



BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
FARMACOTERAPÉUTICA  
DE NAVARRA



# Boletín de Información Terapéutica **de Navarra, España**

**Colaboran:** EUROsociAL y Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social (FCSAI)



## Los comienzos

Se publicó por primera vez en 1993

Los responsables sanitarios querían tener un Centro de Información del Medicamento

Se decidió crear un Boletín de Información de Medicamentos

Se reguló mediante Resolución del Gerente del Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra, España



## Objetivos

### General

Fomentar el **uso racional** de medicamentos (URM)  
Promover la **sostenibilidad** del SNS y la **equidad** en el acceso a la salud

### Específicos

Facilitar **información independiente** a los profesionales sanitarios

Presentar **datos** sobre el **uso** de fármacos en el SNS-O

Proponer **políticas de mejora** en el URM



## Procedimiento

El equipo editorial **encarga** la elaboración de artículos

Los borradores se **evalúan en presencia del autor**

Equipo editorial:

4 médicos de familia

3 farmacéuticos de atención primaria (SNS)

1 farmacéutico de hospital

1 cardiólogo

1 endocrinólogo

1 nefrólogo

1 metodólogo



## Los primeros pasos

### Aspectos positivos

Se inició una **nueva cultura** de evaluación

Se involucró a **diferentes profesionales** sanitarios

Se distribuía **a todos** los médicos y farmacéuticos de Navarra (España)



## Los primeros pasos

Aspectos mejorables

Falta de **visión crítica**

Presentación **poco atractiva**

**Metodología débil**

**Reducido alcance**





## Evaluación crítica



Volumen 11 n.º 3

Octubre 2003



Volumen 12 n.º 3

Agosto 2004

TICA

(84%),  
i (62%),  
medad  
6), rela-



VOLUMEN 13. Nº 2. ABRIL 2005

CEPTORES DE  
UECES

tabla 1 y 2), y su factu-  
559 €



INFORMATION

VOL 16, No 2 MAY 2008

Statins in prim  
of cardiovascu  
-Is use based  
evidence or d  
evidence?

**Rosiglitazone and  
pioglitazone:** A critical  
appraisal of the PROact  
and DREAM trials

**Secondary prevention  
of cardiovascular disease  
with statins. How far  
should we go?**



20  
1993-2013  
VEINTE AÑOS  
DE INFORMACIÓN  
INDEPENDIENTE



## Evaluación crítica

Se incluyeron conceptos de riesgo absoluto/relativo, NNT, NNH, relevancia clínica, etc. en todos los artículos

**The interpretation of the results of a randomized controlled trial**

**Figure 1. A visual analysis of the efficacy of diclofenac placebo in the treatment of pain in osteoarthritis.**

Source: [1] (Pain), [2] (Pain), [3] (Pain), [4] (Pain), [5] (Pain), [6] (Pain), [7] (Pain), [8] (Pain), [9] (Pain), [10] (Pain).

Another advantage of CI on the verification of hypothesis is that they offer additional information. The upper and lower limits of CI inform us about how small or large the real effect can reach. If the CI is narrow, then we can be confident that any effect outside the interval is ruled out from the study. This situation presents when the size of the sample is very large and the estimate of the real effect is very precise. This means that the study has sufficient "power" to detect an effect.

But if the study is small, and the CI is very wide, then the interval will capture a chance number in the event of the effects. The actual size or size of the effect would thus be quite imprecise meaning that the study has little "power" and offers less information.

**Possible errors in the interpretation of results**

Just like the value of "p", confidence intervals help us interpret the findings of a study in the light of the effects of chance. However, in the process of interpretation of results, there are a few pitfalls:

**Statistical significance and clinical relevance**

Statistical significance is sometimes interpreted incorrectly by associating it with an important result. Tests of significance only question whether

**Even with well designed RCTs a false positive is created for every 20 results simply due to chance**

**4 Drug and Therapeutics Bulletin of November, Spain**

**It is necessary to determine the clinical relevance of a statistically significant trial**

In the last absolute risk of an infrequent clinical event can lead to great changes in the number necessary to determine the clinical relevance of a randomized trial that presents statistically significant results. The smaller the NNT, the greater the magnitude of the effect of the intervention. If no efficacy was obtained by the treatment, the absolute risk reduction would have been zero and the NNT infinite. As compared with the estimations of other parameters, NNT should be interpreted with confidence intervals to estimate the uncertainty that the given parameter presents.

**Resources to calculate the clinical relevance of results**

- Online calculator that determines the clinical relevance of RCTs with the corresponding CI: <http://www.healthcarecalculator.com/calculation>
- Little of NNTs (<http://www.painandmedicine.com/2010/04/01/little-of-nnts/>)

To illustrate the difference in the presentation of results, let's take the efficacy of diclofenac in the primary prevention of cardiovascular events. Two other less common outcomes are relative risk reduction (RRR), absolute risk reduction (ARR) and the number necessary to treat (NNT) when presenting the results. For example, 10% of the patients in an intervention group die and 5% in the control group. The relative risk (RR), defined as the ratio between those exposed to the new treatment or activity and those not exposed, is in this case 0.5 (0.05/0.10). The mortality risk in patients who receive the new treatment compared to the control group is 0.5. The RRR is the complement of RR, that is, 1 - 0.5 = 0.5 or 50%. The new treatment reduces the risk of dying by 50% compared to what occurs with the control group. The ARR would be 0.05 - 0.025 = 0.025. We can say that for every 100 patients treated with the new therapy, 25 deaths can be avoided. The next question would be: how many patients do we have to treat to avoid one death? In other words, what is the NNT? Its calculation requires a simple rule of three which is read by dividing by ARR. In this case it is 40. Therefore, the solution is that we need to treat 40 patients with the new treatment in order to avoid one death.

