

Infac

ESKUALDEKO FARMAKOTERAPI INFORMAZIOA
INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA

<http://www.euskadi.net/sanidad>

Sumario

■ ROFECOXIB (Vioxx®) Y CELECOXIB (Celebrex®)

- INDICACIONES
- EFICACIA CLÍNICA
- EFECTOS ADVERSOS
- CONCLUSIONES
- PRESENTACIONES Y COSTES COMPARATIVOS
- BIBLIOGRAFÍA

■ MOXIFLOXACINO (ACTIRA®, OCTEGRA®, PROFLOX®)

- EFICACIA CLÍNICA
- EFECTOS ADVERSOS E INTERACCIONES
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

Editorial

La decisión de empezar a prescribir un nuevo fármaco puede tener importantes consecuencias clínicas, además de económicas. Algunos nuevos fármacos presentan ventajas reales sobre las terapias existentes, sin embargo, la mayoría no proporciona beneficios adicionales, habitualmente son más caros y, a menudo, **la información es insuficiente para definir claramente su perfil de seguridad.**

Todo ello crea un dilema a los médicos que quieren proporcionar a sus pacientes la mejor de las intervenciones terapéuticas disponibles, pero sin exponerlos a un riesgo desconocido de sufrir efectos adversos. El médico que quiere prescribir un medicamento recién autorizado necesita hacer una cuidadosa y crítica valoración de la información disponible para asegurarse de que su uso sea apropiado y ofrezca ventajas sobre los fármacos existentes. Los criterios básicos que se deben tener en cuenta para definir el lugar de un nuevo fármaco en la terapéutica son su **eficacia, seguridad, conveniencia y coste.**

La prescripción de cada médico depende de sus conocimientos, actitudes y opiniones y puede estar influenciada por distintos factores; entre ellos, la industria farmacéutica. La introducción de un nuevo producto en el vademecum personal se produce en "pasos" que van desde el conocimiento inicial de la existencia del producto, valoración, uso y finalmente "uso repetido". Una promoción eficaz se centra en aspectos concretos del nuevo producto con particular relevancia para el prescriptor y que puedan diferenciar al producto de sus "competidores".

En este sentido queremos señalar que todo lo que se promociona como "**nuevo**" no siempre quiere decir novedad; es más, por lo general, la mayoría son medicamentos del tipo "**me-too**" (modificaciones estructurales de fármacos que fueron los primeros de su clase) que ofrecen una falsa ampliación del abanico terapéutico.

Por último, queremos recordar que los efectos adversos raros o las interacciones de carácter grave pueden no detectarse hasta que el nuevo medicamento se administra a miles y miles de pacientes, para lo cual es necesario que transcurran varios años desde su comercialización.

Como se dice coloquialmente, "**en medicina es mejor estar a la penúltima**".

Farmako berri bat errezetatzen hasteko erabakiak eragin kliniko garrantzitsuak izan ditzake, baita ekonomikoak ere. Botika berri batzuek benetako abantailak dituzte beste terapien aldean. Gehienek, ordea, ez dute ekarpen aipagarririk suposatzen, garestiagoak dira, eta **sarritan daukagun informazioa ez da nahikoa haien segurtasuna bermatzeko.**

Honek guztiak zalantzak sortzen ditu medikuarengan; ahalik eta tratamendu hoberenak nahi izaten baititu bere gaitxoentzat, baina efektu kaltegarri ezezagunen arriskurik gabe. Botika berri bat errezetatu nahi duen medikuak informazioaren balorazio zehatz eta kritikoa egin beharra dauka, farmakoren erabilera egokia dela segurtatzeko eta beste farmakoen aldean abantailak dauzkan argitzeko. Farmako berri bati terapeutikan dagokion tokia finkatzeko kontutan hartu behar diren oinarriko irizpideak **eraginkortasuna, segurtasuna, egokitasuna eta kostea** dira.

