no està indicada la teràpia amb antraciclina</p> <p>Càncer de pulmó no microcític avançat: en combinació amb cisplatí en pacients que no són candidats a cirurgia i/o radioteràpia</p> <p>Sarcoma de Kaposi (VIH+)</p>	<p>Càncer d'ovari: 1a línia (en combinació amb cisplatí) i següents</p> <p>Tractament adjuvant del càncer de mama ganglis + en combinació amb teràpia estàndard (que contingui doxorubicina)</p> <p>Càncer de mama metastàtic o recaiguda després de QT que hagi inclòs una antraciclina llevat que no estigui contraindicada</p> <p>Càncer de pulmó no microcític: 1a línia en combinació amb cisplatí</p> <p>Sarcoma de Kaposi (VIH+): 2a línia</p>

L01D_ANTIBIÒTICS CITOTÒXICS I ALTRES PRODUCTES RELACIONATS

CITOSTÀTICS		INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L01DB. ANTRACICLINES I PRODUCTES RELACIONATS			
Daurorubicina BOT	Leucèmia limfoide aguda i leucèmia mieloide aguda granulocítica agudes Limfoma no Hodgkin	Leucèmia limfoide aguda Leucèmia mieloide aguda granulocítica	
Daurorubicina liposomal BOT		Sarcoma de Kaposi 1a línia (daunorubicina liposòmica)	
Doxorubicina BOT	En combinació: Leucèmia limfoide aguda (excepte leucèmia limfàtica aguda de baix risc en nens) Leucèmia mieloide aguda Malaltia de Hodgkin i limfoma no Hodgkin Osteosarcoma, sarcoma d'Ewing, sarcoma de teixits tous en adults Càncer de mama metastàtic, estómac, pulmó microcític i bufeta Neuroblastoma Tumor de Wilms Com a agent únic: tractament i profilaxi del carcinoma superficial de la bufeta	Càncer de mama Càncer d'ovari Càncer de bufeta Càncer microcític de pulmó Càncer gàstric Leucèmia aguda Limfoma no Hodgkin Neuroblastoma Sarcoma d'Ewing, osteogènica, de teixits tous Càncer de tiroïdes Tumor de Wilms	
Doxorubicina liposòmica pegilada (Caelyx) EMEA	Sarcoma de Kaposi (VIH+) i malaltia extensiva mucocutània o visceral Càncer de mama metastàtic en dones amb alt risc CV Càncer d'ovari (després de fallada de règim amb cisplatí)	Sarcoma de Kaposi associat a SIDA Càncer d'ovari metastàtic en pacients refractaris a paclitaxel i platins	
Doxorubicina liposomal (Myocet) EMEA	Càncer de mama metastàtic en dones amb alt risc CV 1a línia en combinació amb ciclofosfamida		
Epirubicina BOT	Càncer de mama Limfoma maligne Sarcoma de parts toves Càncer d'estómac Càncer de fetge Càncer de pàncrees Carcinomes de cap i coll Càncer de pulmó Càncer d'ovari Leucèmia limfoide aguda Càncer de bufeta superficial: tractament de tumors vesicals superficials i profilaxi de la recaiguda de tumors vesicals superficials amb resecció transuretral completa	Càncer de mama: adjuvant en pacients amb ganglis axil·lars després de resecció del tumor primari	

Idarubicina BOT	Leucèmia mieloide aguda: inducció de la remissió en pacients recidivants o refractaris Leucèmia limfoide aguda: 2a línia en adults i nens	Leucèmia mieloide aguda Leucèmia limfoide aguda
Mitoxantrona Fitxa tècnica 2001	Com a agent únic o combinat: Càncer de mama metastàtic Limfoma no Hodgkin Leucèmia mieloide aguda en adults Leucèmia mieloide crònica en crisi blàstica Càncer de fetge, carcinoma hepatocel·lular Càncer de pròstata: en combinació amb corticosteroides, quimioteràpia inicial en càncer de pròstata avançat resistent al tractament hormonal Esclerosi múltiple	Leucèmia aguda no limfocítica en combinació amb citarabina Càncer de pròstata refractari al tractament hormonal Esclerosi múltiple
L01DC. ALTRES ANTIBIÒTICS CITOTÒXICS		
Bleomicina BOT	Càncer de cèl·lules escamoses Malaltia de Hodgkin Limfoma no Hodgkin Càncer de testicle Vessament pleural maligne	Malaltia de Hodgkin Carcinoma testicular Vessament pleural maligne Càncer de cap i coll Càncer de cèl·lules escamoses Limfoma no Hodgkin
Mitomicina BOT	Càncer d'estómac, pàncrees, còlon, bufeta i de cèl·lules escamoses de coll d'úter	Carcinoma gàstric Carcinoma pancreàtic

L01X_ALTRES CITOSTÀTICS

CITOSTÀTICS	INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L01XA. DERIVATS DEL PLATÍ		
Carboplatí Fitxa tècnica 1999, última revisió 2003	Càncer d'ovari avançat d'origen epitelial Càncer de pulmó microcític en associació Tumors epidermoides de cap i coll, associat a altres quimioteràpics Càncer de bufeta invasiu (estadis B i C de Jewett) i malaltia avançada: tractament neoadjuvant associat a altres quimioteràpics	Càncer d'ovari avançat en 1a línia en combinació amb ciclofosfamida Tractament pal·liatiu de recrències d'ovari després de QT prèvia (incloent-hi cisplatí)

Cisplatí Fitxa tècnica 2002, última revisió 2004	Càncer de testicle metastàtic: en teràpia combinada (sovint associat a bleomicina i vinblastina), en pacients amb tumors testiculars metastàtics ja sotmesos a cirurgia i/o radioteràpia Càncer d'ovari metastàtic: - en associació, en pacients amb tumors d'ovari metastàtics ja sotmesos a cirurgia i/o radioteràpia - en monoteràpia, 2a línia en pacients amb tumors ovàrics metastàtics refractaris a la quimioteràpia estàndard i que no han rebut prèviament cisplatí Càncer de bufeta avançat: en monoteràpia en pacients amb càncer de cèl·lules transicionals de bufeta, que no és possible controlar amb cirurgia i/o radioteràpia Càncer de cèl·lules escamoses de cap i coll: en teràpia combinada, a més de la cirurgia i/o radioteràpia Càncer de pulmó (microcític i no microcític): en teràpia combinada o després de cirurgia i/o radioteràpia	Càncer de bufeta Càncer d'ovari metastàtic en combinació amb ciclofosfamida Ovari: en 1a línia en combinació amb paclitaxel Càncer de testicle
---	--	--