This way of presenting results quantifies the efforts made to reduce an unfavourable event. To present this in only a percentage with a risk reduction, though technically correct, tends to magnify the effect of the intervention by describing certainty very unlike situations. Small changes

**Figure 2. Relative risk reduction with diclofenac in patients with osteoarthritis.**

**The interpretation of the results of a randomized controlled trial**

**Figure 3. Absolute risk values for different endpoints in RCTs.**

Figure 3. Absolute risk values for different endpoints in RCTs.

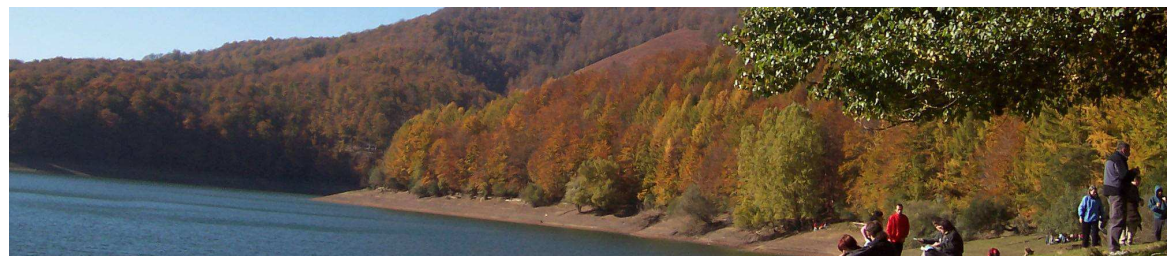
Figure 4. Visual representation of the outcomes in the primary endpoint of the study of the use of diclofenac.

**Results on the primary endpoint after 2 years of follow-up**

**Results on the secondary endpoint after 2 years of follow-up**

Legend:   
 ● No event   
 ○ Event (not necessary to be treated)   
 ● Event (necessary to be treated)





## Una nueva presentación

### Primera presentación



BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
FARMACOTERAPÉUTICA DE NAVARRA

Volumen 11 n.º 3

Octubre 2003

#### ESTUDIO "ASCOT-LLA" (ATORVASTATINA EN HIPERTENSOS CON COLESTEROL NORMAL): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EVALUACIÓN CRÍTICA

Juan Erviti, Antonio Brugos\*

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. SNS-O

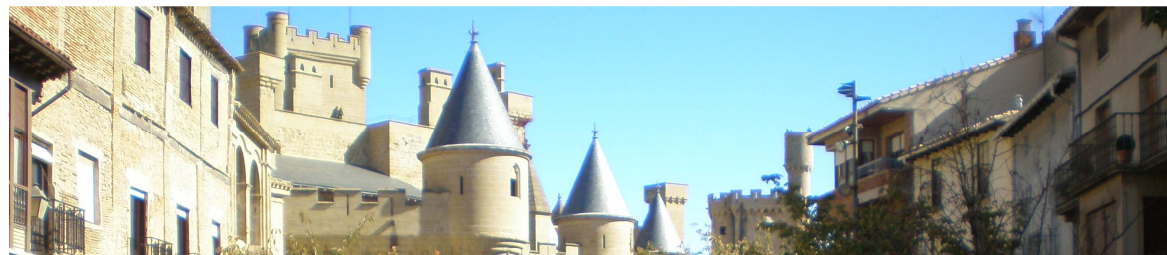
\* Médico de Familia. Zona Básica de Salud de Villava. SNS-O

En abril de 2003 se publicaron los resultados del ensayo clínico titulado "Prevención de episodios coronarios y accidente cerebrovascular (ACV) con atorvastatina en pacientes hipertensos con concentraciones de colesterol iguales o inferiores a la media, en el estudio ASCOT-LLA: ensayo multicéntrico, controlado y aleatorizado". En la práctica el valor de colesterol considerado fue  $\leq 250$  mg/dl. A continuación se procede a la realización de una evaluación crítica del ensayo, así como de las conclusiones de los autores.

siguiente: hipertensión (100%), edad > 55 años (84%), sexo varón (81%), microalbuminuria o proteinuria (62%), fumador (33%), antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana (26%), diabetes tipo 2 (24%), relación colesterol total / c-HDL > 6 (14%), alteraciones electrocardiográficas (14%), hipertrofia de ventrículo izquierdo (14%), ACV previo (10%) y enfermedad arterial periférica (5%).