"En medicina es mejor estar a la penúltima"

Mediku bakoitzaren preskripzioa bere ezagupen, jarrera eta iritziei lotua dago eta hainbat faktorek eragina izan dezakete, industria farmazeutikoak, esate baterako. Produktu berri bat norberaren "vademecumean" sartzeko prozesua pausoka ematen da: farmako berria merkatuan dela jakitea, bere balorazioa, lehen erabilera eta, azkenik, behin eta berriz erabilitea. Promozio eraginkor batek preskriptorearentzat garrantzitsuak izan daitezkeen ikuspegiak azpimarratzen ditu, produktua bere "lehiakideetatik" bereizteko.

Zentzu honetan zera adierazi nahi dugu: "**berria**" ez dela beti "berrikuntza". Are gehiago, orokorki, farmako gehienak "**me-too**" motakoak dira (klase kimiko bereko lehenak izan zirenen aldaketa estrukturalak), beraz, aukera terapeutiko gehiago eskaintzen duten itxura besterik ez dute egiten.

Azkenik, gogorarazi nahi dugu botika batek eragindako efektu kaltegarri arraroak edo interakzio larriak sarritan ez direla ikusten farmakoa milaka eta milaka gaixok hartzen duten arte. Horretarako beharrezkoa da botika salgai jartzen denetik hainbat urte igarotzea.

Actualización de los AINE inhibidores específicos de la COX-2 (COXIBS)

En el INFAC vol 8 Nº2 de febrero de 2000, se revisó el tema de la selectividad COX de los AINE y se realizó una primera evaluación de los AINE inhibidores específicos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2), actualmente conocidos como "coxibs": rofecoxib y celecoxib. En este tiempo se han publicado nuevos ensayos clínicos (EC), por lo que

hemos considerado adecuado reevaluar su lugar en la terapéutica.

Por otro lado la comercialización de estos fármacos ha tenido un impacto muy importante en la prescripción: actualmente los COXIBS representan más del 10% de la prescripción en envases de AINE y alrededor del 40% en importe. Además, el consumo de los

AINE creció en el año 2000 un 11,4% en envases respecto al año 1999 y un 41,8% en importe. El consumo de omeprazol aumentó también un 20,5% en envases.

Para otros aspectos como posología, contraindicaciones, precauciones e interacciones, podéis consultar el citado número del INFAC.

ROFECOXIB (Vioxx®) Y CELECOXIB (Celebrex®)

INDICACIONES

Rofecoxib está aprobado para el alivio sintomático en el tratamiento de la artrosis (1). Celecoxib está aprobado para el alivio sintomático en el tratamiento de la artrosis o de la artritis reumatoide (2).

EFICACIA CLÍNICA (3)

Artrosis. La eficacia de rofecoxib (12,5-25 mg/día) ha sido similar a la de ibuprofeno (800 mg/8h), diclofenaco (50 mg/8h) y nabumetona (1500 mg/día). La eficacia de celecoxib a dosis de 100-200 mg/12h fue comparable a naproxeno 500 mg/12h.

Artritis reumatoide. La eficacia de rofecoxib (50 mg/día) en el tratamiento de la artritis reumatoide (indicación no aprobada) es comparable a la de naproxeno (500 mg/12h) (4). La eficacia de celecoxib a dosis de 100, 200 y 400 mg/día ha sido equivalente a la de naproxeno (500 mg/12h) y celecoxib (200 mg/12h) ha mostrado una eficacia comparable a diclofenaco (75 mg/12h).

EFFECTOS ADVERSOS

Síntomas gastrointestinales (GI) menores (3)

Los efectos adversos más frecuentes son a nivel gastrointestinal: dolor abdominal, dispepsia, pirosis, náuseas y diarrea, que en conjunto tienen una incidencia (24-31%), similar a la de otros AINE.