Oxaliplatí Fitxa tècnica 1999, última revisió 2004	En associació amb 5-fluorouracil i àcid folínic - 1a línia del càncer colorectal metastàtic - Tract. adjuvant del càncer de còlon estadi III (dukes C) després de resecció del tumor primari	En associació amb 5-fluorouracil i àcid folínic - Tractament adjuvant del càncer de còlon estadi III després de resecció del tumor primari - Càncer colorectal avançat
---	---	--

L01XB. METILHIDRAZINES

Procarbazina BOT	Malaltia de Hodgkin avançada: en combinació (mecloretamina, vincristina i prednisona (règim MOPP)	Malaltia de Hodgkin
---------------------	--	---------------------

L01XC. AC MONOCLONALS

Alemtuzumab EMEA	Leucèmia limfoide crònica: després de tractament amb agents alquilants, en els quals no s'ha assolit una resposta completa o parcial, o que només han assolit una remissió de curta durada (menys de 6 mesos) després del tractament amb fosfat de fludarabina	Leucèmia limfocítica crònica de cèl·l. B en pacients que han rebut agents alquilants i en què ha fallat la fludarabina
---------------------	---	--

Bevacizumab EMA	Carcinoma metastàtic de còlon i recte en combinació amb 5-fluorouracil/àcid folínic o 5-FU/folínic/irinotecan (1a línia)	Carcinoma metastàtic de còlon i recte en combinació amb QT basada en 5-fluorouracil (1a línia)
Cetuximab EMA	Càncer de còlon metastàtic en associació amb irinotecan en pacients que expressin EGFR després de fracàs de QT prèvia que inclogui irinotecan	Càncer de còlon metastàtic en associació amb irinotecan en pacients que expressin EGFR després de fracàs de QT prèvia que inclogui irinotecan Càncer de còlon metastàtic en monoteràpia en pacients que expressin EGFR i amb intolerància a l'irinotecan
Ibritumomab Y ⁹⁰ EMA	Limfoma no Hodgkin fol·licular de cèl·l. B en recaiguda o que no han respost al tractament convencional amb rituximab	Limfoma no Hodgkin de cèl·l. B (baix grau, fol·licular o transformat) refractari o en recaiguda, incloent-hi pacients amb limfoma no Hodgkin refractaris a rituximab
Rituximab EMA	Limfoma fol·licular estadi III-IV, en quimioresistents o que estan en 2a recaiguda o següents després de QT Limfoma no Hodgkin difús de cèl·lules B grans CD20 positives, en combinació amb QT CHOP	Limfoma no Hodgkin de cèl·l. B CD20 + en recaiguda o refractaris
Tositumomab ¹³¹ I FDA		Limfoma no Hodgkin que sobreexpressa CD20 de baix grau, fol·licular o transformat, en recaiguda o refractari, incloent-hi pacients amb limfoma no Hodgkin refractaris a rituximab

Trastuzumab EMEA, Fitxa tècnica medicament 2004	Càncer de mama metastàtic que sobreexpressi HER2: - en monoteràpia per a pacients que hagin rebut almenys dos règims quimioteràpics per a la seva malaltia metastàtica (una antraciclina i un taxà llevat que aquests tractaments no estiguin indicats). Els pacients amb receptors hormonals positius també han d'haver fracassat en el tractament hormonal llevat que aquest no estigui indicat - en combinació amb paclitaxel per al tractament dels pacients que no hagin rebut quimioteràpia per a la seva malaltia metastàtica i en els quals no estigui indicat un tractament amb antraciclina - en combinació amb docetaxel per al tractament dels pacients que no hagin rebut quimioteràpia per a la seva malaltia metastàtica El trastuzumab ha de ser emprat només en pacients els tumors de les quals tinguin sobreexpressió de HER2 o ampliació del gen HER2 determinats mitjançant un mètode exacte i validat	En monoteràpia per al tractament de càncer de mama metastàtic quan el tumor sobreexpressi HER2 i el pacient hagi rebut QT prèvia per a la seva malaltia metastàtica En combinació amb paclitaxel per al tractament del càncer de mama metastàtic quan el tumor sobreexpressi HER2 i el pacient no hagi rebut QT prèvia per a la seva malaltia metastàtica
---	---	--

L01XD. AGENTS PER A LA TERÀPIA FOTODINÀMICA

Verteporfina EMEA	Tractament de pacients amb neovascularització coroïdea subfoveal causada per una degeneració macular que s'associa amb l'edat, o amb neovascularització coroïdea subfoveal secundària a miopia patològica	Tractament de pacients amb neovascularització coroïdea subfoveal causada per una degeneració macular que s'associa amb l'edat, amb miopia patològica o histoplasmosi ocular
----------------------	---	---

L01XX. ALTRES CITOSTÀTICS

Arsènic, triòxid EMEA	Leucèmia aguda promielocítica: inducció de la remissió i consolidació en els pacients adults amb leucèmia promielocítica aguda (APL) recidivant/refractària, caracteritzada per la presència de la traslocació t (15; 17) i/o per la presència del gen receptor alfa de l'àcid retinoic/leucèmia promielocítica (PML/RAR-alfa). El tractament previ ha d'haver inclòs un retinoide i quimioteràpia	Leucèmia aguda promielocítica inducció de remissió i consolidació en pacients amb traslocació t (15;17) o que expressin el gen del PML/RAR-alfa (leucèmia promielocítica/àcid retinoic, receptor alfa) que siguin refractaris o amb recaiguda després de QT amb retinoide i antraciclina
-----------------------------	--	--

	Asparraginasas	Leucèmia limfocítica aguda per a remissió. No recomanat per a teràpia de manteniment
Bexarotè EMEA	Tractament de les manifestacions dèrmiques de pacients en estadi avançats de limfoma de cèl·l. T cutànies (ctcl) resistent a almenys un tractament sistèmic	Tractament de les manifestacions cutànies del limfoma de cèl·l. T en pacients refractaris a almenys un tractament sistèmic
Bortezomib EMEA	Mieloma múltiple en pacients que hagin rebut prèviament almenys 2 tractaments i que presentin progressió de la malaltia demostrada en l'últim tractament	Mieloma múltiple en pacients que n'hagin rebut prèviament almenys dos i que presenten progressió de la malaltia demostrada amb l'últim tractament
Erlotinib		Càncer de pulmó no microcític localment avançat o metastàtic després de fallada de quimioteràpia prèvia
Estramustina BOT	Càncer de pròstata en estadi avançats	Carcinoma de pròstata avançat (pal·liatiu)
Hidroxi-carbàmid Fitxa tècnica 1998, última revisió 2002	Síndromes mieloproliferatius (esplenomegàlia mieloide/mielofibrosa, trombocitèmia primària essencial, policitèmia vera, leucèmia mieloide crònica i síndromes relacionades) Càncer de cèrvix, tumors epidermoides primaris de cap i coll (excepte llavi): en el tractament local associat a radioteràpia	Melanoma Leucèmia mieloide crònica (resistent) Càncer d'ovari recurrent, metastàtic o inoperable Càncer epidermoide de cap i coll, excloent-ne el llavi, concomitantment amb radioteràpia
Imatinib EMEA	Leucèmia mieloide crònica (LMC): cromosoma Filadèlfia positiu (crm P+): - Pacients en què el trasplantament de medulla òssia no es considera de 1a línia - Després de fallada del tractament amb interferon alfa, en fase accelerada o crisi blàstica Tumors de l'estroma gastrointestinal (GIST) malignes no resecables i/o metastàtics BIT (CD 117) positiu	Leucèmia mieloide crònica en l'adult (crm P+) acabada de diagnosticar LMC (crm P+) en crisi blàstica, fase accelerada o en fase crònica després de fallada de teràpia amb interferon alfa LMC (crm P+) en fase crònica en pacient pediàtric la malaltia del qual ha recorregut després de trasplantament amb cèl·l. mare o que són resistent a teràpia amb interferon GIST (tumors de l'estroma GI) maligne no resecable o metastàtic en pacients BIT (CD117) +

Irinotecan Fitxa tècnica 1997, última revisió 2003	Càncer colorectal localment avançat o metastàtic - en combinació amb 5-FU i àcid folínic en pacients sense quimioteràpia anterior per a la malaltia avançada - monoteràpia per a pacients en els quals ha fracassat un règim de tractament establert que conté 5-FU	Càncer colorectal metastàtic en 1a línia al costat de 5-fluorouracil i leucovorin; també en pacients la malaltia dels quals ha recorregut/ progressat després de teràpia inicial amb 5-fluorouracil
Miltefosina Fitxa tècnica 1999	Tractament de les lesions cutànies malignes en el càncer de mama per a pacients amb infiltracions limfangítiqües superficials planes	
Pentostatina Fitxa tècnica, 2003	Tricleucèmia en monoteràpia	Tricleucèmia (no tractada o refractària a interferon alpha
Talidomida EMEA med. orfe	Tractament de l'eritema nodós de la lepra (ENL) o reaccions lepromatoses de tipus II Tractament del mieloma múltiple Tractament de la malaltia d'empelt contra hoste	Tractament agut de les manifestacions cutànies moderades a severes de l'eritema nodós de la lepra i teràpia de manteniment per prevenir i suprimir manifestacions cutànies de les recurrències
Topotecan EMEA	Càncer d'ovari metastàtic, després de fracàs de la teràpia de 1a línia o posteriors	Càncer d'ovari metastàtic després de fracàs de teràpia de 1a línia o posteriors Càncer de pulmó cèl.l. petita després de fallada de teràpia de 1a línia

L02. TERÀPIA ENDOCRINA

L02A_HORMONES I DERIVATS

CITOSTÀTICS INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT		INDICACIÓ FDA
L02AB	PROGESTAGENS	
Medroxi- progesterona BOT	Càncer de mama Càncer d'endometri	Tractament adjuvant o pal·liatiu de càncer d'endometri o renal no operable, recurrent i metastàtic Reducció de la hiperplàsia endometrial en dones postmenopàusiques no histerectomitzades Carcinoma de cèl·lules renals Amenorrea
Megestrol BOT	Anorèxia, caquèxia associada a neoplàsia avançada i SIDA Tractament pal·liatiu del càncer avançat de mama o endometri	Tractament pal·liatiu del càncer de mama avançat o d'endometri (recurrent, inoperable o malaltia metastàtica; comprimits) Tractament d'anorèxia, caquèxia o pèrdua de pes inexplicable i significativa en pacients amb SIDA (sol. oral)
L02AE. ANÀLEGS D'HORMONES ALLIBERADORES DE GONADOTROPINES		
Buserelina BOT	Càncer de pròstata androgenodependent avançat Infertilitat femenina	No indicacions aprovades
Goserelina Fitxa tècnica 1990	Càncer de pròstata avançat Càncer de mama (pre i perimenopàusiques) Endometriosi Fibroma uterí Reproducció assistida	Càncer de mama Endometriosi Càncer de pròstata avançat
Leuprorelina BOT Fitxa tècnica 2001	Carcinoma de pròstata avançat amb metàstasi Endometriosi. BOT Pubertat precoç. BOT Fibroma uterí. BOT Infertilitat femenina	Tractament pal·liatiu del càncer de pròstata avançat Endometriosi Pubertat precoç
Triptorelina BOT	Càncer de pròstata avançat amb metàstasi Endometriosi Fibromes uterins Infertilitat femenina Pubertat precoç	Tractament pal·liatiu del càncer de pròstata avançat

L02B_ANTAGONISTES HORMONALS I SUBSTÀNCIES RELACIONADES

CITOSTÀTICS	INDICACIÓ AEM/EMEA/BOT	INDICACIÓ FDA
L02BA. ANTIESTRÒGENS		
Tamoxifè Fitxa tècnica 1989, última revisió 2004	Càncer de mama hormonodependent i les seves metàstasis	Càncer de mama metastàtic en homes i dones Càncer de mama ganglis + en postmenopàusiques després de mastectomia total o parcial, dissecció axil·lar i radioteràpia Càncer de mama ganglis – en dones després de mastectomia total o parcial, dissecció axil·lar i radioteràpia Reducció del risc de càncer de mama invasiu en dones amb carcinoma ductal <i>in situ</i> després de cirurgia i radioteràpia
Toremifè EMEA	Càncer de mama metastàtic hormonodependent en dones postmenopàusiques (1a línia)	Càncer de mama metastàtic en dones postmenopàusiques R estrogènic + o desconegut
L02BB. ANTIANDRÒGENS		
Bicalutamida Fitxa tècnica 1996, última revisió 2004	Càncer de pròstata avançat, en combinació amb ag de la LHRH o castració quirúrgica	Càncer de pròstata metastàtic en estadi D2
Flutamida Fitxa tècnica AEM, 1987, última revisió 2000	Càncer de pròstata avançat: com a tractament inicial en combinació amb agonistes de la LHRH (leuprolida o goserelina); com a teràpia adjuvant, en pacients que estiguin en tractament amb agonistes lhrh o hagin estat castrats quirúrgicament Associada a agonista LHRH, com a teràpia neoadjuvant del càncer de pròstata localment confinat, precirurgia radical o radioteràpia	Càncer de pròstata metastàtic localment confinat o en estadis B2-C o D2 en combinació amb agn de LHRH
L02BG. ANTIANDRÒGENS HORMONALS. INHIBIDORS ENZIMÀTICS		
Amino- glutetimida BOT	Càncer de mama metastàtic: en menopàusiques, ovariectomitzades i sensibles als estrògens, com a alternativa a l'ablació suprarrenal o hipofisària Càncer de pròstata metastàtic Síndrome de Cushing	Síndrome de Cushing

Anastrozol Fitxa tècnica 2000	Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques, la malaltia de les quals ha progressat després de la teràpia amb antiestrògens Tractament adjuvant en dones postmenopàusiques amb càncer de mama invasiu en estadis inicials amb receptor estrogènic positiu i que no puguin rebre una teràpia amb tamoxifè a causa de l'alt risc de tromboembolisme o alteracions endometrials	Adjuvant en el càncer de mama primari en dones postmenopàusiques amb R hormonals + Càncer de mama metastàtic o localment avançat en dones postmenopàusiques amb R hormonals + o desconeguts(1a línia) Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques amb progressió de malaltia després de teràpia amb tamoxifè
Exemestà Fitxa tècnica 2004	Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques, la malaltia de les quals ha progressat després de la teràpia amb antiestrògens	Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques la malaltia de les quals ha progressat després de teràpia amb tamoxifè
Formestà BOT	Càncer de mama, en dones postmenopàusiques prèviament tractades amb tamoxifè	No indicacions aprovades
Letrozol Fitxa tècnica AEM 1997, revisió text 2003	Càncer de mama avançat hormonodependent en postmenopàusiques (1a línia) Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques després de recaiguda o progressió de la malaltia després de tractament amb antiestrògens	Tractament adjuvant del càncer de mama estadis primaris en dones postmenopàusiques que hagin rebut 5 anys de teràpia adjuvant amb tamoxifè Càncer de mama metastàtic o localment avançat en dones postmenopàusiques amb R hormonal + o desconegut (1a línia) Càncer de mama avançat en dones postmenopàusiques amb progressió després de tractament amb antiestrògens

Bibliografia:

- Indicacions Espanya:
 - BOT: base de dades del medicament (Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics).
 - Fitxa tècnica:
 - Ministeri de Sanitat i Consum: www.msc.es.
 - EMEA: www.emea.eu.
 - Fitxa tècnica del laboratori comercializador.
- Indicacions FDA:
 - FDA: www.fda.gov.
 - Micromedex: www.micromedex.cm.

07

PROGRAMA D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS A MEDICAMENTS

1_INTRODUCCIÓ

Nombrosos estudis, la majoria elaborats als EUA, han posat de manifest la importància dels errors de medicació, les greus conseqüències clíniques per al pacient i els elevats costos que generen. Un 3,7 % dels malalts ingressats a l'hospital pateixen un cas advers amb lesió produïda pel tractament, que produeix prolongació de l'estada, discapacitat o mort. S'ha observat que una part molt important, d'un 20 a un 50 %, dels casos adversos estan relacionats amb la utilització de medicaments.

L'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) va portar a terme un estudi, durant 1995-1996, amb la finalitat de conèixer els fàrmacs i les situacions que més sovint podien causar casos adversos en els pacients a causa d'errors de medicació. Els resultats de l'estudi, en el qual van participar 161 hospitals dels EUA, van posar de manifest que els errors de medicació que provoquen danys greus o mortals estan causats per un nombre de medicaments limitat. Aquests medicaments que presenten una probabilitat elevada de causar efectes adversos greus o fins i tot mortals quan no s'utilitzen correctament,

s'anomenen *medicaments d'alt risc*. L'ISMP destaca especialment la insulina, els opiacis, l'heparina i els agents citostàtics. El fet d'estar inclosos en aquesta llista no pressuposa que els errors amb aquests medicaments siguin més freqüents, sinó que les conseqüències, en el cas de produir-se, són més greus. És convenient implantar mesures per prevenir errors en la utilització d'aquests fàrmacs, amb la finalitat d'evitar possibles conseqüències greus o fatals per als pacients.

Des del Departament de Sanitat i Seguretat Social s'ha posat en funcionament un programa de prevenció dels errors de medicació a Catalunya amb l'objectiu d'augmentar la seguretat en l'ús de medicaments. Per dur a terme aquest objectiu, s'ha establert un conveni de col·laboració amb la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, per treballar en la incentivació de la notificació voluntària dels errors detectats; d'altra banda, s'ha creat un Consell Assessor adscrit a la Subdirecció de Farmàcia i Productes Sanitaris, perquè proposi mesures preventives concretes de millora a Catalunya.

La prevenció, la detecció i la resposta als errors de medicació és una tasca multidisciplinària que requereix un esforç continu de col·laboració entre els diferents professionals que participen en el procés.

Dintre d'aquest context hem de diferenciar una sèrie de termes:

ERRORS DE MEDICACIÓ (EM)

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention dels EUA defineix l'error de medicació com un succés que es pot evitar i que és causat per una utilització inadequada d'un medicament, que produeix una lesió a un pacient, quan la medicació està sota control de personal sanitari, del pacient o del consumidor.

Reaccions adverses a medicaments (RAM).

Són efectes no esperats, no intencionats, no desitjats o excessius dels medicaments, com les reaccions al·lèrgiques, immunològiques o idiosincràtiques.

Casos adversos a medicaments (CAM).

Es defineixen com una lesió produïda per una intervenció mèdica relacionada amb un medicament (errors de medicació –EM- o RAM que produeixen algun tipus de lesió).

Casos sentinella.

Per a la JCAHO un incident sentinella (*sentinel event*) és un succés inesperat (o risc que es produeixi) amb resultat de mort, dany físic o psicològic greu per al pacient. Quan es produeix un incident sentinella, es recomana posar en marxa una investigació denominada anàlisi de les causes arrel per trobar l'origen de l'error que, a diferència de la negligència, és atribuïble al sistema o a la seva organització i no als individus. Dintre de la categoria d'errors de medicació, les causes principals de casos sentinella són la formació i la capacitat dels professionals i la comunicació.

El 1993, l'American Society of Hospital Pharmacy (ASHP) va establir diferents tipus d'errors de medicació:

- 1 Error de prescripció.
- 2 Error d'omissió.
- 3 Error de temps d'administració.
- 4 Medicació no prescrita al pacient.
- 5 Error de dosificació.
- 6 Forma farmacèutica errònia.
- 7 Preparació errònia d'un medicament.
- 8 Error de la tècnica d'administració.
- 9 Medicament deteriorat.
- 10 Error de monitorització.
- 11 Error de compliment del pacient.
- 12 Altres errors no previstos als apartats anteriors.

Segons el grau de severitat dels errors, el 1996 el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention va classificar els diferents nivells de severitat dels errors:

- Error potencial.
 - A Circumstàncies o casos amb capacitat d'ocasionar error.

- Error produït sense lesió.
 - B No va arribar al pacient.
 - C Va arribar al pacient sense lesionar-lo.
 - D Va arribar al pacient sense lesionar-lo però va necessitar monitorització.
- Error produït amb lesió.
 - E Va necessitar tractament o intervenció i va causar lesió temporal.
 - F Va necessitar hospitalització inicial o prolongada i va causar lesió temporal.
 - G Va produir una lesió permanent.
 - H Va produir una situació propera a la mort.
- Error produït amb mort.
 - I Va produir la mort del pacient.

Es poden adoptar diferents mètodes per detectar errors de medicació segons les necessitats i els recursos de cada centre, entre els quals destaquem:

Mètode observacional (tall en període actiu).

Consisteix a observar les administracions de medicaments per part d'observadors independents en una mostra representativa d'aquestes. És un mètode molt efectiu i complet, ja que permet d'obtenir les majors taxes d'error de medicació. És intensiu i, per tant, no detecta errors greus que es produeixen amb poca freqüència. És costós i necessita personal entrenat per a aquesta tasca. Serveix per detectar errors en el circuit de prescripció, dispensació i administració de medicaments.

Mètode de la comunicació (notificació voluntària).

Consisteix en el fet que el personal implicat en un error de medicació el comunica de manera voluntària al seu superior o a algun dels integrants del grup d'errors de medicació. Per ser efectiu requereix una cultura de comunicació molt desenvolupada en l'organització. La comunicació voluntària es facilita si no s'apliquen mesures punitives i es conserva la confidencialitat.

QUÈ CAL NOTIFICAR?

Interessa notificar tant els errors de medicació que realment han tingut lloc com els errors potencials que van ser detectats abans d'arribar al pacient o que el notificador considera que és possible que succeeixin, perquè hi ha causes que n'afavoreixin la producció, com, per exemple, noms de medicaments similars que poden portar a confusió.

Tenint en compte que hi ha una diferència entre els errors de medicació i les RAM, la notificació d'errors es pot considerar a dos nivells:

- Comunicació de RAM. Que es fa amb un formulari estandarditzat conegut com a targeta groga, que s'envia al centre autonòmic de farmacovigilància; també es pot notificar per telèfon trucant directament al centre de farmacovigilància o, finalment, es pot fer via Internet a l'adreça:
<http://www.icf.uab.es/farmavigila/targetag/formulari/targeta.asp>.
- Comunicació d'errors de medicació. Hi ha un full específic per a la comunicació voluntària i anònima de qualsevol error de medicació que es pugui produir.

COM A PLA D'ACTUACIÓ AL NOSTRE CENTRE ES PROPOSEN ELS OBJECTIUS SEGÜENTS:

- Crear un grup de treball integrat per diferents representats de l'hospital.
- Establir un sistema de notificació voluntària i registre d'errors de medicació.
- Dissenyar un full de notificació voluntària que permeti tant la notificació d'errors de medicació com de reaccions adverses a medicaments.
- Sensibilitzar prèviament el personal.
- Dissenyar un pla d'implantació.
- Informar periòdicament dels resultats.
- Avaluar i proposar mesures de millora.

A continuació s'annexa el full de "Registre de comunicació d'esdeveniments advers a medicament", actiu actualment a l'ICO-Duran i Reynals.

Registre de comunicació d'esdeveniment advers a medicament

REACCIÓ ADVERSA AL MEDICAMENT (RAM)

Reaccions adverses a medicaments son efectes no esperats, no intencionats, no desitjats o excessius dels medicaments, com les reaccions al·lèrgiques, immunològiques o idiosincràtiques.

RAM que cal notificar

- RAM no descrites prèviament
- RAM greus
- RAM en la utilització de fàrmacs nous

Data: _____ **Servei:** _____

Medicament implicat en la RAM

Data

Medicament (nom comercial):	Dosi diària/via:	Inici:	Final:	Motiu prescripció:
Medicament (nom comercial):	Dosi diària/via:	Inici:	Final:	Motiu prescripció:
Medicament (nom comercial):	Dosi diària/via:	Inici:	Final:	Motiu prescripció:

Reacció que ha tingut lloc

Inici:	Final:	Desenllaç:
Inici:	Final:	Desenllaç:
Inici:	Final:	Desenllaç:

Observacions

Personal comunicador

- Metge/essa
- Farmacèutic/a
- Infermer/a
- Altres: _____

Lloc

- Planta
- Farmàcia
- HOD
- UTP

Adreceu aquest full en un sobre tancat a: Farmàcia-PPAAM. Per a qualsevol consulta, truqueu a l'extensió 7808.
Gràcies per la vostra col·laboració. Grup de Prevenció d'Esdeveniments Adversos a Medicaments.

Registre de comunicació d'esdeveniment advers a medicament

ERROR DE MEDICACIÓ (EM)

Error de medicació és qualsevol incident que es pot prevenir, que pot causar dany al pacient o donar lloc a una utilització inapropiada del medicament, quan la medicació es troba sota control de personal sanitari, o del mateix pacient (National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention).

Data: _____ **Servei:** _____

Descripció de l'error (expliqueu detalladament l'error: el fàrmac, tipus de pacient (no indiqueu el seu nom), personal implicat, condicions de treball, etc.

TIPUS D'ERROR	CAUSA DE L'ERROR	PUNT D'ERROR	GRAVETAT
<input type="checkbox"/> Omissió	<input type="checkbox"/> Ordre il·legible	<input type="checkbox"/> Prescripció	Error potencial:
<input type="checkbox"/> No prescrit	<input type="checkbox"/> Ordre manual	<input type="checkbox"/> Validació	<input type="checkbox"/> A: Circumstància amb capacitat de causar error
<input type="checkbox"/> Dosi extra	<input type="checkbox"/> Ordre verbal	<input type="checkbox"/> Dispensació	Error produït:
<input type="checkbox"/> Dosi excés	<input type="checkbox"/> Validació	<input type="checkbox"/> Administració	<input type="checkbox"/> B: L'error s'ha produït però s'ha detectat abans d'arribar al pacient
<input type="checkbox"/> Dosi defecte	<input type="checkbox"/> Dispensació		<input type="checkbox"/> C: L'error no ha produït lesió
<input type="checkbox"/> Velocitat	<input type="checkbox"/> Etiquetatge		<input type="checkbox"/> D: El pacient ha requerit observació, però no s'ha produït lesió
<input type="checkbox"/> Via	<input type="checkbox"/> Administració		<input type="checkbox"/> E: Ha necessitat tractament i/o ha causat lesió temporal
<input type="checkbox"/> Preparació	<input type="checkbox"/> Similitud d'envasos		<input type="checkbox"/> F: Ha necessitat o ha allargat l'hospitalització i ha provocat una lesió temporal
<input type="checkbox"/> FF	<input type="checkbox"/> Informàtica		<input type="checkbox"/> G: Ha produït una lesió permanent
<input type="checkbox"/> Altres	<input type="checkbox"/> Altres		<input type="checkbox"/> H: Ha produït una situació propera a la mort
LLOC	PERSONAL NOTIFICADOR		<input type="checkbox"/> I: Ha produït o ha contribuït a la mort del pacient
<input type="checkbox"/> Planta	<input type="checkbox"/> Metge/essa		
<input type="checkbox"/> Farmàcia	<input type="checkbox"/> Farmacèutic/a		
<input type="checkbox"/> HOD	<input type="checkbox"/> Infermer/a		
<input type="checkbox"/> UTP	<input type="checkbox"/> Altres		

Mesures de millora (quines mesures us sembla que es poden prendre per prevenir aquest error en el futur?)

Adreueu aquest full en un sobre tancat a: Farmàcia-PPAAM. Per a qualsevol consulta, truqueu a l'extensió 7808. Gràcies per la vostra col·laboració. Grup de Prevenció d'Esdeveniments Adversos a Medicaments.

08

**TAULA
D'ADMINISTRACIÓ
DE FÀRMACS PER
VIA PARENTERAL**

08

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstitució	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Aciclovir	Aciclovir 250 mg Amp. 10 ml	-	NO	NO	No recomanable Risc de precipitació en tubuls renals	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Agitar per barrejar Adm. lentament > 1 h Per dosis de 500-750 mg, diluir en > 100 ml de SSF o SG 5 %	No recomanable Concentracions plasmàtiques massa baixes	Reconst.: No és procedent Dil.: 24 h TAPL	No refrigerar: POT PRECIPITAR
Albúmina	Albúmina humana Grifols 20 % Vial 50 ml	-	NO	Sí	Diluida o sense dilució Diluir en proporció d'1 ml d'albúmina 20 % en 4 ml de SSF o SG 5 %	Sí Diluida o sense dilució Diluir en proporció d'1 ml d'albúmina 20 % en 4 ml de SSF o SG 5 %	NO	Reconst.: No és procedent Dil.: Ús immediat	Conservar en nevera Atemperar abans d'administrar
Amfotericina B Complex lipídic	Abelcet 100 mg Vial 20 ml	Agitar suament fins a la desaparició de precipitats	NO	NO	NO	Sí Carregar els ml necessaris de cada vial i diluir en 500 ml SG 5 %, utilitzant filtres de 5 µm Utilitzar un filtre per vial Adm. 1-2 h (2.5 mg/kg/h)	NO	Reconst.: No és procedent Dil.: 6 h TAPL, 15 h NewPL	No és compatible amb SSF o altres sèrums Rentar bé la via amb SG 5 % abans d'administrar

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstitució	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Amfotericina B Desoxicolat	Fungizona 50 mg Vial Liof	Reconst. amb 10 ml d'API NO utilitzar SSF	NO	NO	NO	Sí Diluir 50 mg en 500 ml de SG 5 % Preparar just abans d'administrar Adm. 6-10 h Si es tolera bé, es pot administrar en menys temps (p. ex. 2 h)	NO	Reconst.: 24 h TAPL, 7 dies NevPL Dil.: 24 h NevPL	No és compatible amb SSF o altres sèrums
Amiodarona	Trangorex 150 mg Amp. 3 ml	-	NO	NO	Sí Diluir en 10-20 ml de SG 5 % Adm. 3-5 m	Sí Diluir 1 amp. en 50-250 ml de SG 5 % Diluir 2 amp. en volum ≥ 250 ml de SG 5 % Adm. 20 m-2 h	Sí Diluir en 500 ml de SG 5 % Diluir 4 amp. en volum ≥ 500 ml de SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 24 h TA	No diluir en SSF
Amoxicil·lina- Clavulànic	Augmentine 1 g/200 mg Vial Liof Augmentine 2 g/200 mg Vial Liof	Reconst. Vial 1 g/200 mg amb 20 ml d'API o SSF Reconst. Vial 2 g/200 mg amb 50 ml d'API o SSF NO utilitzar SG 5 % o bicarbonat sòdic	NO	NO	Sí Adm. lentament (mínim 3 min.) Dosi màx. per aquesta via: 1 g/200 mg	Sí Diluir dosi en 50-100 ml de SSF Adm. en 30 m Temps màx. entre preparació i final de l'adm. 1 h	NO	Reconst.: 15 m TA Dil.: 60 m TA (incloent-hi temps d'adm.)	No diluir amb SG 5 %

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstituïció	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Caspofungina	Caspofungina 50 mg Vial Liof Caspofungina 70 mg Vial Liof	Reconst. amb 10,5 ml d'API Agitar fins a tenir solució transparent	NO	NO	NO	Sí Diluir en 250 ml de SSF Adm. en 60 m	NO	Reconst.: 24 h TA Dil.: 24 h TA, 48 h nev.	Utilitzar immediatament després de preparar No compatible amb SG 5 % No adm. amb cap altre medicament
Cefepima	Maxipime 2 g Vial Liof	Per adm. IV: Reconst. el vial amb 10 ml d'API	NO	Sí Adm. en 3-5 m	Sí Adm. en 3-5 m	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 30-60 m	No recomanable	Reconst.: 12 h TA, 24 h nev. Dil.: 24h TA	-
Ceftazimida	Fortam 2 g IV Vial Liof	Reconst. amb 10 ml d'API	NO	Sí Adm. en 3-5 m	Sí Adm. en 3-5 m	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o de SG 5 % Adm. en 30-60 m	No recomanable	Reconst.: 24 h TA, 7 dies nev. Dil.: 24 h TA, 4 dies nev.	La reconstituïció normalment allibera CO ₂
Ceftriaxona	Ceftriaxona 1 g IV Vial Liof	Per adm. IM: Reconst. amb 2 ml lidocaïna 2 % + 2 ml d'API o SSF Per adm. IV: Reconst. amb 10 ml d'API	NO	Sí Adm. en 2-4 m	Sí Adm. en 2-4 m	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 30-60 m	No recomanable	Reconst.: 3 dies TA, 7 dies nev. Dil.: 6 h TA, 24 h nev.	-

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstitució	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Ciclosporina	Sandimmun 50 mg Amp. 1 ml Sandimmun 250 mg Amp. 5 ml	-	NO	NO	NO	Sí Diluir seguint proporció de 50 mg en 20-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 2-12 h	Sí	Reconst.: No és procedent Dil.: 12 h TAPL en SSF, 24 h TAPL en SG 5 %	Conté Cremophor EL NO utilitzar PVC
Dexametasona	Fortecortin 4 mg Amp. 1 ml Fortecortin 40 mg Amp. 5 ml	-	Sí	Sí Adm. en 1 m Adm. dosi de 40 mg en 2-5 m	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 30-60 m	No recomanable Si cal, diluir en 500-1000 ml de SSF o SG 5 %	No recomanable Si cal, diluir en 500-1000 ml de SSF o SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 7 dies TAPL	Es pot administrar en infiltracions locals, intraarticulars i intrasnoivials Conté sulfits. Precaució en pacients asmàtics
Diclofenac	Voltaren 75 mg Amp. 3 ml	No és procedent	NO	Sí IM Profunda	NO Pot provocar irritació vascular Si cal, diluir en 20 ml de SSF Adm. en 2 m	No recomanable Si cal, diluir en 100-500 ml de SSF o SG 5 %	No recomanable Si cal, diluir en 500 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 6-12 h	Reconst.: No és procedent Dil.: No és procedent	Només es recomana la via IM La via parenteral no s'ha d'utilitzar durant períodes superiors a 2 dies

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstituïció	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Dopamina	Dopamina 200 mg Amp. 10 ml	No és procedent	NO	NO		NO	Sí Diluir en 500 ml de SG 5 % Utilitzar bomba d'infusió Adm. a una velocitat inicial de 0,5-5 µg/kg/m, segons resposta clínica	Reconst.: No és procedent Dil.: 24 h TAPL	No barrejar amb solucions alcalines Rebutjar si es produceix canvi de coloració Vesicant en cas d'extravasació
Fenitoina	Fenitoina 250 mg Vial Liof	Reconst. amb 5 ml de DESP. No utilitzar API, ni SSF, ni altres solvents Dissolució lenta (fins a 10 m)	NO	NO Absorció erràtica i lenta	Sí Molt lenta, no s'han de superar els 50 mg/m	Sí Només és estable a unes concentracions determinades en SSF Altres concentracions PODEN PRECIPITAR Diluir 250 mg en 100 ml de SSF Adm. en 5-10 m Rentar la via amb 10-30 ml de SSF després de l'adm. per reduir l'irritació local (solució amb pH alcalí)	No recomanable Solucions molt diluïdes poden precipitar	Reconst.: 4-6 h TA No conservar en nev. Dil.: ús immediat	Intervals adequats per diluir 250 mg: 25-250 ml de SSF NO diluir en SG 5 %
Fluconazol	Diflucan 100 mg Vial 50 ml Diflucan 200 mg Vial 100 ml	-	NO	NO	NO	Sí Adm. 50 ml en 30 m Adm. 100 ml en 60 m	NO	Reconst.: No és procedent Dil.: No és procedent	-

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstitució	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Furosemida	Seguril 20 mg Amp. 2 ml	-	NO	Sí	Sí Adm. 20 mg en 1-2 m	Sí Diluir en 50-100-250 ml de SSF o SG 5 % Velocitat màx. d'adm. 4 mg/m Diluir dosi > 250 mg en 250 ml SSF Adm. en > 1 h	Sí Diluir en 250 ml de SSF	Reconst.: No és procedent Dil.: 24 h TAPL	L'adm. ràpida afafeix l'ototoxicitat No refrigerar Rebutjar solucions amb coloració groguenca Utilitzar preferiblement SSF
Haloperidol	Haloperidol 5 mg Amp. 1 ml	-	Sí	Sí Adm. màx. 3 ml per injecció	Sí Adm. 5 mg en > 1 m Es pot diluir en 10-50 ml de SSF o SG 5 %	Sí Diluir en 50-100 ml de SG 5 % Adm. en 30 m	Sí Diluir en 500 ml de SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 8 h TAPL en SSF, 7 dies TAPL en SG 5 %	Rentar la via amb SSF després de l'adm. sempre que estigui heparinitzada Incompatible amb SSF a concentracions > 1 mg/ml
Imipenem-Cilastatina	Tienam 500 mg IV Vial liof.	Reconst. amb el DESP.	NO	NO	NO	SI Adm. en 20-30 m	No recomanable	Reconst.: 10 h TA, 24 h nev. Dil.: No és procedent	Si el pacient presenta nàusees, reduir la velocitat de perfusió

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstituïció	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Metilprednisolona	Urbason 8 mg Vial liof. Urbason 20 mg Vial liof. Urbason 40 mg Vial liof. Solu-Moderin 250 mg Vial liof.	Reconst. vials de 8, 20 i 40 mg amb 2 ml d'API i vial de 250 mg amb 5 ml d'API	NO	Sí	Sí Adm. en mínim 1 m No adm. més de 500 mg	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 10-20 m Per a dosis altes (30 mg/kg), adm. en mínim 30 m	Sí Diluir en 500-1.000 ml de SSF o SG 5 %	Reconst.: 48 h TA Dil.: 48 h TA	Dosi > 500 mg poden produir col·lapse circulatori i arítmies
Metoclopramida	Primperan 10 mg Amp. 2 ml	-	Sí	Sí IM profunda	Sí Adm. 10 mg en 1-2 m	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 15 m	No recomanable	Reconst.: No és procedent Dil.: 48 h TAPL	Utilitzar preferentment SSF
Midazolam	Midazolam 15 mg Amp. 3 ml	-	Sí	Sí IM profunda	Sí Adm. lenta	No recomanable	No recomanable Si cal, diluir en 500 ml SSF o SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 24 h TAPL	-
Morfina	Morfina 1 % Amp. 1 ml Morfina 2 % Amp. 2 ml Morfina 2 % Vial 20 ml	-	Sí	Sí Absorció irregular i de menor durada que via SC	Sí Diluir amb 4-5 ml d'API Adm. molt lentament L'adm. ràpida augmenta el risc d'efectes secundaris	Sí Diluir en 50-100 ml de SSF o SG 5 %	Sí Diluir en 500-1.000 ml de SSF o SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 7 dies TAPL	-
Pantoprazol	Pantocarm 40 mg Vial liof.	Reconst. amb 10 ml de SSF	NO	NO	NO	Sí Diluir en 100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 15 min.	No recomanable	Reconst.: 2 h TAPL Dil.: 22 h a TAPL	No barrejar amb altres medicaments en la infusió Equivalent terapèutic a l'omeprazol

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstitució	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Paracetamol	Perfalgan 1 g Vial 100 ml	-	NO	NO	NO	Sí Adm. en 15 m	NO	Reconst.: No és procedent Dil.: No és procedent	-
Piperacil·lina- Tazobactam	Tazocel 4 /0,5 g Vial liof.	Reconst. amb 25 ml d'API	NO	NO	Sí Adm. en 3-5 m	Sí Diluir en 50 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 30 m	No recomanable	Reconst.: 24 h TAPL, 48 h NevPL Dil.: 48 h NevPL	-
Ranitidina	Toriol 50 mg Vial 5 ml	-	NO	Sí	Sí Diluir 50 mg fins a 20 ml de SSF o SG 5 % Adm. en > 5 m	Sí Diluir 50 mg en 50-100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 15-60 m	Sí Diluir en 500-1.000 ml de SSF o SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: 48 h TAPL	-
Rasburicasa	Fasturtec 1,5 mg Vial Liof.	Reconst. amb 1 ml de DESP	NO	NO	NO	Diluir en 50 ml SSF Adm. en 30 m	NO	Reconst.: 24 h TA Dil.: 24 h TA	No utilitzar filtres per a la infusió Utilitzar via d'adm. diferent a la dels citostàtics
Tramadol	Tramadol 100 mg Amp. 2 ml	-	Sí	Sí	Sí Adm. lenta	Sí Diluir en 100 ml de SSF o SG 5 % Adm. en 30-60 m	Sí Diluir 200 mg en 500 ml de SSF o SG 5 %	Reconst.: No és procedent Dil.: ús immediat	Dosi màx. diària per a qualsevol via és: 400 mg

Principi actiu	Especialitat farmacèutica	Reconstituïció	Via SC	Via IM	Via IV directa	Via IV intermitent	Via IV contínua	Estabilitat	Observacions
Vancomicina	Vancomicina 500 mg Vial liof.	Reconst. amb 10 ml d'API	NO	NO	NO	Sí Diluir en SSF o SG 5 % fins a una concentració final de 5 mg/ml Adm. en 30-60 m	Sí Únicament si la via IV intermitent no és factible	Reconst.: 4 dies nev. Dil.: 7 dies TA o nev.	L'adm. molt ràpida pot originar la síndrome de l'home vermell Reducir la velocitat de perfusió
Voriconazol	Vfend 200 mg Vial liof.	Reconst. amb 19 ml d'API. Agitar fins a tenir una solució transparent Concentració final: 10 mg/ml	NO	NO	NO	Sí Diluir 200-500 mg en 100 ml de SSF Adm. en 2 h	NO	Reconst.: 24 h NevPL Dil.: ús immediat	Adm. immediatament després de la preparació

API: Aigua per a injecció. SSF: Sèrum salí fisiològic. SG 5 %: Sèrum glucosstat al 5 %. DESP: Solvent especial. TAPL: Temperatura ambient i protegit de la llum. NevPL: Nevera i protegit de la llum.

09

LOCALITZACIONS I HORARIS DEL SERVEI DE FARMÀCIA

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA - HOSPITAL DURAN I REYNALS

Localització.

El Servei de Farmàcia està localitzat a la segona planta, a prop de les unitats funcionals.
Institut Català d'Oncologia-Hospital Duran i Reynals
Gran Via, s/n km 2,7
08907- L'Hospitalet de Llobregat.

Horari.

L'horari del servei és:
De dilluns a divendres: 8.00-18.00 h.
Dissabtes i festius amb el servei obert 9.00-15.00 h.

Com contactar.

Els telèfons per àrees d'assistència són:

ÀREA	TELÈFON
Cap de Servei	7802
Recepció	7819/3234
Atenció Farmacèutica Àrea Oncologia	7808
Atenció Farmacèutica Àrea Hematologia	3237
Atenció Farmacèutica Àrea Pal·liatiu	2664
Àrea Distribució Medicaments	3229
Àrea Preparació Citostàtics	3230
Dispensació Ambulatoria	3235
Laboratori Farmacotècnia	3228
Laboratori Farmacocinètica	3227
Assaigs Clínics	7470
Fax Farmàcia Extern	7801
Fax Farmàcia Intern	2687