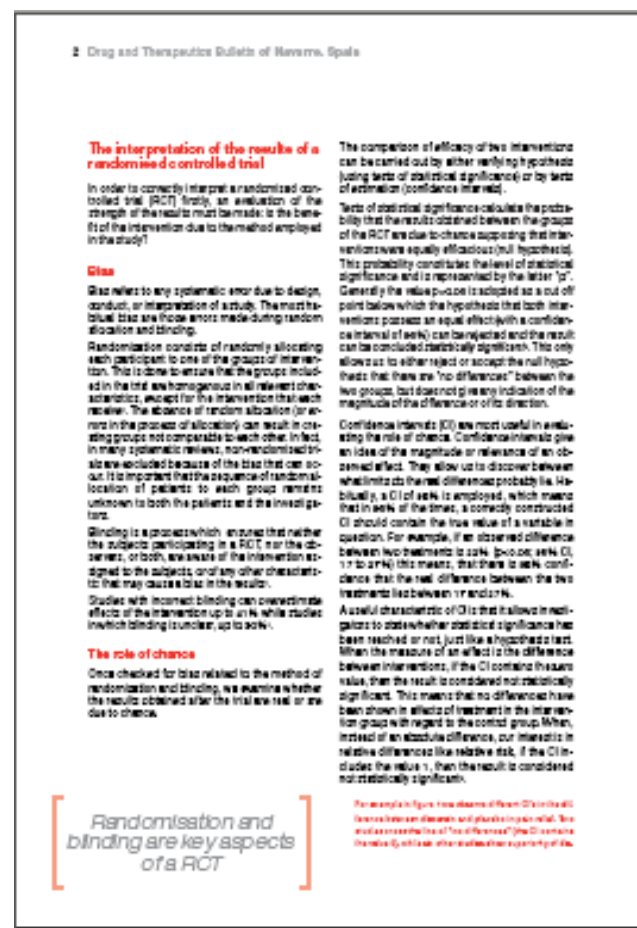
Se excluyeron a los pacientes con enfermedad cardiovascular previa o ACV reciente (en los 3 meses previos a la inclusión).

Intervención: De los 19.342 pacientes hipertensos, 10.305 eran elegibles para la rama de descenso de colesterol. De ellos, 5.168 fueron asignados a tratamiento con atorvastatina 10 mg /día v 5.137 a placebo.



## Una nueva presentación

## Un formato posterior





## Formato actual

## Una nueva presentación



resumen

**Objetivo.** Revisar las recomendaciones de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. **Material y métodos.** Se seleccionaron los principales ensayos clínicos y estudios de cohorte prospectivos de larga duración publicados en *MéDine* desde 1985 hasta la actualidad, así como las guías clínicas nacionales e internacionales que protocolizan el tratamiento de esta patología. Se evalúan las recomendaciones más habituales en el tratamiento de la diabetes tipo 2, así como el papel de los nuevos fármacos comercializados en esta indicación. **Resultados y conclusiones.** La dieta, el ejercicio y un escalonamiento adecuado de los fármacos clásicos (metformina, sulfonilureas e insulinas) suponen la piedra angular del tratamiento para una amplia mayoría de pacientes. No siempre el control estricto es el más beneficioso para el paciente. El objetivo de control debe ser individualizado y estará en función de los años de evolución de la enfermedad y las complicaciones presentes. Los nuevos tratamientos (inhibidores de la DPP-4 y análogos de GLP-1) presentan mecanismos de acción novedosos pero todavía quedan muchas preguntas por responder en cuanto a su eficacia en la reducción de la mortalidad, seguridad y su empleo asociado a otros antidiabéticos.

## Tratamiento no insulínico de la diabetes tipo 2. Solución pendiente

JAMER LAFITA  
Servicio de Endocrinología, Hospital de Navarra, SNS-O  
MARJOBE ARIZ  
Médico de Familia, Centro de Salud de Tafalla, SNS-O

### Recomendaciones de la ADA para el uso de metformina

1. Comenzar con una dosis baja de metformina: 500 mg/12-24h o 850 mg/24h.
2. Después de 5-7 días, si se confirma una buena tolerancia digestiva, incrementar la dosis a 2 comp de 850 mg/día o 2 comp de 500 mg, 2 veces/día (desayuno y cena).
3. Si aparecen efectos secundarios gastrointestinales, volver a la dosis previa e intentar incrementar la dosis, de nuevo, más adelante.
4. La dosis máxima eficaz es de 1.000 mg/12h (con frecuencia 850 mg/12h). Hay modestos incrementos de efectividad a dosis de 2.500 mg/día, pero los efectos secundarios gastrointestinales pueden limitar su utilización.

En un porcentaje que puede oscilar del 5 al 20%, según las series, a pesar de la titulación correcta de la metformina, es necesario abandonar el tratamiento por intolerancia digestiva. En este caso, o si está contraindicado su uso, nos deberemos plantear una alternativa.

### Alternativas a la metformina como tratamiento inicial

Las sulfonilureas de segunda generación fueron testadas en el estudio UKPDS<sup>1</sup>, resolviéndose así las dudas que se habían planteado previamente en el ensayo GDDP<sup>2</sup> sobre el incremento de la mortalidad inducido por el tratamiento con tolbutamida. Demostraron ser seguras y eficaces en monoterapia, constituyendo la primera alternativa a la metformina en caso de intolerancia o contraindicación de esta.

Son medicamentos eficaces (descensos de HbA<sub>1c</sub> = 1-2%), que suelen producir un aumento claro de la incidencia de hipoglucemias y que presentan el inconveniente de asociarse a un progresivo deterioro de la secreción de la célula beta. Este hecho provoca el fallo secundario del tratamiento en un periodo limitado de tiempo y condiciona un aumento de peso.