Úlceras endoscópicas (3)

En estudios endoscópicos, la incidencia de úlceras endoscópicas (≥ 3 mm) con rofecoxib 12,5 y 25 mg/día fue comparable a placebo y menor que con ibuprofeno (800 mg/8h). La incidencia de úlceras endoscópicas (≥ 3 mm) fue menor con celecoxib 100-400 mg/12h que con naproxeno (500 mg/12h) o diclofenaco (75 mg/12h).

Complicaciones GI graves

En un análisis combinado (5) de 8 EC aleatorizados y a doble ciego de diseños variables (el análisis no cumple los requisitos de calidad de una revisión sistemática), se ha comparado la incidencia de úlceras sintomáticas, complicaciones graves (perforación y sangrado) en pacientes con artrosis tratados con rofecoxib (12,5, 25 ó 50 mg/día) u otros AINE (ibuprofeno 800 mg/8h, diclofenaco 50 mg/8h o nabumetona 1500 mg/día). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de úlceras más complicaciones graves (perforación y sangrado) a los 12 meses de tratamiento (riesgo relativo, RR:0,51; intervalo de confianza IC 95% 0,26-1,00), aunque se observa una tendencia hacia una menor incidencia con rofecoxib que con los otros AINE (1,33 complicaciones vs 2,60 por cada 100 pacientes/año).

Recientemente se han publicado los resultados del EC VIGOR (4), aleatorizado y doble ciego, que compara la toxicidad gastrointestinal de rofecoxib 50 mg/día y naproxeno 500 mg/12h en 8.076 pacientes con artritis reumatoide con un seguimiento medio de 9 meses. Rofecoxib se asoció con una menor incidencia de complicaciones gastrointestinales graves (perforación, obstrucción o sangrado) que naproxeno (RR 0,4; IC95% 0,2-0,8). La incidencia total de complicaciones más úlceras sintomáticas confirmadas fue también menor (RR 0,5; IC 95% 0,3-0,6). Este resultado fue consistente en los subgrupos de pacientes con antecedentes de úlceras y en el de pacientes con uso de corticoides. La incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) fue menor en el grupo de naproxeno que en el de rofecoxib, 0,1 vs 0,4 (RR 0,2; IC 95% 0,1-0,7). Los autores atribuyen este exceso de riesgo a que un 4% de los pacientes en ambos grupos eran candidatos a recibir terapia antiagregante y no la recibían, ya que en estos

pacientes se produce el 38% de los IAM. Expresando estos resultados en riesgo absoluto, se requiere tratar aproximadamente 125 pacientes durante un año con rofecoxib en lugar de con naproxeno para evitar una complicación, y 41 pacientes para evitar una úlcera o complicación. Por otro lado, se produce un IAM adicional por cada 333 pacientes tratados con rofecoxib en lugar de con naproxeno.

El EC CLASS, aleatorizado doble ciego de 8.059 pacientes (6), ha evaluado el riesgo de aparición de complicaciones gastrointestinales graves (obstrucción, perforación, hemorragia) y de úlceras sintomáticas en pacientes con artrosis o artritis reumatoide que recibieron celecoxib 400 mg/12h, o diclofenaco 75 mg/12h o ibuprofeno 800 mg/8h durante seis meses. El ensayo incluía un 8% de pacientes con antecedentes de úlcera, y un 20% estaba tomando aspirina a dosis antiagregantes (≤ 325 mg). Alrededor del 40% de los pacientes abandonaron el ensayo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia anual de complicaciones. Considerando en conjunto las úlceras sintomáticas y las complicaciones, la incidencia fue más baja para celecoxib (RR 0,59; IC 95% 0,38-0,94), aunque sería necesario tratar a 69 pacientes con celecoxib en lugar de con otro AINE para evitar un evento (úlcera sintomática o complicación). En el subgrupo de pacientes que tomaban aspirina, la incidencia anual de complicaciones y de úlceras sintomáticas era similar con celecoxib que con otros AINE.

