

MEDIDAS URGENTES PARA CONTROLAR EL GASTO FARMACÉUTICO EN EL 2011

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

1ª PRIMERA OPORTUNIDAD DE MEJORA:
CANARIAS SE GASTA 94,5€ DE CADA 100
EN MARCAS DE FANTASÍA

2ª OPORTUNIDAD DE MEJORA:
SOLO 15 MOLÉCULAS SUPONEN 46
MILLONES DEL GASTO

3ª OPORTUNIDAD DE MEJORA:
EL NÚMERO DE RECETAS SE PUEDE
DISMINUIR DE FORMA IMPORTANTE

4ª OPORTUNIDAD DE MEJORA:
LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS
FARMACOTERAPÉUTICAS ES SÓLO DEL 60%

5ª OPORTUNIDAD DE MEJORA:
ALGUNOS PACIENTES ESTÁN RECIBIENDO
MEDICACIÓN SIN NECESITARLO

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

1
2
3
4
5
5
7
8

INTRODUCCIÓN

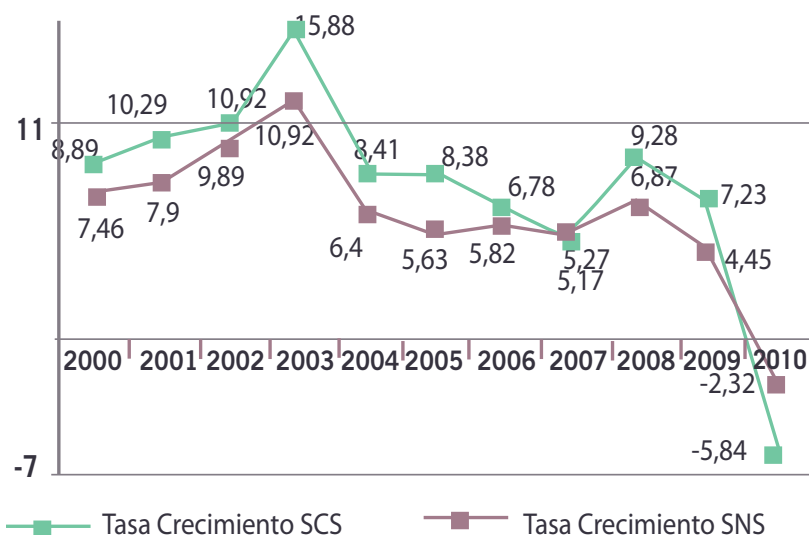
En el año 2010, Canarias se convirtió en la Comunidad Autónoma donde más disminuyó el gasto farmacéutico con un descenso del -5,84% (figura 1). Ello fue posible gracias a la mejor elección por parte de los facultativos de nuestra Comunidad, de los medicamentos recomendados en las guías de práctica clínica y a un aumento de la prescripción por principio activo, que pasó de un 15% a un 28%.

Dentro del fuerte ajuste de los presupuestos en Sanidad para el 2011 (disminución de unos 300 millones de euros), se han asignado al gasto farmacéutico 204 millones. Eso supondría disminuir un 37% el gasto a través de receta en este año, lo cual es a todas luces imposible, con lo que el conjunto del sistema sanitario está amenazado.

Diversas Comunidades Autónomas han optado por medidas drásticas, algunas de las cuales están recurridas en los tribunales, como incluir un catálogo de medicamentos que se financian y los que no (Galicia) o quitar del nomenclátor del ordenador determinadas marcas (País Vasco, Castilla La Mancha, etc).

Existe en Canarias como veremos, una importante capacidad de mejora y es imprescindible lograrla para evitar un aumento de los recortes en los otros capítulos de la sanidad. Los responsables de la prescripción son los médicos y las medidas se enfocarán a facilitar una prescripción de calidad.