En el caso de la clorpropamida, el riesgo de hipoglucemia aumenta por su larga vida media y se asocia a hiponatremia. Con posterioridad, se ha testado el tratamiento con glibendámina frente a sulfonilureas más recientes (glicipirida), con el hallazgo de que la primera podría alterar la adaptación del miocardio a situaciones de isquemia<sup>3</sup>, por lo que parecía más recomendable la utiliza-

*El tratamiento inicial en pacientes con HbA<sub>1c</sub> cercanos a la normalidad debe ser la dieta y el ejercicio.*

ción de la glicipirida, que además permite su utilización en una toma diaria.

En el estudio ADVANCE se ha testado la utilización de glicazida de liberación prolongada, que comparte con la anterior la utilización en una toma diaria, demostrando un buen perfil de seguridad, especialmente en lo que se refiere a la baja incidencia de hipoglucemias apreciadas.

Es necesario titular progresivamente la dosis de los secretagogos, sobre todo en pacientes en estados precoces, cercanos a la normoglucemia, por el elevado riesgo de inducir hipoglucemias.

La repaglinida comparte algunas de las características de las sulfonilureas. Se liga a un dominio distinto del receptor de sulfonilureas, adyacente a los canales de potasio, pero comparte la inducción del fallo secundario de aquellas (con un mecanismo oncozudo), por lo que el cambio de tratamiento no consigue una mayor respuesta de la célula beta. Por su vida media, debe administrarse antes de cada comida principal y parece que se asocia a un porcentaje similar de hipoglucemias que las sulfonilureas, aunque quizá menos severas en ancianos<sup>4</sup>. Provoca también aumento de peso, pero tiene la ventaja añadida de poder utilizarse en casos de insuficiencia renal moderada, por su eliminación fundamentalmente biliar. Su actividad puede intensificarse por el uso concomitante de fibratos, por lo que no se recomienda esta asociación.

En el caso en que la resistencia insulínica sea el problema esencial del tratamiento, la alternativa lógica a la metformina sería la utilización de glitazonas (rosiglitazona y pioglitazona), siempre y cuando no nos planteemos la insulinización precoz. Son fármacos similares, con alguna posible diferencia todavía por confirmar. Coniuguen una eficacia parecida a la metformina en cuanto al descenso de HbA<sub>1c</sub>, con un lapso de tiempo hasta conseguir la máxima eficacia aproximadamente de 3 meses. El riesgo de hipoglucemia es bajo





## Una mejor metodología

Se incorporó un **metodólogo** para...

asesorar sobre **aspectos metodológicos** en cada artículo

ayudar en la **búsquedas bibliográficas**

Se **explicitan los criterios** de búsqueda en el apartado de “material y métodos”





## Un mayor alcance

Se colgaron en **internet** todos los números del Bit Navarra, [www.bit.navarra.es](http://www.bit.navarra.es)

En enero de 2007 se lanza la versión del Bit Navarra en **inglés**, [www.dtb.navarra.es](http://www.dtb.navarra.es)

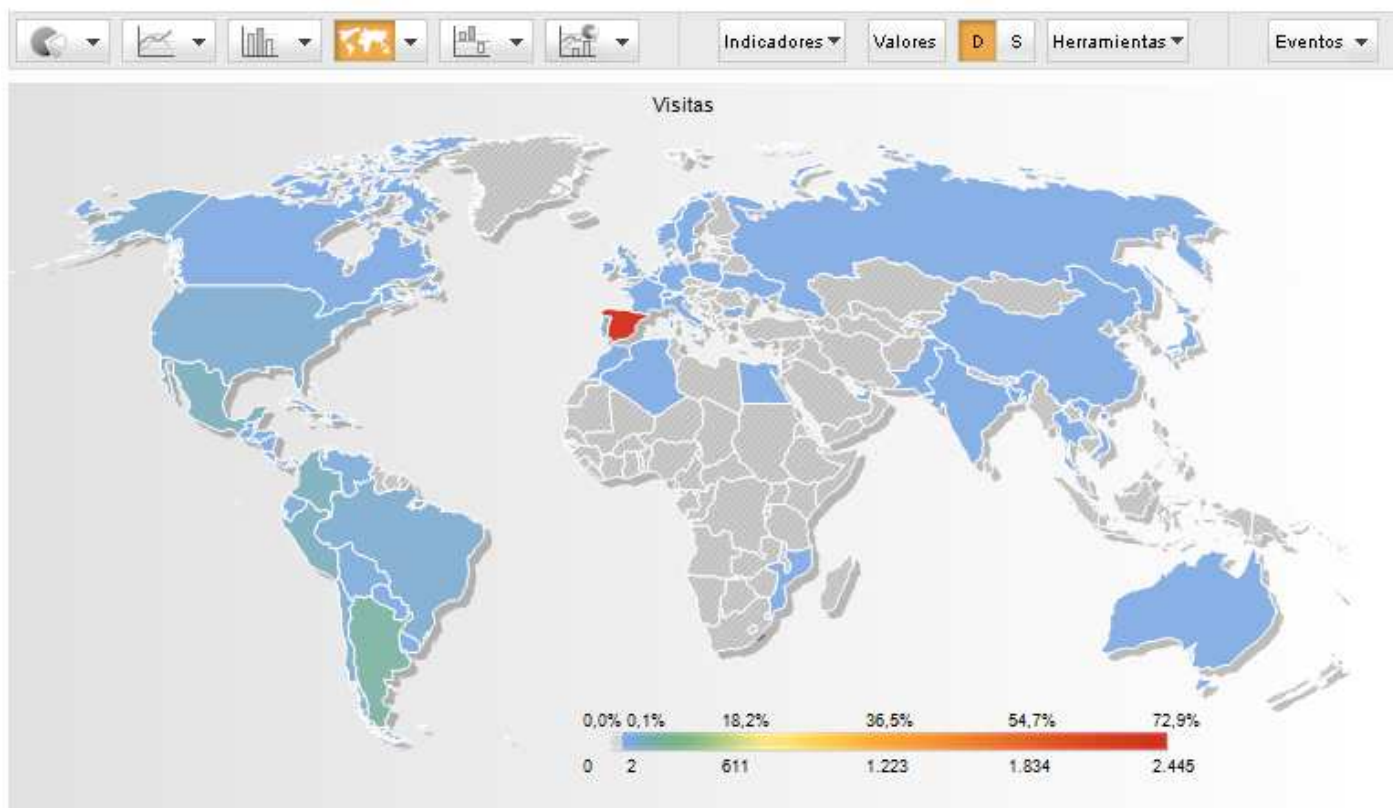
**Redes sociales:** twitter, @BITNavarra