Otros efectos adversos

Otros efectos adversos de los coxib son el edema periférico, retención de líquidos, hipertensión, mareos, cefalea y prurito (1-3).

Notificaciones de reacciones adversas a Farmacovigilancia

Según datos aportados por el Centro de Farmacovigilancia del País Vasco, en España se han notificado 47 reacciones adversas por celecoxib, entre ellas 5 hemorragias gastrointestinales, y otras reacciones de gravedad moderada.

Respecto a rofecoxib, se han notificado 316 reacciones adversas, dos de ellas mortales (una por agranulocitosis y otra por insuficiencia renal aguda). Entre las reacciones grave-moderadas, se han descrito 25 hemorragias gastrointestinales, otros efectos adversos gastrointestinales (vómitos, diarrea, dispepsia), 16 casos de hipertensión arterial, otras reacciones cardiovasculares (1 caso de insuficiencia cardíaca y otro de angor), 1 caso de hipertensión pulmonar, 6 reacciones a nivel renal (insuficiencia renal, oliguria y nefritis intersticial), 7 reacciones de hipersensibilidad

y 19 reacciones adversas a nivel de S.N.C. (vértigos, confusión, cefalea, neuritis, etc).

Coxibs, antiagregantes y riesgo cardiovascular

Merece especial atención el uso concomitante de coxibs y de antiagregantes y el riesgo cardiovascular. A las dosis recomendadas los coxibs no parecen tener efectos sobre la función plaquetaria (1,2).

En el ensayo CLASS realizado con celecoxib (6), en el subgrupo de pacientes que tomaban concomitantemente aspirina para prevención cardiovascular, no se observó ningún beneficio para celecoxib en cuanto a la incidencia de úlceras más complicaciones.

En el ensayo VIGOR realizado con rofecoxib (4) se excluían los pacientes que requerían uso de antiagregantes (aspirina, ticlopidina) y anticoagulantes y aquellos con ictus o IAM reciente. A pesar de ello, se observó un exceso de riesgo de IAM en el grupo tratado con rofecoxib respecto al de naproxeno. Un tercio de los casos de IAM se concentran en un pequeño % de pacientes, que a pesar de requerir antiagregantes fueron erróneamente incluidos en el estudio y por tanto no recibieron antiagregantes. Los autores han atribuido este hecho a que los coxibs no tiene efectos sobre la función plaquetaria y otros AINE como naproxeno, sí. En cualquier caso, esto nos lleva a la reflexión de que si en un EC (con criterios de exclusión claros) se incluyen pacientes que no deberían tomar parte en el estudio, probablemente en la práctica diaria el riesgo de asignar tratamientos a pacientes "no candidatos" sea mayor.

Hasta que se disponga de más información, parece razonable no utilizar los coxibs en pacientes candidatos a utilizar antiagregantes en prevención cardiovascular.

CONCLUSIONES

- Los coxibs han mostrado una eficacia comparable a otros AINE como ibuprofeno, diclofenaco o naproxeno en tratamientos a largo plazo de artrosis y artritis reumatoide. No están indicados para otros procesos como: dolor de espalda, esguince, etc.
- La incidencia de síntomas GI menores es similar a la de otros AINE, y la incidencia de úlceras endoscópicas es menor para los coxibs. Sin embargo, ni los síntomas GI menores ni las lesiones endoscópicas son buenos predictores de las complicaciones GI graves.
- La incidencia de complicaciones GI graves (perforación, sangrado, obstrucción) de los coxibs es ligeramente menor que la de otros AINE en pacientes que no toman antiagregantes.