Figura 1. Evolución del Gasto Acumulado en Canarias y España



1ª PRIMERA OPORTUNIDAD DE MEJORA: CANARIAS SE GASTA 94,5 € DE CADA 100 EN MARCAS DE FANTASÍA

España es uno de los países de Europa que menor porcentaje de genéricos receta y dentro de España, Canarias una de las que menos. Aunque es un inconveniente, también supone una ventaja obvia: es de las que más puede mejorar. En anteriores publicaciones ya se ha abordado la bioequivalencia garantizada de los genéricos y su asegurada calidad, en la que confían, no solo los médicos de los países más avanzados, sino las propias empresas farmacéuticas líderes en marcas, que disponen de su rama de genéricos.

Todos los medicamentos genéricos tienen el **mismo principio activo tanto en cantidad como en calidad** que los fármacos originarios con los que se comparan, **y el proceso de fabricación sigue las mismas normas de calidad**, que son de obligado cumplimiento tanto para la fabricación de medicamentos genéricos como de medicamentos innovadores, y son las mismas en todos los países de la Unión Europea y Norteamérica. En resumen y copiando las frases de varios informes de la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los medicamentos genéricos autorizados con las siglas EFG cumplen los criterios de bioequivalencia con el medicamento de referencia. Lo que significa que tienen el mismo principio activo en cantidad y calidad, la misma eficacia y seguridad y por tanto son **intercambiables**.

En los países como el Reino Unido, se prescriben por DCI (Denominación Común Internacional, que en España se de-

nomina DOE o Denominación Oficial Española o Principio Activo) el 82,8% de los envases¹, siendo los genéricos dispensados el 66,1%, pues el 16,7% aún no disponen de genéricos comercializados. El porcentaje de prescripción de genéricos en otros países desarrollados donde se encuentra gran parte de la industria farmacéutica es alto: EEUU (85%), Alemania (60%), Canadá (55%).

Curiosamente España, al utilizar un enorme porcentaje de medicamentos originales, favorece a compañías farmacéuticas que, en sus propios países, tienen una cuota de mercado significativamente menor de fármacos originales. Por otro lado, de los medicamentos genéricos consumidos en España, el 70% se fabrica en nuestro país, y el resto en países de la CEE, EEUU, Canadá o Japón, donde las normas de fabricación de genéricos son las mismas. Actualmente en España no existen ni están autorizados genéricos que se fabriquen y provengan de otros países diferentes a los ya comentados.

Dentro de España, Andalucía se encuentra a la cabeza de la prescripción por principio activo con un 83% (60% de la prescripción de los facultativos de atención especializada), lo que ha llevado que casi el 50% de su dispensación sea de fármacos genéricos y logren un ahorro de 118 millones de euros en 2010.

Si los médicos canarios recetasen por principio activo todos aquellos fármacos que permita la ley (ver tabla 1), olvidándose de las marcas de fantasía como recomienda la OMS², la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento³, la Organización Médica Colegial de España⁴ y la Consejería de Sanidad de Canarias, el ahorro estimado en un año sería de **81 millones de euros**.

Ahorro estimado si toda la prescripción se realizase por principio activo			
envases	gasto real	gasto estimado	ahorro
41.156.573	558.050.110,16€	476.773.883,04€	81.276.227,12 €

Tabla 1. Fármacos que no pueden sustituirse en el acto de dispensación⁵

La Orden SCO/2874/2007 de 28 de septiembre establece los medicamentos que no pueden sustituirse en el acto de la dispensación en la oficina de farmacia por razón de sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico. Por ello, se recomienda que se prescriban estos medicamentos por marca, **ya sea de genérico o no**, pues si se prescriben por principio activo, al no tener el farmacéutico la potestad de sustituirlo, no le podría dar ningún medicamento:

- Medicamentos biológicos: Insulinas, hemoderivados, vacunas, medicamentos biotecnológicos.

- Medicamentos de estrecho margen terapéutico: Acenocumarol, carbamazepina, ciclosporina, digoxina, fenitoina,

levotiroxina, litio, metildigoxina, teofilina, warfarina (excepto cuando se administran por vía intravenosa).

- Medicamentos de especial control médico o de especial seguimiento: Ácido acetohidroxámico, cabergolina, clozapina, derivados de la vitamina A (isotretinoina, acitretina) vía sistémica, pergolida, sertindol, talidomida, vigabatrina.

- Medicamentos del grupo Respiratorio por vía inhalatoria

2ª OPORTUNIDAD DE MEJORA: SOLO 15 MOLÉCULAS SUPONEN 46 MILLONES DEL GASTO

El cambio a principio activo tiene especial relevancia en determinadas moléculas en las que existe una importante diferencia de precio entre la marca de fantasía y el precio menor,

y que además tienen una alta prescripción. Estas son las 15 moléculas principales que por si solas podrían reducir el gasto en 46 millones de euros.

Ahorro si se recetan por principio activo las 15 moléculas principales

PRINCIPIO ACTIVO	ENVASES	GASTO REAL (€)	GASTO ESTIMADO (€)	AHORRO (€)
METFORMINA	804.499	1.918.716,90	1.713.534,28	205.182,62
ATORVASTATINA	774.409	22.900.874,67	7.701.681,18	15.199.193,49
VALSARTÁN Y DIURÉTICOS	270.654	7.877.658,76	4.212.698,68	3.664.960,08
ESCITALOPRAM	264.196	7.527.424,66	3.921.496,39	3.605.928,27
VALSARTÁN	255.116	7.561.021,16	3.825.465,05	3.735.556,11
CLOPIDOGREL	217.302	10.586.640,52	4.100.494,44	6.486.146,08
ESOMEPRAZOL	194.001	7.397.310,86	3.703.966,42	3.693.344,44
IRBESARTAN Y DIURÉTICOS	168.871	4.385.566,07	2.517.498,13	1.868.067,94
IRBESARTÁN	152.063	2.811.489,62	1.593.166,98	1.218.322,64
REPAGLINIDA	122.235	2.204.166,43	1.322.648,77	881.517,66
FLUVASTATINA	119.834	3.261.787,22	1.915.140,00	1.346.647,22
VENLAFAXINA	97.517	4.116.958,21	1.363.512,71	2.753.445,50
GLICLAZIDA	60.207	606.131,05	323.931,67	282.199,38
MIRTAZAPINA	57.997	1.681.205,72	693.056,22	988.149,50
RISPERIDONA	12.096	426.102,95	96.073,51	330.029,44
				46.258.690,37€

Esa cifra supone el 57% del total de ahorro por principio activo.

A estas moléculas se irán sumando otras. Por ejemplo, la olanzapina tendrá disponible genérico a partir del 26 de abril por lo que el ahorro en un año con esta molécula sería de 4,1 millones de euros. Por esto es importante prescribir por principio activo incluso las moléculas que aún no dispongan de genérico, ya que antes o después dispondrán del mismo.

Por todo lo anterior, la Dirección General de Farmacia insta a todos los médicos a que prescriban toda la medicación por principio activo.

Para facilitar estas medidas se implantará próximamente el **Plan PRODOE**. Dicho plan permitirá que todos aquellos médicos que se adhieran puedan cambiar en un solo acto la medicación vigente y sustituible de todos los pacientes de su cupo a principio activo. Esto, que irá acompañado de información específica para el usuario y de un respaldo escrito de la Consejería de Sanidad, producirá **un ahorro de 45.000 euros/año por consulta**.

Algunas de las ventajas que el Plan PRODOE comporta al médico son:

- Se cumplirán con seguridad los objetivos de calidad de prescripción incluidos en incentivos.
- Mejorará la velocidad en la historia informatizada, ya que no aparecerá ningún aviso de medicamento con precio menor.
- En los pacientes que tengan su prescripción por principio activo se permitirán planes de tratamiento de un año, en vez de los 3 meses actuales. Eso permite disminuir un 20% el número de consultas.
- Evitará problemas con los pacientes, ya que es una medida apoyada desde la Consejería de Sanidad y que alcanza por igual a todos los usuarios del cupo. **La Consejería de Sanidad es la que recomienda y respalda a todos los médicos a que prescriban por principio activo. Esto incluye los tratamientos indicados tanto en Atención Primaria como en Especializada.**

3ª OPORTUNIDAD DE MEJORA: EL NÚMERO DE RECETAS SE PUEDE DISMINUIR DE FORMA IMPORTANTE

En los últimos años se ha producido un aumento desproporcionado del número de recetas en algunos pacientes. Algunas causas que provocan esta situación son:

- En los pacientes crónicos, cuando se realiza una receta a mano o informatizada y para evitar visitas innecesarias, se suele proporcionar la medicación para tres meses. Si le damos a un paciente 3 recetas del mismo medicamento con la misma fecha y no le produce el efecto deseado o provoca una reacción adversa, y hay que retirarlo y modificar el tratamiento, los envases restantes acaban en el mejor de los casos en el SIGRE.

- A su vez, al implantar en Canarias la Receta Electrónica (REC) se ha producido un aumento del número de recetas. El motivo es que la REC tiene un sistema de dispensación en bloques de 30 días, con caducidad si no se recogen las recetas, lo cual favorece la acumulación de medicamentos.

Si además tenemos en cuenta que en Canarias se recogieron y destruyeron en el 2009 a través del sistema SIGRE de las farmacias, **98 toneladas de medicamentos⁶, que suponen decenas de millones de euros** (en ese apartado no se incluyen los que se tiran a la basura, ni los que se acumulan sin consumir en los domicilios), nos damos cuenta de que es fundamental informar al paciente que si tiene medicación acumulada en casa, la traiga a la consulta para decirle si se la debe tomar y como hacerlo, mientras que a la farmacia solo lleve la caducada. Diversos estudios han encontrado que sólo el 30% de los mayores de 65 años que toman 8 o más medicamentos son capaces de recordar las instrucciones sobre su administración, y sólo el 20% de estos reconocía tomarlos adecuadamente⁷.

El nuevo Real Decreto de Receta⁸ permite que en la Receta Electrónica **no exista caducidad en el plan de tratamiento**. Aprovechando esta ventaja, se está culminando en Canarias el proyecto de **Receta Electrónica Continua**. Cuando el médico activa un plan de tratamiento, el paciente siempre que lo necesite tendrá disponible el medicamento en la farmacia hasta la siguiente revisión sin que le caduque, ya que el tiempo para recoger el siguiente envase lo marcará la dispensación en la farmacia y no la prescripción del médico.

El paciente no se tendrá que preocupar de fechas de recogida, sino de si le queda medicación. Además, si su tratamiento se ha prescrito por principio activo no estará obligado a ir a la consulta sólo "a repetir" hasta pasado un año. Este sistema evita fraudes ya que no permite el acaparamiento, por lo que cuando esté implantada está previsto eliminar la receta informatizada y limitar la de papel en cuanto sea posible.

4ª OPORTUNIDAD DE MEJORA: LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS ES SÓLO DEL 60%

Es muy importante seguir las indicaciones sobre el fármaco de elección de las guías farmacoterapéuticas basadas en la evidencia. La evidencia científica disponible es la misma en Atención Primaria y Especializada. En Atención Primaria se recomienda la guía terapéutica de la semFYC que todos los médicos tienen en formato papel y electrónico, y en Atención Especializada las guías clínicas basadas en la evidencia relacionadas con su especialidad, como por ejemplo las guías NICE, SIGN, Clearinghouse, Guíasalud, PRODIGY, ECS, etc. La adherencia a estas guías logrará que se recete lo mejor para el paciente y la comunidad.

Desde marzo de este año ha entrado en vigor la **Orden de Precios de Referencia** que obliga a disminuir el precio de todos los medicamentos que tengan genérico. Con nuestra actual pauta de prescripción esto supone **29 millones**, pero si aumentamos la prescripción de medicamentos que dispongan de genérico, la cifra será mucho mayor. Como ya hemos comentado en anteriores boletines⁹, es fundamental evitar a toda costa el conocido **efecto sustitución** de una molécula, por el que cuando baja de precio por disponer de genérico, se cambia a otra, nunca más eficaz, con frecuencia más cara y que en la mayoría de las situaciones no figura como de elección en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Ello implica una peor práctica clínica. Algunos ejemplos de estos cambios son:

- Sustituir el Clopidogrel (**20,3€** el genérico y **27,72€** la marca de fantasía) por Prasugrel (**60,94€**), o Douplavin® (**29,97€**).
- Sustituir la Atorvastatina (**8,98€** el genérico y **32,02€** la

marca de fantasía que irá bajando de precio) por Rosuvastatina (**24,95€** a dosis equipolentes).

-Usar en vez de la combinación considerada de elección por todas las guías de prestigio (ADA, EASD, NICE)¹⁰⁻¹² para el tratamiento de la hiperglucemia en los diabéticos de Metformina con Sulfonilurea (Metformina cuesta **1,8€** y Glimepirida **4,94€**), la combinación de Metformina con Sitagliptina (**58,84€**) o Metformina con Vildagliptina (**63,05€**) que han demostrado una **eficacia menor** en la hiperglucemia sin aportar hoy en día evidencias científicas que respalden dicho cambio.

-Sustituir el Omeprazol (**2,46€**) por otros IBP que pueden tener hasta un precio 14 veces superior a las dosis equipolentes con la misma eficacia¹³⁻¹⁵, como el Esomeprazol (**34,38€** si marca de fantasía) o Pantoprazol (**18,7€**)

-Sustituir los ISRS para la depresión (por ejemplo Sertralina: **5,64€**) por novedades terapéuticas como la agomelatina (**57,79€**) que no aportan beneficios en términos de eficacia comparada con los ISRS¹⁶⁻²⁴.

5ª OPORTUNIDAD DE MEJORA: ALGUNOS PACIENTES ESTÁN RECIBIENDO MEDICACIÓN SIN NECESITARLO

La medicalización de las actuaciones médicas se está convirtiendo en un problema de salud. En muchas ocasiones, la presión de los usuarios puede llevar a indicar un medicamento cuando no corresponde, pero en otras somos los propios médicos los que, creyendo que estamos protegiendo al paciente actuamos incorrectamente.

Algunos ejemplos son:

- Pautar un IBP ante un problema menor de acidez o indicarlo para proteger de un AINE pese a no ser un paciente de riesgo. La prescripción de un IBP con la finalidad de evitar lesiones como úlceras pépticas cuando se prescribe un AINE solo está indicado si existen factores de riesgo de sangrado (edad mayor

de 65 años, antecedente de sangrado digestivo, uso de otros fármacos gastrolesivos, existencia concomitante de enfermedades graves, etc). Si un paciente toma múltiples fármacos, pero ninguno es gastrolesivo (AINE, antiagregante, corticoides), añadir un IBP solo implicará un aumento en las interacciones y a la larga la posibilidad de complicaciones¹⁵.

Por ello, en todos esos casos hay que revisar si verdaderamente es necesario el IBP. Los tratamientos crónicos con IBP se asocian a un aumento de fracturas²⁵⁻²⁸, incluidas las de cadera, hipomagnesemia²⁹ y neumonías. En cuanto a la repercusión económica, en Canarias durante el 2010 se han dispensado 2.883.254 envases de IBP (en una Comunidad con 2.000.000 de habitantes) con un coste aproximado de 32 millones de €.

- Indicar profilaxis con heparinas de bajo peso molecular cuando el riesgo de sangrado sea superior al riesgo de prevención y el balance beneficio-riesgo perjudicial. El registro RIETE³⁰ ya recoge que una gran parte de la población que debería recibir profilaxis con heparina no la recibe, mientras que sí se administra en personas donde no se encuentra indicada. Para ello están varias guías como la PRETEMED³¹ que indican cuándo pautar profilaxis. Tampoco se justifica el uso de Fondaparinux si el paciente precisa anticoagulación y no existen contraindicaciones para la heparina.

- Usar una estatina en un paciente sin riesgo alto de enfermedad cardiovascular. Las estatinas han demostrado efecto beneficioso en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular o que tienen un riesgo cardiovascular alto. Sin embargo se están pautando en pacientes simplemente con un colesterol elevado y riesgo cardiovascular moderado, donde el balance beneficio riesgo para el paciente es perjudicial³². En pacientes con dislipemia y riesgo moderado todas las guías desde el 2003 coinciden en que el tratamiento ha de realizarse con medidas dietéticas y actividad física.

- Pautar fármacos frente a la osteoporosis (OP) sin tener alto riesgo de fractura. Existen evidencias de que los fármacos para el tratamiento de la OP tienen una eficacia escasa y limitada a las pacientes que ya han sufrido una fractura o que tienen un alto riesgo de sufrirla³³. El mero hecho de tener una densitometría con una baja densidad mineral ósea no indica que precise tratamiento. Además los bifosfonatos, fármacos hoy en día de elección, no están exentos de efectos secundarios como la eso-

fagitis y se han asociado a un aumento de fracturas atípicas. Los moduladores selectivos de receptores estrogénicos se asocian a un aumento de eventos tromboembólicos y en algunas pacientes a aumento de eventos cardiovasculares. Pese a ello y a que la incidencia de OP en España frente a los países europeos es inferior y la de Canarias con respecto a la media estatal también, en el último año se han consumido más de 350.000 envases de dichos fármacos, lo que indica a las claras que seguimos tratando a pacientes que no lo precisan y probablemente se de la paradoja de no tratar a las de mayor riesgo. Esta prescripción ha supuesto 10.500.000 euros.

- Las tiras de glucemia son eficaces para el control de la glucemia en aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento con insulina. En pacientes diabéticos tipo 2 sin insulina, el uso de tiras viene restringido a determinadas situaciones limitadas en el tiempo, tal y como viene recogido en el primer INFARMA³⁴. Sin embargo existe una alta proporción de diabéticos tipo 2 sin insulina (incluso pacientes sin diabetes) que utilizan las tiras reactivas sin que les aporte ningún beneficio. Durante el 2010 se dispensaron más de 670 mil envases con un coste superior a los 20 millones de euros.

		AAG
DIABETES TIPO 2	• Dieta, ejercicio	Habitualmente no indicada
	• No secretagogos (metformina, inhibidores de alfa-glucosidasas y glitazonas)	Habitualmente no indicada
	• Secretagogos solos o combinados (sulfonilureas, glinidas, incretínmiméticos e inhibidores de la dipeptil peptidasa 4)	1-3 / semana ¹
	• Insulina (1 dosis) con o sin antidiabéticos orales	3-7 / semana ²
	• Insulina (≥ 2 dosis) con o sin antidiabéticos orales	2-6 / día ²
DIABETES GESTACIONAL		6-7 / día
DIABETES TIPO 1		4-7 / día ³

1 Es necesario iniciarlo o aumentar su frecuencia en las siguientes circunstancias:

- cuando la HbA1c esté por encima de los objetivos en pacientes en los que se prevea un cambio o intensificación del tratamiento.
- para evitar descompensaciones hiperglucémicas severas en determinados casos (enfermedades intercurrentes febriles, vómitos, diarrea, intervenciones quirúrgicas ambulatorias, traumatismos, tratamiento con corticoides sistémicos, etc).
- en aquellas mujeres diabéticas que estén planificando un embarazo.

2 Se debe adecuar el número de determinaciones al número de dosis de insulina y al grado de control. En caso de que el mismo paciente modifique las dosis de insulina puede ser necesario aumentar el número de AAG.

3 En caso de tratamiento intensificado, bomba de infusión continua de insulina (BICI), embarazo o planificación del mismo, el número de controles requeridos podrá ser mayor (hasta 10).

CONCLUSIONES:

- Para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario es imprescindible mejorar la eficiencia de la prescripción. Existe aún una importante bolsa de ineficiencia ya que Canarias es la comunidad donde menos se gasta en genéricos, solo 5,5 euros de cada 100, estando la media estatal en el 10% y la europea en el 30%.

- Los facultativos juegan un importante papel en dicha sostenibilidad del sistema sanitario, principalmente con las tres medidas siguientes:

1ª. Recetar por principio activo: permitiría ahorrar 81 millones de euros manteniendo la misma eficacia y seguridad de los tratamientos. Por lo tanto, la Consejería de Sanidad, cumpliendo la Ley de garantías y Uso Racional del Medicamento insta a los médicos de Canarias a que receten por principio activo.

2ª. Adherirse a las guías farmacoterapéuticas basadas en la evidencia en ambos niveles asistenciales.

3ª. Evitar tratamientos innecesarios en los que no aseguremos una adecuada relación beneficio-riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-National Prescribing Centre (NHS). Generics prescribing in Primary Care. Me-
ReC Bulletin 2011; 21 (3): 1-6.
- 2.-World Health Organization. International Non ProprietaryNames. <http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>
- 3.-LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y
productos sanitarios. Disponible en URL: [http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/
pdfs/A28122-28165.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf)
- 4.-OMC. Documento de la Comisión Central de Deontología de 25 de febrero de
2011.
- 5.- ORDEN SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los me-
dicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico
con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso
racional de los medicamentos y producto
- 6.-SIGRE. Memoria de Actividades 2009. Disponible en URL: <http://www.memoriasigre.es/>
- 7.-Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo
J. Paciente polimedcado ¿Conoce la posología de la medicación? ¿Afirmar tomarla
correctamente? Aten Prim 2004; 33:451-6.
- 8.- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órde-
nes de dispensación. Disponible en URL: [http://www.boe.es/boe/dias/2011/01/20/
pdfs/BOE-A-2011-1013.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/2011/01/20/pdfs/BOE-A-2011-1013.pdf)
- 9.-Servicio Canario de Salud. Prioridades del Uso Racional del Medicamento: Mejo-
rar la Eficiencia. Bolcan 2010; 2 (3).
- 10.-Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Colman RR, Sherwin R et
al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm
for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus of the American Diabetes
Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care
2009; 32: 193-203.
- 11.-National institute for health and clinical excellence. NICE clinical guideline 87.
Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes 2009. Disponible en: [http://
www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=44318](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=44318)
- 12.- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2011.
Diabetes Care 2011; 34 (Supl 1): S11-S61.
- 13.- Ilabenz J, Petersen KU, Rösch W, Koelz HR. A summary of Food and Drug
Administration-reported adverse events and drug interactions occurring during
therapy with omeprazole, lansoprazole and pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther.
2003; 17(8):1015-9.
- 14.- Informe técnico para la evaluación del esomeprazol. Hospital Ramón y Ca-
jal 2005. Disponible en URL: [http://genesis.sefh.es/Documents/esomeprazol_
hrc_03_05.pdf](http://genesis.sefh.es/Documents/esomeprazol_hrc_03_05.pdf)
- 15.-Servicio Canario de Salud. Uso adecuado de los inhibidores de la bomba de
protones. Infarma 2009; 1 (4)
- 16.- Ficha técnica agomelatina. Agencia Española de Medicamentos y Productos
Sanitarios. www.aemps.es
- 17.-Kennedy SH, Emsley R. Placebo-controlled trial of agomelatina in the treatment
of major depressive disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2006; 16:93-100.
- 18.-Olié JP, Kasper S. Efficacy of agomelatine, a MT1/MT2 receptor agonist with
5-HT2c antagonist properties, in major depressive disorder. Int J Neuropsychopharmacol 2007; 10:661-73.
- 19.-Montgomery SA, Kasper S. Severe depression and antidepressants: focus
on a pooled analysis of placebo-controlled studies on agomelatine. International
Clinical Psychopharmacology 2007; 22:283-291
- 20.-Informe EMEA. EPAR: Disponible en URL: [http://www.emea.europa.eu/hu-
mandocs/PDFs/EPAR/valdoxan/H-915-en6.pdf](http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/valdoxan/H-915-en6.pdf)
- 21.-Goodwin GM, Emsley R, Rembry S, Rouillon F. Agomelatine prevents relapse
in patients with major depressive disorder without evidence of a discontinuation
syndrome: a 24 week randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin
Psychiatry doi: 10.4088/JCP.08m04548 agosto 2009.
- 22.-Eser D; Baghai TC; Moller HJ. Agomelatine: The evidence for its place in the
treatment of depression. Rev Core Evidence 2009; vol 3, p 171-179.
- 23.-Stahl S M; Fava M; Trivedi M H; Caputo A; et al Agomelatine in the treatment
of major depressive disorder: An 8-week, multicenter, randomized, placebo-con-
trolled trial. J Clin Psychiatry 2010, vol 71, iss 5, p 616-626
- 24.-Kasper S; Hajak G; Wulff K; Hoogendijk W J; et al Efficacy of the novel anti-
depressant Agomelatine on the circadian rest-activity cycle and depressive and
anxiety symptoms in patients with major depressive disorder: A randomized,
double-blind comparison with Sertraline. J Clin Psychiatry 2010 v 71, p 109-120.
- 25.-Targownik LE, Lix LM, Metge CJ et al. Use of proton pump inhibitors and risk
of osteoporosis-related fractures. CMAJ 2008; 179: 319-26.
- 26.-Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Proton pump inhibitors, histamine
H2 receptors antagonists, and other antacid medication and the risk of fracture.
Calcif Tissue Int 2006; 79: 76-83.
- 27.-Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Long term proton pump inhibitor
therapy and risk of hip fracture. JAMA 2006; 296: 2947-5
- 28.-Malaty W, Stigleman S. Is the long term use of proton pump inhibitors safe?.
J Family Practice 2004; 53: 740-2.
- 29.- FDA Drug Safety Communication: Low magnesium levels can be associated
with long-term use of Proton Pump Inhibitor drugs (PPIs) (3-2-2011). Disponible
en URL: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm245011.htm>
- 30.-Borobia AM, Fernández Capián C, Iniesta Arandia N, García de Paso P, Va-
lero Recio J, Bizighescu M, Carcas Sansuan AJ. Riesgo de enfermedad trombo-
embólica y estudio de utilización de tromboprolifaxis en pacientes médicos
hospitalizados y al alta hospitalaria Rev Clin Esp. 2009; 209:15-20.
- 31.-Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río
C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols. Guía PRETEMED- 007 sobre prevención
de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADE-
MI, 2007.
- 32.-Servicio Canario de Salud. Estatinas en prevención primaria. Infarma 2009;
1 (3)
- 33.- National institute for health and clinical excellence. TA160 Osteoporosis
primary prevention 2011. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/nicemedia/
live/11746/47176/47176.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11746/47176/47176.pdf)
- 34.-Servicio Canario de Salud. Recomendaciones sobre el autoanálisis de gluce-
mia capilar. Infarma 2008; 1 (1)

AUTORES: Fernández San José B (Director General de Farmacia), Aguiar Bautista JA (Médico de Familia, DGF), Luján García G (Farmacéutica, DGF), Moreno Valentín (Médico de Familia, DGF), Montes Gómez E (Médico de Familia, DGF), Plasencia Nuñez M (Farmacéutica, DGF), Rodríguez Segovia A (Farmacéutica, DGF).

Edita: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD

ISSN: 1889-0938

Depósito Legal: GC 1102-2008

Pueden solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org

Todas las publicaciones editadas de la Dirección General de Farmacia (bolcan, infarma) se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de Salud: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/> y pulsando dentro de la Dirección General de Farmacia/Usos Racionales del Medicamento, o bien directamente en la dirección: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=d05b6ddb-31ad-11df-b5d7-a3a2fbc2f35>