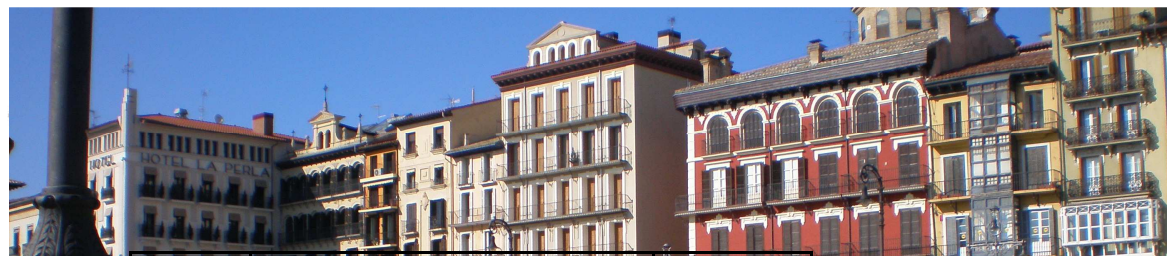
**Videos y podcats:** <http://bit.ly/ZEdXmv>



impacto

## Entradas al Bit Navarra en 2014, según países





## Entradas al Bit Navarra (año 2014)

Orden	País	visitas
1	España	28.344
2	Colombia	1.542
3	Méjico	1.327
4	Argentina	1.190
5	Perú	945
6	Estados Unidos	754
7	Chile	470
8	Reino Unido	411
9	Brasil	377
10	Ecuador	370
11	Venezuela	345
12	Francia	262
13	República Dominicana	201
14	Bolivia	199
15	Portugal	157
16	Alemania	154
17	Canadá	153
18	Nicaragua	136
19	Bélgica	113
20	India	105
106	total	38.799

impacto



impacto

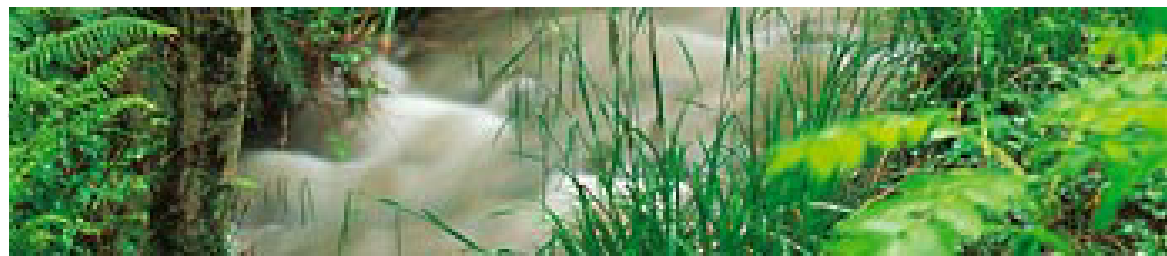
Consultores del Ministerio de Sanidad de España

Invitaciones de Universidades, Sociedades Científicas, etc.

Participación en la elaboración **de Informes de  
Posicionamiento Terapéutico** junto a la AEMPS

Nº creciente de correos electrónicos de **profesionales  
sanitarios y pacientes**





## Otros productos

## Evaluación de nuevos medicamentos



08/2009

### Hidromorfona<sup>▲</sup> (Jurnista<sup>®</sup>)

Otro opioide de liberación controlada que no aporta nada

Coste diario dosis analgésicas equipotente

Medicamento	Coste diario (€)
Hidromorfona 10 mg	6,00
Fentanyl 0,4 patch	2,00
Buprenorfina	5,00
Morfina liberación controlada	1,00

- La hidromorfona es un opioide mayor que lleva mucho tiempo autorizado en otros países.
- Hay dos ensayos de hidromorfona OROS frente a comparador activo, uno frente a morfina de liberación prolongada y otro frente a codeína, con numerosos problemas metodológicos y resultados no concluyentes.
- El perfil de seguridad a dosis equipotentes es similar a los demás opioides.
- No existen presentaciones de liberación inmediata para su uso como rescate o inicio del tratamiento.

**Indicaciones terapéuticas<sup>▲</sup>**

Tratamiento del dolor intenso.

**Mecanismo de acción y farmacocinética<sup>▲</sup>**

La hidromorfona, un derivado semisintético de la morfina, es principalmente un agonista de los receptores opioides  $\mu$  y también muestra una débil afinidad por los receptores  $\kappa$ . Se libera de manera constante y se absorbe de forma continuada durante aproximadamente 24 horas, lo que permite su administración una vez al día. Se alcanza la concentración estable con la tercera dosis.

**Farmacología y forma de administración<sup>▲</sup>**

El comprimido debe tragarse entero con un vaso de agua, aproximadamente a la misma hora cada día, y nunca debe ser masticado, dividido o machacado.

En pacientes que no están en tratamiento de forma rutinaria con opioide, la dosis inicial es de 4 mg/24h. Algunos pacientes pueden necesitar 4 mg/24h. Esta dosis puede aumentarse o disminuirse en 4-8 mg/24h, dependiendo de la respuesta y de los requerimientos analgésicos suplementarios. Como el ajuste de dosis hasta alcanzar la analgesia adecuada es más lento con preparaciones de opioides de liberación controlada, puede ser aconsejable iniciar el tratamiento con preparaciones convencionales de liberación inmediata (morfina de liberación inmediata, ya que la hidromorfona de liberación inmediata no está disponible) y después convertirlas a la dosis diaria total apropiada de hidromorfona OROS. En este caso, habría que usar el factor de conversión habitual 1 mg de hidromorfona OROS equivale a 5 mg de morfina. Ajustar a la baja.

En pacientes en tratamiento previo con opioides de forma regular, la dosis inicial se basará en la dosis diaria del opioide anterior, usando los factores de conversión estándares.

**La morfina de liberación controlada es el tratamiento de elección si se requiere un opioide mayor.**

**\***

La calificación ha sido asignada conjuntamente por los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Aragón y Navarra. La información que aquí se presenta es la disponible hasta el momento y es susceptible de modificaciones en función de los avances científicos que se produzcan. Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro de Farmacovigilancia los sospechosos de reacciones adversas de los nuevos medicamentos.



## Otros productos

## Resúmenes de Actualidad Terapéutica



[6] SERVICIO DE PRESTACIONES FARMACEUTICAS

### seis

#### Situación actual del paciente hipertenso y mayor de 75 años en España. Estudio DISENTAE

Martínez Pastor A. y cols. Aten Primaria 2008;40(5):247-52

El objetivo propuesto fue valorar, en el paciente mayor de 75 años, el grado de cumplimiento de las recomendaciones de seguimiento, control y tratamiento de la hipertensión arterial. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo multicéntrico en cuatro centros de salud de 14 comunidades autónomas de España. Se evaluaron un total de 1.369 historias clínicas de pacientes hipertensos mayores de 75 años. Las variables estudiadas fueron: edad y sexo, lugar de seguimiento, otras de presión arterial, cribado y diagnóstico de diabetes, hipercolesterolemia, hábitos tabáquicos, hipertrofia ventricular izquierda y obesidad. También se estudiaron la creatinina plasmática, proteinuria, tratamiento farmacológico prescrito y variables de infraestructura.

Los resultados mostraron que el factor de riesgo cardiovascular más cribado fue la obesidad (76,1%), mientras que el más prevalente fue la hipercolesterolemia (51,3%). El 25,2% de los pacientes presentaba diabetes asociada, y el 48,5% de la muestra presentaba un índice de masa corporal (IMC) superior a 25. Se observó un bajo cribado de la microalbuminuria (8,4%). La proporción de pacientes con la presión arterial controlada se mayor entre los que se siguieron un seguimiento primario (32,8%) respecto a los seguidos fuera del ámbito de la atención primaria (23,2%). A un 7,9% no se le había prescrito tratamiento farmacológico alguno, únicamente medidas higiénico-dietéticas. El grupo farmacológico más utilizado fueron los diuréticos, seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII).

Las conclusiones fueron que el grado de control de la hipertensión arterial en el paciente anciano va aumentando de forma progresiva, pero aún está muy lejos de lograrse un control óptimo en la mayoría de los pacientes.

### DIABETES

### siete

#### Adherencia a la dieta mediterránea y riesgo de desarrollar diabetes: estudio de cohortes prospectivo

Martínez-González MA y cols. BMJ 2008; 336(7657):1348-51 (Inglés)

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la incidencia de diabetes en participantes inicialmente sanos. Para ello, se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con una estimación del riesgo relativo ajustado por sexo, edad, años de educación universitaria, sedentarismo, tabaco, historia familiar de diabetes o historia personal de hipertensión. Se reclutaron 13.363 licenciados de la Universidad de Navarra no diabéticos al comienzo del estudio y se realizó un seguimiento de 4,4 años de media. Las variables del estudio fueron: hábitos dietéticos (que se establecieron al inicio del estudio mediante un cuestionario validado de 136 ítems) y se transformó en un índice de 0 puntos) y casos nuevos de diabetes confirmados.

Los resultados del estudio fueron que los participantes que tienen gran adherencia a la dieta mediterránea tienen menor riesgo de diabetes. La razón de tasas ajustada por sexo y edad fue de 0,41 (IC95% = 0,19 a 0,87) para adherencia moderada (puntuación de 3 a 6) y de 0,17 (IC95% = 0,04 a 0,70) para adherencia alta (puntuación de 7 a 9) frente a una adherencia baja (puntuación < 3). La conclusión de los autores es que la adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una reducción del riesgo de diabetes.

### ocho

#### ¿Puede ser útil el síndrome metabólico para predecir la enfermedad cardiovascular y la diabetes? Resultados de dos estudios prospectivos

Sattar N et al. The Lancet 2008; 371:19-27-35 (Inglés)

El objetivo de este estudio fue investigar si el síndrome metabólico (SM) o cada uno de sus componentes (índice de masa muscular, triglicéridos, c-HDL, tensión arterial y glucemia en ayunas) analizados de forma separada, están relacionados con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes en ancianos. El SM se definió según los criterios del Third Report of the National Cholesterol Educational Program (NCEP-3). Participaron 4.812 personas no diabéticas, de 70-82 años de



## Otros productos

## Cursos en Terapia Farmacológica

### Temas candentes en farmacoterapia

28 de abril y 5 de mayo de 2009  
Salón de actos del Hospital de Navarra  
16:30 a 19:30 horas

*Dirigido a profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea*

Este curso pretende abordar aspectos importantes en la terapia farmacológica sobre los que actualmente existen controversias. Cada tema se desarrollará en un tiempo máximo de 20 minutos y se dispondrá de otros 10 para el debate. La selección de los asistentes se llevará a cabo por orden de inscripción hasta completar el aforo máximo (100 personas).

El curso está financiado enteramente por el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea con los fondos del uso racional del medicamento. La acreditación se ha solicitado a la Comisión de Formación Continuada del SNS-O.

#### Martes, 28 de abril de 2009

16:30 - 17:00  
Ensayo "ONTARGET". ¿Aportan algo realmente los ARA II sobre los IECA?  
JESÚS ARTEAGA, JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA

17:00 - 17:30  
¿El uso de epoetinas incrementa el riesgo de cáncer y tromboembolismo? ¿Cuándo deben emplearse?  
JESÚS ARTEAGA, JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA

17:30 - 18:00  
Osteonecrosis de mandíbula por bisfosfonatos... ¿la punta del iceberg?  
FRANCISCO CARDONA, JEFE DE LA SECCIÓN DE SALUD BUCCODENTAL, SNS-O

18:00 - 18:30  
Descanso

18:30 - 19:00  
Parches de fentanilo. ¿Estamos trivializando el uso de opioides?  
MARTÍN ARIZ, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SNS-O

19:00 - 19:30  
Uso y abuso de las nuevas quinolonas en infección respiratoria  
PEDRO IBARRA, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SNS-O

#### Martes, 5 de mayo de 2009

16:30 - 17:00  
Estudio RIVANA. Perfil de riesgo CV en Navarra. Aplicaciones prácticas  
CARLOS AMEZQUETA, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECCIÓN DE DOCENCIA AP, SNS-O

17:00 - 17:30  
¿Podemos proponer un nivel de colesterol adecuado a nuestros pacientes?  
M.A. IÑIZCO, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA, SNS-O

17:30 - 18:00  
¿Necesitamos para algo los antiinflamatorios

**INSCRIPCIONES:**  
Por teléfono:







## Otros productos

### Indicadores de la calidad de la prescripción

#### Sistema de Información de Consumo Farmacéutico Indicadores Cualitativos



Año: 2013 Período: Enero - Septiembre

Zona Básica: SAN JUAN

Año: 2013 Período: Enero - Septiembre

Zona Básica: SAN JUAN

Gasto periodo actual
Gasto año Anterior
Población estandarizada
Presupuesto
Desviación presupuestada
% incremento año anterior
Gasto estandarizado Zona
Gasto estandarizado Navarra
Objetivo gasto estandarizado Zona
Objetivo gasto estandarizado Navarra

MEDICAMENTOS NUEVOS		
DHD Zona	18,67	
DHD Navarra	24,36	
Objetivo mejora	15,95	
Objetivo situación	18,70	

BENZODIAZEPINAS		
DHD BDZ en pensionistas. Zona	241,77	
DHD BDZ en pensionistas. Navarra	256,69	
Objetivo mejora	251,75	
Objetivo situación	241,65	

COXIB.		
DHD coxib. Zona	3,77	
DHD coxib. Navarra	5,87	
Objetivo mejora	4,14	
Objetivo situación	4,32	

CARDIOVASCULAR. Antihipertensivos		
Gasto estandarizado en HTA. Zona	1,67	
Gasto estandarizado en HTA. Navarra	2,18	
%Resueltos HTA. Zona	48,35	
%Resueltos HTA. Navarra	46,67	
Gasto est. HTA / % resueltos HTA Zona	3,45	
Gasto est. HTA / % resueltos HTA Navarra	4,68	
Objetivo mejora	3,59	
Objetivo situación	4,36	

CARDIOVASCULAR. Antidiabéticos		
Uso relativo de ADO. Zona (%)	22,67	
Uso relativo de ADO. Navarra(%)	25,93	
Objetivo mejora	16,33	
Objetivo situación	23,80	

Leyenda colores gasto

	cumple objetivo situación y objetivo mejora
	cumple objetivo situación y no cumple objetivo mejora
	cumple objetivo mejora y no cumple objetivo situación
	no cumple ni objetivo situación, ni objetivo mejora

Leyenda colores gasto estandarizado zona:

	cumple objetivo situación y objetivo mejora
	cumple objetivo situación y no cumple objetivo mejora
	cumple objetivo mejora y no cumple objetivo situación
	no cumple ni objetivo situación, ni objetivo mejora





## Investigación

### Investigación en farmacoepidemiología

Además de evaluar críticamente la literatura científica, nos propusimos **generar evidencia** y responder a las preguntas **importantes** para el **paciente** y el **SNS**

Base de datos de la AEMPS, [www.bifap.org](http://www.bifap.org)



# Investigación en farmacoepidemiología

## Investigación

Downloaded from [bmjopen.bmj.com](http://bmjopen.bmj.com) on November 6, 2013 - Published by [group.bmj.com](http://group.bmj.com)

Open Access

Research

**BMJ**  
**open**  
accessible medical research

## Oral bisphosphonates may not decrease hip fracture risk in elderly Spanish women: a nested case-control study

Juan Erviti,<sup>1</sup> Álvaro Alonso,<sup>2,3</sup> Javier Gorricho,<sup>1</sup> Antonio López<sup>1</sup>

**To cite:** Erviti J, Alonso Á, Gorricho J, *et al*. Oral bisphosphonates may not decrease hip fracture risk in elderly Spanish women: a nested case-control study. *BMJ Open* 2013;3:e002084. doi:10.1136/bmjopen-2012-002084

► Prepublication history and

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the association between the long-term use of bisphosphonates and the risk of hip fracture compared to never use among women aged 65 years or older.

**Design:** Case-control study nested in a cohort.

**Setting:** General practice research database operated by the Spanish Medicines Agency.

**Participants:** Cases of hip fracture were defined as women aged 65 years or older with a validated first

### ARTICLE SUMMARY

#### Article focus

- The hypothesis of this study is that oral bisphosphonates may not be effective in reducing hip fracture risk in clinical practice in long-term use.

#### Key messages

- Ever use of oral bisphosphonates was not associated with a decreased risk of hip fracture in women aged 65 years or older as compared to never

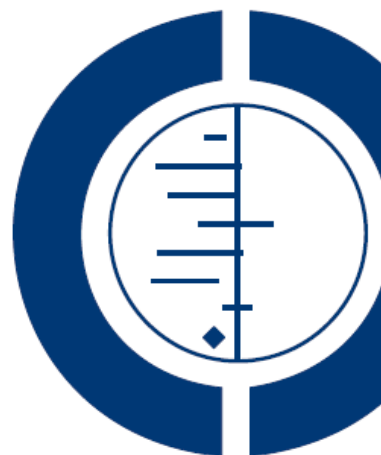


## Investigación

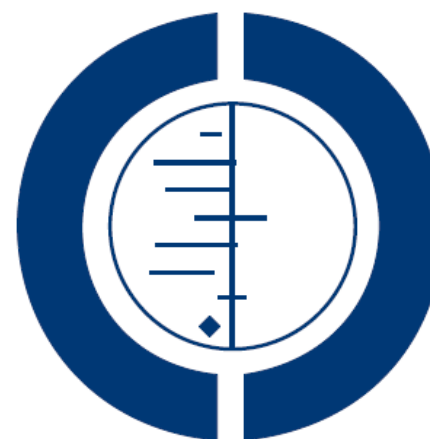
**Monotherapy versus combination therapy for primary hypertension**

**Blood pressure targets for the treatment of patients with hypertension and cardiovascular disease (Protocol)**

Garjón J, Azparren A, Elizondo JJ, Gaminde I, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Muruzábal L, Montoya R, López Andrés A, Malón MDM, Saiz LC



**THE COCHRA  
COLLABORATION**



**THE COCHRANE  
COLLABORATION®**



## Investigación

Investigación basada en inteligencia artificial

En colaboración con el Departamento de Automática y Computación de la Universidad Pública de Navarra

Herramientas inteligentes de ayuda a la prescripción

Realización de tesis doctorales propias





idea clave

El Boletín de Información Terapéutica es la **piedra angular** de una **estrategia más amplia** que facilite un URM, garantice la sostenibilidad del SNS y el acceso equitativo de los pacientes al sistema sanitario



## Aspectos estratégicos

El boletín es referente y aglutinante de muchas otras actividades y de la masa crítica intelectual.

Visión integradora de los actores principales:

Ministerio de Sanidad

Dirección Nacional de Medicamentos

Universidad

MSPAS, ISSS, ISRI, ISBM y FOSALUD

Contacto con los médicos? (farmacéuticos de EPS en Colombia)

ONGs, otros actores...



## Aspectos estratégicos

Exigir la ausencia de conflictos de interés

Buscar colaboraciones en red nacionales e internacionales

Aglutinar estructuras sanitarias de El Salvador

OPS

Red de Centros de Información de Medicamentos de la Región

Colaboración Cochrane

International Society of Drug Bulletins (ISDB)



## Aspectos estratégicos

Integración de la producción científica y los sistemas de información

Sistemas de evaluación de la prescripción, observatorio, etc.

Herramientas inteligentes de apoyo a la prescripción

Base de datos de historia clínica para investigación que incluya:

- Historia clínica electrónica (atención primaria y hospital)

- Registro de ingresos hospitalarios (CMBD)

- Bases de mortalidad, otros registros...





## Ideas / reflexiones

Ver de dónde partimos

Utilizar el Manual ISDB para crear un boletín independiente