- En base a la información disponible, parece razonable no utilizar los coxibs en pacientes candidatos a utilizar antiagregantes en prevención cardiovascular.
- Rofecoxib y celecoxib no son AINE de primera línea para el tratamiento de pacientes con artrosis o artritis reumatoide. En pacientes con alto riesgo de efectos gastrointestinales (historia de úlcera gastroduodenal, sangrado o perforación, terapia concomitante con corticoides o con anticoagulantes o pacientes de edad avanzada), y que requieran terapia prolongada con un AINE, son necesarios ensayos clínicos que comparen los coxibs frente a la terapia combinada de AINE clásico + gastroprotector para conocer el papel real de los coxib.

PRESENTACIONES Y COSTES COMPARATIVOS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS DIARIA RECOMENDADA	COSTE/MES (28 días) (ptas.)
ROFECOXIB Vioxx® comp (12,5 o 25 mg) Vioxx® susp (12,5mg/5ml o 25mg/5ml)	12,5-25 mg	7.434
CELECOXIB Celebrex® 200mg 30 cap	200-400 mg	6.278-12.556
DICLOFENACO EFG (PRef)	150 mg	1.243
IBUPROFENO EFG	2.400 mg	2.120
NAPROXENO EFG (PRef)	1.000 mg	1.785
DICLOFENACO+MISOPROSTOL	150 mg+600 mcg	5.345
Coste añadido de OMEPRAZOL EFG	20 mg	1.950-5.273

BIBLIOGRAFÍA

1. Vioxx®, ficha técnica de laboratorio MSD.
2. Celebrex®, ficha técnica de laboratorios Monsanto España, división Searle.
3. Are rofecoxib and celecoxib safer NSAIDs?. *DTB* 2000;38 (11): 81-6.
4. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000;343:1520-8.
5. Langman MJ, Jensen DM, Watson DJ, Harper SE, Zhao PL, Quan H et al. Adverse upper gastrointestinal effects of rofecoxib compared with NSAIDs. *JAMA* 1999;282:1929-33.
6. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1247-55.
7. *Uso racional de COXIBS: Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Instituto de Salud Carlos III y Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Madrid: septiembre de 2000.*

Fecha revisión bibliográfica, diciembre 2000

MOXIFLOXACINO (ACTIRA®, OCTEGRA®, PROFLOX®)

Moxifloxacin es una nueva fluoroquinolona de amplio espectro. Las indicaciones aprobadas son la neumonía adquirida en la comunidad, la exacerbación de la bronquitis crónica y la sinusitis aguda (1).

De manera similar a otras fluoroquinolonas de nueva generación (como levofloxacin), moxifloxacin presenta buena actividad in vitro frente a la mayoría de los patógenos del tracto respiratorio, incluyendo *Streptococcus pneumoniae* sensible o resistente a penicilina y a macrólidos, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y patógenos "atípicos" como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Legionella*. Es menos activo que ciprofloxacino frente a enterobacterias y tiene poca actividad frente a *Pseudomonas aeruginosa* (2). In vitro moxifloxacin es más activo que levofloxacin frente a neumococo, pero ambos son suficientemente activos (3).

Según datos recientes de Gipuzkoa, la resistencia de neumococo a las nuevas fluorquinolonas es inferior al

1% en microorganismos aislados de pacientes sin bronquitis crónica pero superior al 6% en los aislados de enfermos con bronquitis crónica (3).

EFICACIA CLÍNICA

La eficacia de moxifloxacin en pacientes con neumonía leve a moderada adquirida en la comunidad ha sido evaluada en tres ensayos clínicos, dos de ellos publicados como abstract. Moxifloxacin 400 mg/día ha mostrado ser tan efectivo (clínica y bacteriológicamente) como amoxicilina 1 g/8h y como claritromicina 500 mg/12h (2).

En pacientes con exacerbaciones de bronquitis crónica leve a moderada se han realizado tres ensayos comparativos frente a macrólidos. Moxifloxacin presentó una eficacia clínica y bacteriológica equivalente a azitromicina, ambos administrados durante 5 días (4). En el segundo estudio moxifloxacin 400 mg durante 5 días presentó una eficacia clínica similar a claritromici-

na 500 mg/12h durante 7 días, y una tasa de erradicación bacteriológica ligeramente superior (5). En otro estudio que compara moxifloxacino 400 mg/día en pautas de 5 ó 10 días frente a claritromicina 500 mg/12h durante 10 días, ambos presentaron una eficacia clínica y bacteriológica equivalente (6).

En dos ensayos clínicos que comparan moxifloxacino 400 mg / día durante 7-10 días versus cefuroxima axetilo 250 mg / 12h durante 10 días en el tratamiento de la sinusitis aguda, moxifloxacino fue al menos tan eficaz como cefuroxima axetilo (7,8).

En todos los estudios comparativos debe tenerse en cuenta que la prevalencia de cepas resistentes puede no ser igual a la encontrada en nuestro medio.

“Moxifloxacino debe considerarse un antibiótico de reserva”

EFFECTOS ADVERSOS E INTERACCIONES

La seguridad de las nuevas quinolonas es un aspecto muy importante a tener en cuenta, ya que tanto trovafloxacino como grepafloxacino fueron retirados del mercado a los pocos meses tras su comercialización por la aparición de efectos adversos graves. La retirada de grepafloxacino fue debida a alteraciones de la conducción cardíaca (alargamiento del intervalo QT) y la de trovafloxacino por hepatotoxicidad.

Los efectos adversos más frecuentes de moxifloxacino son los gastrointestinales (náuseas, diarrea), seguidos de efectos a nivel del sistema nervioso central (mareos y dolor de cabeza). Al igual que el resto de las quinolonas puede disminuir el umbral de convulsiones (2). Parece tener bajo potencial de fototoxicidad (2,9).

Moxifloxacino puede producir prolongación del intervalo QT (2,9,10). Recientemente se han descrito varios casos de taquicardia asociada al uso de moxifloxacino (10).

Debido al potencial arritmogénico de moxifloxacino, mientras no se disponga de más información, debe evitarse su uso en pacientes predispuestos a desarrollar arritmias cardíacas asociadas a la prolongación del intervalo QT, tales como pacientes con prolongación QT documentada o historia previa de arritmias, alteraciones electrolíticas (particularmente hipokaliemia), o la administración conjunta de otros fármacos que prolongan dicho intervalo: antiarrítmicos de las clases IA (quinidina, procainamida, ajmalina y prajmalio) y III (amiodarona); cisaprida, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos tipo fenotiacinas, antifúngicos azólicos o los antihistamínicos astemizol y terfenadina (9).

Por otro lado, fármacos como los antiácidos, hierro o sucralfato pueden disminuir de forma importante la absorción de moxifloxacino (9).

Notificaciones de reacciones adversas a Farmacovigilancia

Según datos aportados por el Centro de Farmacovigilancia del País Vasco, en España se han notificado 85 reacciones adversas por moxifloxacino, dos de ellas mortales (una por fibrilación ventricular en una paciente cardiópata con EPOC). Entre las reacciones adversas grave-moderadas, se han descrito reacciones cardiovasculares (2 fibrilaciones auriculares, 1 arritmia, 1 taquicardia, 1 bradicardia, 1 fibrilación ventricular), 8 casos de alteraciones del S.N.C., una trombocitopenia, una vasculitis, un síndrome de Stevens Johnson y un caso de tendinitis.

CONCLUSIONES

Moxifloxacino es un antibiótico de amplio espectro para infecciones respiratorias y de administración única diaria. En los ensayos clínicos realizados hasta el momento, no ha demostrado ser más eficaz que los antibióticos clásicos en la neumonía leve a moderada, exacerbación de EPOC y sinusitis. Por otro lado, debido al previsible aumento en las resistencias si su uso se generaliza (3) y al riesgo de reacciones adversas graves que han motivado la retirada de otras fluorquinolonas (prolongación del intervalo QT, taquicardias), debe considerarse un antibiótico de reserva.

La mayoría de las guías de tratamiento y consensos de expertos recomiendan restringir el uso de las nuevas quinolonas (levofloxacino y moxifloxacino) para el tratamiento de neumonías en casos graves, pacientes de alto riesgo o cuando han fracasado otros tratamientos (2,3,9,11), si bien no se han publicado ensayos clínicos en estas situaciones. Debería evitarse la utilización rutinaria de estos fármacos en las exacerbaciones agudas de EPOC, restringiendo su uso a casos particulares. No está justificado su uso en la sinusitis.

Por tanto, las nuevas quinolonas deberían emplearse sólo de forma excepcional en atención primaria, posiblemente como alternativa al ingreso hospitalario en pacientes de alto riesgo.

COSTE TRATAMIENTO (Ptas.)

EXACERBACIÓN AGUDA DE EPOC:

Levofloxacino 500 mg/día x 7-10 días: 7.296

Moxifloxacino 400 mg/día x 5-10 días: 4.101-8.202

Amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h x 7-10 días: 2.882-4.323

NEUMONÍA:

Moxifloxacino 400 mg/día x 10 días: 8.202

Amoxicilina EFG PRECIO REFERENCIA 1 G/8h x 10 días: 2.499

Claritromicina 500 mg/12h x 10 días: 7.417

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha Técnica de Actira®. Agencia española del medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Barman FJ, Lamb HM. Moxifloxacin. A review of its Clinical Potential in the Management of Community-Acquired Respiratory Tract Infections. *Drugs* 1999; 59(1):115-139.
3. Información de la resistencia a antibióticos de los microorganismos en las infecciones extra-hospitalarias. Servicio de Microbiología del Laboratorio unificado Donostia. Documentación interna de la Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa dirigido a Médicos y otros Sanitarios de Gipuzkoa. Noviembre 2000.
4. De Abate CA, Mathew CP, Warner JH, Heyd A, Church D. The safety and efficacy of short course (5-day) moxifloxacin vs azithromycin in the treatment of patients with acute exacerbation of chronic bronchitis. *Respir Med* 2000;94(11):1029-37.
5. Wilson R, Kubin R, Ballin I, Deppermann DM, Bassaris HP, Leophonte P, et al. Five day moxifloxacin therapy compared with 7 day clarithromycin therapy for the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis. *J Antimicrob Chemother* 1999; 44:501-513.
6. Chodosh S, DeAbate CA, Haverstock D, Aneiro L, Church D. Short-course moxifloxacin therapy for treatment of acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. *The Bronchitis Study Group. Respir Med* 2000; 94(1):18-27.
7. Siegert R, Gehanno P, Nikolaidis P, Bagger-Sjoberg D, Ibañez JM, Hampel B, et al. A comparison of the safety and efficacy of moxifloxacin and cefuroxime axetil in the treatment of acute bacterial sinusitis in adults. *The Sinusitis Study Group. Respir Med* 2000;94(4):337-44.
8. Burke T, Villanueva C, Mariano H Jr, Huck W, Orchard D, Haverstock D, et al. Comparison of moxifloxacin and cefuroxime axetil in the treatment of acute maxillary sinusitis. *Sinusitis Infection Study Group. Clin Ther* 1999; 21(10):1664-77.
9. Moxifloxacin. In: Gelman CR, Rumack DH, Gess AJ, editores. DRUGDEX System. Micromedex, Inc, Englewood, Colorado; 2000.
10. Siepmann M, Kirch W. Tachycardia associated with moxifloxacin. *BMJ* 2001;322:23.
11. Mandell AL, Marrie TJ, Grossman RF, Chow AW, Hyland RH, and the Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group. Canadian Guidelines for the Initial Management of Community-Acquired Pneumonia: An Evidence-Based Update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. *CID* 2000;31:383-421.

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maitte Callén, Arrixtu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloqueigui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD