

EN LA NEGOCIACIÓN CON PAMI...



DÓNDE ESTÁ LA INDUSTRIA?

qura qura plus

BROMHEXINA - PARACETAMOL
PSEUDOEFDRIINA

BROMHEXINA - CLORFENIRAMINA
PARACETAMOL - PSEUDOEFDRIINA

La primera elección para tratar los síntomas de gripes y resfríos.



- **QURA**
x 20 Comprimidos rec.
- **QURA JARABE**
Jarabe x 100 ml
- **QURA NASAL**
Spray x 10 ml
- **QURA PLUS**
x 20 Comprimidos rec.
- **QURA PLUS JARABE**
Jarabe x 100 ml

qura tos

(HEDERA HELIX)

Antitusivo - Mucolítico - Expectorante



- **QURA TOS**
Jarabe x 100 ml y
Vasito dosificador



Importantes descuentos



Laboratorios Bernabó
www.laboratoriosbernabo.com

Medicamentos con Calidad Total

Terrada 2346 • C1416ARZ • C.A.B.A. • Teléfonos: 4501-3213 al 18 • Directo de Ventas: 4504-2972
Dpto. Ventas: ventas@laboratoriosbernabo.com • Dpto. Científico: cientifico@laboratoriosbernabo.com

Autoridades COFA

PRESIDENTE:

Dr. Raúl Mascaró (Río Negro)

VICEPRESIDENTE:

Dr. Sergio Cornejo (San Juan)

SECRETARIO:

Dr. Daniel Palavecino (Córdoba)

PRO-SECRETARIA:

Dra. Isabel Martínez (Salta)

TESORERO:

Dr. Ricardo Pesenti (Buenos Aires)

PRO-TESORERA:

Dra. Miryan Graciela Fernández (Chaco)

Entidades Federadas:

Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires

Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal

Colegio de Farmacéuticos de Córdoba

Colegio de Farmacéuticos de Corrientes

Colegio de Farmacéuticos de Chaco

Colegio de Farmacéuticos de Entre Ríos

Colegio de Farmacéuticos de Jujuy

Colegio de Farmacéuticos de La Rioja

Colegio de Farmacéuticos de Mendoza

Colegio de Farmacéuticos de Río Negro

Colegio de Farmacéuticos de Salta

Colegio de Farmacéuticos de San Juan

Colegio de Farmacéuticos de San Luis

Colegio de Farmacéuticos de Tierra del Fuego

Colegio de Farmacéuticos de Tucumán

Círculo de Prestaciones Farmacéuticas Rosario

Federación Farmacéutica de Formosa

Asociación Santacruceña de Farmacéuticos

Miembro Adherente:

Asociación Profesional Farmacéutica de Rosario

Revisores de Cuentas:

Dr. Luis Zelada (Tucumán)

Dra. Silvia Rodríguez (Corrientes)

Dra. Cecilia José (Jujuy)

Dr. Ignacio Terceño (Tierra del Fuego)

CORREO FARMACÉUTICO

Directoras:

Dra. Miryan Graciela Fernández

Dra. Isabel Martínez

Redacción:

Dr. Carlos Izidore (In memoriam)

Dr. Mario Luis Castelli (In memoriam)

Dr. José Ruggieri

Corresponsales:

Representantes de los Colegios de Farmacéuticos Provinciales

Asesora Periodística:

Andrea Joseph

Asesoramiento Científico:

Dra. Ester Filinger

Dra. Laura Raccagni

Observatorio Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA

Edición y Comercialización:

Editorial RVC SRL

Director Comercial: Jorge Vago

Riobamba 855 7° A / 15 5329-1002

editorialrvc@yahoo.com.ar

Diseño: Oscar Martínez 15 51031945

Impresión: Mariano Mas

Perú 555 Cap. Fed. / 4331-5762 / 5764

ISSN 2451-7070

COFA: Julio A. Roca 751 2º Piso

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: (011) 4342-1001

4



Editorial



ClarínX Noticias Opinión Análisis Salud Servicios

Farmacias de todo el país reclaman por una deuda del PAMI de \$ 2.000 millones

ambito.com 15 de Julio de 2016

En reclamo de deuda, farmacias no harán descuentos de PAMI

El Tribuno

Farmacias de todo el país cortaron la atención a jubilados del PAMI por tiempo indefinido

mi SALUD

Las farmacias dejan de atender afiliados de PAMI

6 El impacto de la decisión de los farmacéuticos frente a la crisis del Convenio PAMI



8

Balance Farmacia-Droguería Global y Balance Farmacia-Droguería Deuda Vencida



10

Expofarmacia y 18º Congreso Internacional de Actualización y Gerenciamiento Farmacéutico

14

Santa Cruz, en camino de tener un Colegio de Farmacéuticos



SUMARIO

Año XXV N° 169 Julio 2016
www.cofa.com.ar



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
28 August - 1 September

16

Congreso Mundial FIP 2016
La clave para lograr un equipo profesional de alto rendimiento



20

La Farmacia en el mundo
Los servicios farmacéuticos comienzan a ser remunerados en diversas regiones de Estados Unidos

25

Efectos Adversos
Abuso de loperamida y riesgo de arritmia fatal

26

Estudiantes de Farmacia
El farmacéutico frente a la epidemia de dengue



28

Información farmacológica
Estados Unidos y Europa publican nuevas guías de insuficiencia cardíaca: Lo que deben saber los farmacéuticos

32

Información farmacológica
FDA: Uso de metformina en la insuficiencia renal

33

Folleto informativo:
Diclofenac dietilamino

Propiedad Intelectual N° 25557

Tirada: 15.000 ejemplares de distribución gratuita a todas las farmacias del país

COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia,

FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana.

C.G.P.: Confederación General de Profesionales de la República Argentina

FIP: Federación Internacional Farmacéutica

El contenido de los artículos así como el de los avisos publicitarios no reflejan necesariamente la opinión de la Institución o de la Dirección de la Revista sino que son de exclusiva responsabilidad de los autores y los anunciantes respectivamente. Se permite la reproducción total o parcial del material de esta publicación que no lleve el signo © (copyright), siempre que se cite el nombre de la fuente (revista COFA), el número del que ha sido tomado y el nombre del autor.

Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material

Editorial

El miércoles 15 de junio se realizó una teleconferencia en la cual los dirigentes de la Mesa Ejecutiva de la COFA debatieron con los presidentes de los Colegios e instituciones asociadas la situación del convenio PAMI y evaluaron las medidas a tomar frente al conflicto por falta de pago. Como resultado se concluyó en suspender el crédito a los afiliados del Instituto por tiempo indeterminado por corte en la cadena de pago del sector farmacéutico. La medida de fuerza se hizo efectiva el jueves 16 de junio con un alto acatamiento en todo el país, contando incluso con el acompañamiento de muchas farmacias de otras instituciones, que decidieron no acompañar la medida dispuesta por COFA, lo que dejó en evidencia la justicia de la medida y la aguda problemática de las farmacias prestadoras. El alto porcentaje de adhesión fue reflejado por todos los medios de prensa, radiales, escritos y televisivos, e hizo que el PAMI asumiera la responsabilidad de la deuda y ejecutara un pago de emergencia, ante lo cual la COFA dispuso el levantamiento temporal del corte hasta la reunión programada con el Director del Instituto el martes 21 de junio, encuentro que efectivamente se produjo con la presencia de las autoridades de las cuatro entidades farmacéuticas prestadoras del convenio y el Dr. Carlos Regazzoni. Regazzoni dejó en claro que el Instituto tiene como presupuesto mensual destinado a medicamentos entre 1.800 y 1.900 millones de pesos para pagar la prestación, pero que la última facturación presentada por la Industria Farmacéutica fue de 2.600 millones de pesos.

Los farmacéuticos hicimos la pregunta inmediata que surgió ante tal afirmación: ¿Quién pondrá la diferencia? La respuesta del Dr. Regazzoni fue que la diferencia debería ponerla la Industria sin afectar en ningún caso los márgenes de rentabilidad de las farmacias, expectativa que no ha contado, hasta la

publicación de la presente edición del CF, con el aval de la Industria Farmacéutica.

La Confederación Farmacéutica Argentina ha comunicado que: *“...frente a la evidencia de un presupuesto acotado por debajo de los niveles de prestación actuales, se analizaron durante la reunión una serie de procedimientos y modelos alternativos para ser aplicados en lo inmediato, algunos de los cuales nos resultan posibles y otros claramente inviables. Respecto a los pagos, el Instituto reconoce la deuda existente con las farmacias y comprometió su pago. Este compromiso asumido si bien suma al interés de las farmacias, sigue sin resolver el problema de sustentabilidad del convenio, ya que a corto plazo se puede suponer una repetición del mismo estado de cosas que hizo eclosión semanas atrás, si el PAMI no resuelve antes el problema central, que consiste en poder hacer frente a los pagos que requiere su nivel prestacional”*.

Ante la urgencia de la situación y no habiéndose alcanzado una resolución al conflicto, el miércoles 22 de junio el Director del PAMI volvió a convocar a una nueva reunión, a la que asistieron las cuatro entidades farmacéuticas, y en ella se repasó la situación del convenio y se pidió especialmente una Mesa de Negociación donde se incluya también a la industria farmacéutica, tenedora del convenio y la gran ausente en las negociaciones formales.

La industria insiste en negociar solo con el PAMI, aún cuando el Dr. Regazzoni manifestó la conveniencia de constituir esa mesa tripartita, pero hasta el momento las gestiones entre las entidades con las cámaras de laboratorios se han dado a través de contactos telefónicos.

Una derivación de esta crisis del convenio PAMI ha sido la evidencia de conflictos internos entre los laboratorios que ya no se muestran tan unidos detrás del mayor convenio que administran. 

Consejo Directivo
COFA

76° Congreso Mundial de Farmacia

FIP 2016

Reducir la carga global de enfermedades -
Responder al desafío



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
28 August - 1 September

¡ÚLTIMAS VACANTES!

a precio bonificado

**NO TE QUEDES AFUERA
DEL EVENTO MÁS IMPORTANTE
DEL MUNDO FARMACÉUTICO**

5 DÍAS - MÁS DE 3000 COLEGAS

**2 CONGRESOS PARALELOS JUNTO A
REFERENTES MUNDIALES**

¿TE LO VAS A PERDER?

*Escribinos a mesadeayuda@cofa.org.ar
o llamanos al **011 4331 3514***

+ info en www.fip.org/buenosaires2016

fip
International
Pharmaceutical
Federation

CoFA
CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA



El impacto de la decisión de los farmacéuticos frente a la crisis del Convenio PAMI

La suspensión del crédito a los afiliados al PAMI explotó en los medios de comunicación. La medida fue decidida por la Confederación Farmacéutica Argentina y sus Colegios el 16 de junio por la deuda de más de 2.500 millones de pesos que en ese momento mantenía el convenio PAMI-Industria con farmacias y farmacéuticos de todo el país y que había llegado al punto de la ruptura de la cadena de pagos.

Ese jueves a las 11 hs. se convocó a una conferencia de prensa en la cual el Dr. Raúl Mascaró, presidente de la COFA, explicó ante periodistas de Telefé, la CNN, la TV Pública, la agencia Telam, Radio Mitre, Canal 9 y otros medios nacionales que *“los farmacéuticos no podemos continuar financiando la cobertura de medicamentos de los jubilados”*.

El dirigente, acompañado por la Dra. Isabel Reinoso, presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires, el Dr. Sergio Cornejo, vicepresidente de la COFA y el Dr. Ricardo Pesenti, tesorero de la entidad, señaló: *“Este convenio ya es perverso para las farmacias. Venía con problemas desde el gobierno anterior y lejos de solucionarse, se prorrogó por un año”*.

Consultado sobre qué medidas se necesitaría tomar para encontrar una solución al problema, Mascaró aclaró: *“En primer lugar deberíamos participar del convenio. No estar ajenos y ser rehenes del pago que hace el PAMI a la industria porque ni siquiera sabemos a ciencia cierta qué paga”*. Y a continuación agregó: *“Para que el jubilado, que es un grupo etáreo de alto consumo pueda seguir teniendo el beneficio que se merece, se necesita que el Estado haga un aporte extra porque los números no son los mismos que los de otra obra social. La farmacia no puede hacerse cargo de ese aporte”*.



SOCIEDAD
Deudas en el PAMI: farmacias suspendieron la atención a los afiliados
 El atraso en los pagos alcanza los \$2.500 millones, aseguraron desde la Confederación Farmacéutica Argentina. Además, advierten que está en riesgo "el servicio para todos los pacientes, sean o no del PAMI"

negocios
Las farmacias suspendieron la atención a PAMI y denunciaron que no pueden reponer medicamentos
 La medida rige desde las 12 de la noche y afecta a varias provincias; reclaman una deuda de 2.600.000

Farmacias de todo el país reclaman por una deuda del PAMI de \$ 2.000 millones
Sector en crisis Piden que la obra social se haga cargo de la fuerte deuda que mantiene con el sector, y que se incrementó en los últimos meses. Sin embargo, todavía están atendiendo a jubilados.



"Por nuestras farmacias pasan todos los jubilados del país. Le vemos la cara a cada uno de ellos. Los que somos del interior los conocemos desde hace años y les explicamos de la misma manera que tenemos que llamar a la droguería y decirle que no le podemos pagar, de la misma manera que tenemos que decirles a nuestros empleados que les vamos a tener que pagar más tarde. Yo creo que la administración del PAMI no puede ser como una empresa con un presupuesto fijo porque los cuatro millones y medio de jubilados tienen nombre y apellido. Y los 9000 farmacéuticos que estamos atendiendo PAMI tenemos nombre y apellido. El PAMI tiene que velar por la salud de los jubilados. Nosotros tenemos que darles el mejor de los servicios, la mejor atención, pero no podemos comprarles los remedios a los jubilados".

El propio Director Ejecutivo del PAMI reconoció en declaraciones a la prensa el alcance de la crisis del convenio y la gravedad de la situación al manifestar que el Instituto no está en posibilidad de abonar la totalidad de las facturaciones mensuales por consumo de medicamentos de sus afiliados.

Actualmente la situación está planteada en que el PAMI y la Industria alcancen a rubricar un acuerdo que asegure la financiación del convenio en el corto plazo, cosa que permitiría consolidar la deuda existente y al Instituto hacerse cargo de su pago, abriendo un proceso de transición hacia una adecuación de los niveles prestacionales a las posibilidades presupuestarias del Instituto.

Nuestra Confederación sigue en intensas negociaciones la continuidad de esta situación. Está en manos del PAMI y del administrador del convenio poder llegar a un acuerdo que permita superar este estado de cosas y volver a darle a los jubilados la seguridad de recibir su prestación y a las farmacias un elemental grado de previsibilidad económica.

La contundencia del paro de las farmacias de la COFA y sus Colegios marcó un punto de inflexión en la situación inviable del convenio.

Las farmacias dejan de atender afiliados de PAMI
 Por falta de pago PAMI AL 100 SUSPENDIDO

Las farmacias suspenden PAMI por el atraso en pagos
 LA CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA ANUNCIÓ QUE SUSPENDERÁ EL SERVICIO A LOS AFILIADOS DEL PAMI, MIENTRAS QUE EL TITULAR DEL ORGANISMO, CARLOS REGAZZONI, ASEGURÓ QUE Pese a esa medida "LA MAYORÍA DE LAS FARMACIAS ESTÁN ATENDIENDO CON NORMALIDAD EN TODO EL PAÍS"



TUCUMAN NOTICIAS
 agencia de noticias
Farmacias cortan la atención al PAMI por tiempo indefinido
 El titular de la cámara del sector, Raúl Mascarió, informó que rige desde hoy. Es por el atraso en el cobro de las prestaciones: "La deuda acumulada es de \$ 2.500 millones", dijo.



El Comercial
 Farmacia - Argentina
Las farmacias suspendieron la atención a PAMI
 Desde las 12 de la noche rige una suspensión de la atención a afiliados del PAMI en varias provincias. El Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal (COPVBCF) restará al Instituto que se ponga al frente de la situación y salde la deuda con la industria del sector de "2.600.000 pesos". COPVBCF, aseguró que el corte en la asistencia a los jubilados no es una medida general. "Se transformó en una realidad porque las farmacias no están pudiendo reponer los medicamentos" asegura el comunicado.



Balance Farmacia-Droguería Global y Balance Farmacia-Droguería Deuda Vencida

En cumplimiento a lo dispuesto por el Consejo Directivo de nuestra Confederación, hemos puesto a disposición de las farmacias prestadoras del Convenio PAMI el Balance Farmacia-Droguería Global y el Balance Farmacia-Droguería Deuda Vencida, dos nuevas herramientas para ser utilizadas frente a los pagos en sus droguerías.

El BFD GLOBAL expresa el importe aproximado que la farmacia tiene a cobrar por medio de notas de crédito en el convenio PAMI, incluyendo hasta la última quincena presentada.

Como ese importe representa la totalidad de los pagos que debe recibir en notas de crédito por prestaciones PAMI ya realizadas, el BFD GLOBAL debe ser utilizado por las farmacias como herramienta para que la droguería adecue el crédito otorgado en su cuenta al menos a dicho nivel.

El BFD DEUDA VENCIDA expresa el importe aproximado que la farmacia tiene a cobrar por medio de notas de crédito en el convenio PAMI que ya se encuentran vencidas y no han sido emitidas aún.

Mediante el BFD DEUDA VENCIDA la farmacia podrá descontar de su compromiso de pago con la droguería el importe allí consignado a la espera de la emisión de esas notas adeudadas.

Las farmacias deben acceder a estos dos documentos a través del PANEL DE CONTROL de nuestra web que se encuentra en el INGRESO A FARMACIAS.

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar



"El Primer Observatorio de Noticias Mundiales en Castellano sobre temas de Salud"

*Transmisión Instantánea
por e-mail
de Noticias Mundiales
de Salud*

Suscribase

Toda la información de Argentina y el Mundo, transmitida en tiempo real por correo electrónico. Dos emisiones diarias. 50% de Descuento a lectores de CORREO FARMACÉUTICO y Colegios Farmacéuticos afiliados a la COFA. Solicite por mail, sin compromiso, la incorporación a un Ciclo quincenal de transmisiones SIN CARGO para evaluar recepción y contenidos.

Dirección Comercial: Avellaneda 2146 12º C -Capital Federal - Tel/Fax: 011-4633-6624
E-mail: programainfosalud@fibertel.com.ar / www.programainfosalud.com

XXI CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO

28 | 29 | 30
AGOSTO

BUENOS AIRES 2016

“EL FARMACÉUTICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:
UN ALIADO DE LA COMUNIDAD”

NUEVA WEB

TODA LA INFORMACIÓN Y LAS ÚLTIMAS NOVEDADES



congresos.cofa.org.ar

INSCRIPCIONES | PROGRAMA PRELIMINAR
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS | Y MÁS...

Escribinos a mesadeayuda@cofa.org.ar
o llamanos al **011 4331 3514**

www.cofa.org.ar

Seguinos



CoFA 80 AÑOS
CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA 1935 - 2015

18° Congreso Internacional de Actualización y Gerenciamiento Farmacéutico

Las políticas del nuevo gobierno, la incertidumbre ante el cambio de interlocutores, el desafío que implican los nuevos paradigmas de la profesión a nivel global, la necesidad de formación continua y también la presión que implica la gestión de la farmacia en el contexto económico actual, fueron los temas que abordaron los dirigentes de las instituciones farmacéuticas en la apertura del 18° Congreso Internacional que se desarrolló paralelamente a Expofarmacia, el 3 y 4 de junio en Costa Salguero.



El Dr. Raúl Mascaró, presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina, instó a “defender el modelo sanitario de farmacia en el país, así como las legislaciones que tenemos y tratar de conseguir la regulación de la actividad en aquellos distritos donde aún no hay”. Asimismo destacó que el futuro de la Farmacia está en la capacitación. “Tenemos que comenzar a vender cada vez de mejor manera nuestro servicio farmacéutico. Y cuando hablo de servicio no hablo ni de Pago Fácil, ni de vender sandwiches, sino hacer lo que mejor sabemos hacer, que es contener al paciente, monitorearlo, aplicar las políticas del gobierno”. El dirigente recordó que “desde la Confederación y todos los Colegios se brinda un sinnúmero de oportunidades de cursos, congresos, además tenemos convenios con universidades para ofrecer capacitación. No tenemos que tenerle miedo a cambiar. En este mundo, hoy para sobrevivir tenemos que cambiar tan rápido como cambia nuestro entorno. Y en el mundo el cambio y

el futuro pasan por el servicio farmacéutico. Hay colegas que en su torpeza defienden el modelo de farmacia shopping. Debemos entender que del servicio farmacéutico saldrá nuestro honorario. Y a través del servicio farmacéutico nos hacemos indispensables”. Por su parte, Claudio Ucchino, presidente del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal, anunció la presentación por parte del bloque oficialista de diputados, de un proyecto relacionado a los convenios con la Seguridad Social y las prepagas. A continuación enumeró las acciones que el Colegio de Capital viene desarrollando junto con la COFA y el Colegio de la provincia de Buenos Aires. Recordó que juntos lograron recuperar la competencia exclusiva en la dirección técnica de productos médicos. “También hemos hecho presentaciones porque hay una intención de desregular las profesiones, entre ellas la profesión farmacéutica. Pretenden poner a competir tecnicaturas con nuestras incumbencias”.

AMFFA PROVEEDURÍA
Bienestar para su Hogar

IMPRESORA TÉRMICA TM-T2011

IMPRESORA DE TICKET COMANDA PARA PUNTO DE VENTA
VELOCIDAD DE IMPRESIÓN, FACILIDAD DE USO
IDEADA PARA ENTORNOS DE MINORISTAS
HOSPITALES, RESTAURANTES, SUPERMERCADOS
IMPRESIÓN DE HASTA 130MM/SEG.
IMPRESIÓN DE RECIBOS CON LOGOTIPOS
AUTOCORTE Y MENSAJES AUTOMÁTICOS DE ESTADO
PAPEL TÉRMICO DE 79,5MM o 57MM



CONECTIVIDAD FLEXIBLE
USB + SERIAL

EPSON

12 PAGOS DE
\$ 599⁰⁰

Oferta válida por tiempo limitado y/o hasta agotar stock

Mutual Farmacéutica de la República Argentina

AMFFA



www.amffa.com.ar



Ellos están seguros y felices. Confiraron en AMFFA su cobertura en salud.

AMFFA

Cuidado y confianza en un solo lugar

Comuníquese al: 0800-333-7500 - Diag.75 n° 350, La Plata - Tel. (0221) 453-5126 - www.amffa.com.ar

AMFFA TURISMO

¿Está pensando en viajar?

Invierno 2016

SKI EN USHUAIA - 7 Noches en Hotel Alto Andino con Desayuno

Traslados al Cerro Castor
por 4 días
**Excursión al
Parque Nacional
Tierra del Fuego**
(sin entrada)

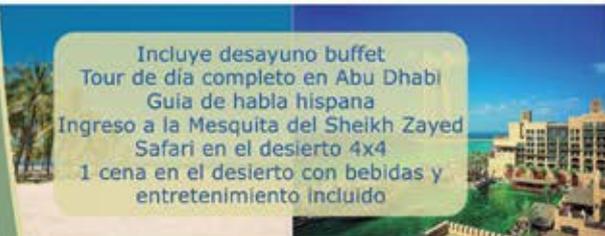


CONTADO
\$ 13765⁰⁰

Salidas de Agosto a Septiembre - Incluye Aéreos - Traslados

DUBAI - Salida Acompañada - 6 Noches en Hotel Doubletree al Barsha (o similar)

Incluye desayuno buffet
Tour de día completo en Abu Dhabi
Guía de habla hispana
Ingreso a la Mesquita del Sheikh Zayed
Safari en el desierto 4x4
1 cena en el desierto con bebidas y
entretenimiento incluido



CONTADO
U\$S 3220⁰⁰

Salida: 09 de Septiembre 2016 - Pasaje Aéreo por Bloqueo, no admite cambio ni devolución - El precio no incluye la visa a Dubai
Las tarifas son por persona en base doble. Sujeto a disponibilidad y cambio. Consulte por otros destinos y planes de financiación - www.amffa.com.ar

AMFFA Turismo: (0221) 453-5126 INT. 214/215 - turismo@amffamutual.com.ar

En el caso de las gestiones ante el PAMI destacó que “el desafío es transformar el reconocimiento que hizo el director del Instituto del rol que tienen los farmacéuticos en una realidad, en hechos”. Y agregó que “la farmacia tiene que dejar de ser quien financia el sistema. Tenemos que dejar de ser los únicos profesionales que pagamos por atender a la Seguridad Social, y tenemos que dejar de ser quienes ponemos la cara ante los afiliados, a pesar de no estar sentados en la mesa de discusión. Se tiene que escuchar nuestra voz cada vez más fuerte”.

Isabel Reinoso, presidenta del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires, reiteró el reclamo para que “las obras sociales paguen las prestaciones en tiempo y forma, que se instale una política nacional de medicamentos que sea independiente de quien gobierne el país, que nos permita mejorar la atención a nuestros pacientes. Que las autoridades convoquen a las instituciones representativas de los farmacéuticos y de las farmacias a las discusiones sobre precios, a la firma de los convenios con las obras sociales, a ir avanzando juntos en el campo tecnológico que requiere nuestro trabajo”.

La dirigente advirtió: “Nos preparamos para enfrentar la competencia desleal de quienes pretenden usar a las farmacias como variable de ajuste para sus negocios y a aquellos que pretenden que nuestro rol se desvirtúe. Defendemos y seguiremos defendiendo el modelo sanitario. No compartimos el modelo shopping”.

Por otra parte, al igual que los Dres. Mascaró y Uchino, destacó el trabajo que se está haciendo desde las instituciones para generar capacitación continua. “No hay crecimiento profesional ni económico sin capacitación”. En ese sentido mencionó que este año se realizará en Buenos Aires el Congreso Mundial de Farmacia. “Es un orgullo que nuestra COFA haya tomado semejante desafío. Por primera vez Argentina va a ser sede del congreso mundial. También es un orgullo que hayamos sido seleccionados para aplicar proyectos de la Federación Internacional de Farmacia sobre dengue, chikungunya y zika en los países de nuestra región. Y también es un orgullo que la COFA y los Colegios sean referentes para las autoridades sanitarias en la participación de campañas de vacunación y para los medios de comunicación. Cada vez más medios de comunicación toman de referencia los comunicados sanitarios de nuestros Colegios y del Observatorio de la COFA”.

Alfredo Di Salvo, representante de ASOFAR, puso el foco en la situación de concentración que vive Chile. “Vengo de visitar

Santiago y es tristísimo ver cómo la concentración ha hecho que tres cadenas de farmacias tengan el 92% de la distribución del medicamento, fijando ellos mismos el precio. Esa es la consecuencia de no pensar a tiempo en cuestiones que hacen a llevarnos a una farmacia moderna”.

Arturo Cuestas, CEO de Focus Media, organizadora del Congreso, señaló al cierre del acto: “Estamos frente a un desafío porque cambiaron los interlocutores. Entonces hay que darles el mensaje correcto. Hace falta estar juntos y pelear todos los días”. Concluyó instando a los farmacéuticos a que “se involucren, que participen, que generen ideas y que se acerquen a los dirigentes”.



“Tenemos que comenzar a vender cada vez de mejor manera nuestro servicio farmacéutico. Y cuando hablo de servicio no hablo ni de Pago Fácil, ni de vender sándwiches, sino hacer lo que mejor sabemos hacer, que es contener al paciente, monitorearlo, aplicar las políticas del gobierno”. (Dr. Raúl Mascaró, presidente de la COFA)

Capacitación

El programa del congreso comenzó con una conferencia sobre automedicación responsable a cargo del Dr. Carlos A. Pepe. A continuación, el Dr. Plácido Cosentino expuso estudios sobre tendencias de consumo, marketing, nuevos servicios para fidelizar y posicionar a la farmacia con acciones que responden a las necesidades de la comunidad como la farmacia especializada en hipertensión, diabetes, etc..

El Dr. Gustavo Idoyaga se refirió a la búsqueda de rentabilidad en los nuevos escenarios y a la gestión de la farmacia a través del trabajo en equipo y el liderazgo.

El pediatra Fernando Burgos brindó una conferencia sobre acción farmacéutica en dolor. Cómo actuar en la farmacia ante pacientes que consultan por dolor crónico. Prevención y tratamientos.

Por la tarde continuaron las disertaciones del Dr. Ricardo Juan Rey sobre acción farmacéutica en diarreas, la Dra. Mónica Larcebeau informó sobre la relación entre enfermedades sistémicas y salud bucal y cerraron los Dres. Rubén Sajem y Alejandro Vázquez con una conferencia sobre productos médicos como incumbencia farmacéutica. El sábado, el Congreso concluyó con un taller sobre Farmacología Reumática en el que se abordaron Aines, corticoides, tratamiento sintomático de artrosis y osteoporosis con resolución interactiva de casos clínicos. 📺

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar



**DROGUERIA
DEL SUR**
SOCIEDAD ANONIMA

**Transitamos
todo el país
distribuyendo
los mejores productos
para la salud y el
bienestar a más de
7000 farmacias de la
Argentina.**

Recorremos 35 millones de
Km. cada año, con el
compromiso de superarnos
permanentemente,
dedicando la innovación y
la experiencia al servicio de
nuestros clientes.

Nuestros 8 centros de
distribución con la más
avanzada tecnología
garantizan la seguridad y
confianza en cada pedido,
**en todo el país,
todos los días.**



www.delsud.com.ar

 www.facebook.com/drogueriadelsud

Santa Cruz, en camino de tener un Colegio de Farmacéuticos



Hace cinco años, Sirley Estigarribia recorría los pasillos de Expofarmacia y se acercó al stand de la COFA. "Quiero sumarme a la Confederación" –dijo-. Pero en Santa Cruz, su provincia, los farmacéuticos no tenían Colegio propio. Así que volvió con el desafío de entusiasmar a sus colegas para crearlo. Hoy, después de haber recorrido despachos y farmacias, de audiencias, reuniones y muchas horas de trabajo fuera del mostrador, los legisladores santacruceños están cerca de sancionar la esperada Ley de Colegiatura.

En Santa Cruz, del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos sólo existía el nombre, que usaban los bioquímicos. Es que hace muchos años los farmacéuticos habían decidido dejarlo porque lo consideraban una cámara empresaria no profesional. En junio de 2011 Sirley Estigarribia, tras dialogar con las autoridades de la COFA, volvió a Río Gallegos con el firme propósito de que los farmacéuticos tuvieran su propia institución, que los uniera, los representara, los respaldara y les brindara servicios. El proceso para crear el Colegio fue complicado. "Los bioquímicos se habían negado en un principio a separarse, entonces creamos una

Asociación mientras seguíamos trabajando para ver si podíamos lograr nuestro Colegio. En estos últimos tiempos llegamos a un acuerdo con los bioquímicos, ellos nos apoyan y cada uno va a tener su propio Colegio", cuenta Sirley. Un grupo de colegas se lanzó a juntar firmas para crear la Asociación y comenzaron a reunirse a la hora en que bajaba la cortina de la farmacia donde Sirley trabaja.

Santa Cruz tiene 329.499 habitantes. Los farmacéuticos escasamente superan el centenar. La mayoría de los profesionales está en Río Gallegos, Caleta Olivia y Calafate. Y por lo general trabajan en relación de dependencia. Ejercen en 65 farmacias comunitarias –muchas pertenecientes a las tres grandes cadenas que hay en la provincia-, en el Programa Remediar (ahora Cobertura Universal de Salud), en los 14 hospitales de la provincia y en reparticiones públicas u obras sociales. En las ciudades más chicas hay dos o tres farmacias.

"Por ahora somos muy poquitos. Lo que sucede es que Santa Cruz es una provincia de tránsito. Mucha gente viene y se va al poco tiempo. La mayoría somos del Norte".

Sirley se recibió en marzo de 1995 en la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones, y a la semana cruzó el país y se instaló en Río Gallegos. "Vine para probar suerte por dos años y me quedé". Ahora tiene 44 años, marido y tres hijos.

-¿Por qué es una provincia "de paso" para los farmacéuticos?

-Porque el clima es hostil (N. de la R. Las temperaturas oscilan entre los -15 y los 10 grados durante el año y los vientos del Pacífico son casi permanentes). Además, la gran distancia con el resto de las provincias hace que mucha gente que vino a vivir a Santa Cruz extrañe y después de un tiempo quiera volver a su lugar de origen. **-No debe ser fácil instalarse en un lugar, empezar de cero, abrir una farmacia, con todo lo que eso implica, y de pronto tomar la decisión de irse...**

-Lo que pasa es que acá, la mayoría de los profesionales estamos en relación de dependencia. Son muy pocos los que son dueños de su farmacia. Esa situación también promueve el desarraigo.

-¿Hay regulación en la provincia sobre la actividad farmacéutica, las distancias entre farmacias, la propiedad, etc.?

-La regulación es escasa, se limita a los lineamientos nacionales. Por eso mismo es que nosotros procuramos tener el Colegio, para que podamos lograr que se establezcan reglas para promover el mejor desarrollo de nuestra actividad, acordes a nuestra realidad actual.

-¿Qué otros objetivos y expectativas tienen en cuanto a este nuevo Colegio? ¿Cuáles van a ser los proyectos iniciales?

-Nosotros apuntamos a la capacitación. Al estar tan lejos y tener muchísimos kilómetros de distancia entre las ciudades de la misma provincia, se nos hace muy difícil y muy costoso trasladarnos. Ahora hay cursos on line, pero al tener un Colegio podríamos traer capacitadores desde Buenos Aires y tratar de reunir a la mayoría de los farmacéuticos de la región, estimulándolos a actualizarse. Esos conocimientos redundarán en beneficio para toda la sociedad.

También queremos crear un lugar donde el profesional pueda acudir cuando llega a la provincia para recibir orientación, consejo y asistencia. A la vez, obteniendo la matriculación, crearíamos en el Colegio un Comité de Ética.

-¿Cuáles son las necesidades, las inquietudes y los problemas que tienen los farmacéuticos de la provincia, además de la formación continua?

-Como la mayoría está bajo relación de dependencia, queremos tener una referencia sobre los honorarios, condiciones laborales y otras cuestiones profesionales. Necesitamos una institución que nos respalde.

-Al haber pocas farmacias y con las grandes distancias, se debe complicar la provisión. ¿Cómo llegan los medicamentos a la gente? ¿En los lugares alejados de los centros urbanos donde no hay farmacia, los medicamentos se distribuyen a través de los CAPS?

-Los centros de atención primaria, ya no funcionan. Lo que funciona en su lugar se maneja con el programa Remediar + Redes. A las farmacias privadas los medicamentos llegan en transporte que se demora, en el mejor de los casos, 48 o 72 hs.

-Y teniendo en cuenta esta rotación que ud. describía, ¿hay falta de profesionales en la provincia o la cantidad es suficiente para cubrir la demanda?

-No, faltan profesionales, como en el resto del país pero agudizado. Sobre todo en las localidades del interior. A veces es muy difícil convencer al profesional, así se le pague un buen sueldo, porque quizás no les gusta el lugar, no están acostumbrados a este estilo de vida. Entonces al tiempo se van y hay que volver a buscar.

-Ud. decía que hay pocas farmacias unipersonales en Santa Cruz...

-Sí, en las localidades del interior se ve más la farmacia propiedad del farmacéutico. Las cadenas que están en las ciudades, que son de larga data, ya coparon toda la zona. Entonces se hace difícil para un profesional ser dueño. Acá hay aproximadamente 18 farmacias y un solo farmacéutico es dueño.

-Pero de instalarse farmacias unipersonales en esas poblaciones, serían viables?

-Lo que pasa es que la situación económica no da, acá hay que invertir muchísimo más de lo que se necesita por ejemplo en el norte para instalar una farmacia. Hay que tener mucho respaldo económico. Nosotros tenemos la droguería más cercana en Bahía Blanca, así que hay que tener un stock considerablemente más alto para no padecer faltantes.

-¿Cómo es ser farmacéutico en Santa Cruz? ¿Cómo es el día a día y cuál es el rol del farmacéutico en esas comunidades?

- Al ser pocos, tenemos comunicación fluida con el paciente y también con el médico, entonces cualquier duda que tenemos, los llamamos. Por ejemplo, les avisamos cuando no hay un determinado medicamento. Y mucha gente se acerca a la farmacia buscando consejo profesional.

-¿Les sucede que el paciente acude a la farmacia a consultar por un problema de salud antes que a una guardia, teniendo en cuenta las distancias y las condiciones climáticas?

-Sí. Muchas veces respondemos a las dudas del paciente, pero le aconsejamos que consulte con el médico.

-¿Tienen la posibilidad de hacer seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas?

-En general, los farmacéuticos que estamos en relación de dependencia en los centros urbanos tenemos una vorágine tan grande atendiendo en el mostrador que no tenemos tiempo. No tengo conocimiento, pero quizás haya algunas que lo hacen.

-A nivel personal, ¿cuál es el aprendizaje más importante en estos 21 años atendiendo en farmacia comunitaria?

-El conocer a la gente, haberme ganado su confianza. El orgullo del profesional es que a uno lo reconozcan como profesional y como persona.

-¿Hay unión entre los colegas?

-En la ciudad nos conocemos todos y nos ayudamos.

Visita de la COFA a Santa Cruz

El vicepresidente de la COFA, Dr. Sergio Cornejo, visitó Río Gallegos el 24 de mayo para reunirse con miembros de la Comisión Directiva de la Asociación Santacruceña de Farmacéuticos. Durante el encuentro se analizó la realidad de la actividad farmacéutica en general y la necesidad de fortalecimiento gremial en esa región que se distingue por poseer un bajo porcentaje de farmacéuticos propietarios de farmacias y una fuerte presencia de cadenas.

Los dirigentes coincidieron en la intención de cooperar y sumar esfuerzos para generar una estructura acorde a las necesidades del lugar, como así también a la concepción de una red de farmacias operativa que contenga las necesidades de prestación de las distintas obras sociales y sus afiliados.



La visita continuó en la sede de la legislatura provincial con los diputados de la Comisión de Salud y también con representantes de los bioquímicos para deliberar sobre la presentación de un proyecto de Ley que permita la separación del Colegio actual que comparten ambas profesiones y la creación de un Colegio de Farmacéuticos.

La mayoría de los diputados de la Comisión se expresaron en acuerdo.

-¿En qué forma se ayudan entre ustedes? ¿Colaboran cuando falta stock?

-Sí, en algunos casos, con algunas farmacias sí. Se prestan los medicamentos y cuando llegan los devuelven. No hay una competencia, sobre todo en farmacias chicas, que nos conocemos desde hace muchos años, con algunos somos amigos.

-El Colegio va a ampliar esa relación sumando a los farmacéuticos de otras localidades...

-Sí, apuntamos a eso. Probablemente los servicios que se puedan brindar serán de más ayuda para esos colegas que hoy están más alejados.

-¿Las autoridades locales, los legisladores, reconocen el rol de los farmacéuticos y su necesidad de tener un Colegio propio?

-Sí, ellos reconocen nuestra labor. Estuvimos reunidos con la ministra de Salud, Rocío García, y nos dio su apoyo total a todo lo que emprendamos, incluso en cuanto a formación profesional.

-¿Cuáles son los desafíos que tienen como dirigentes, teniendo en cuenta que están creando una nueva entidad, un Colegio?

-Nuestra expectativa es ser un apoyo para los colegas. Va a ser un trabajo muy duro, pero alguien lo tenía que empezar. Necesitábamos este Colegio. 🇵🇪

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
28 August - 1 September



La clave para lograr un equipo profesional de alto rendimiento



Equipos multidisciplinarios de profesionales que trabajan juntos para proporcionar una atención coordinada mejoran la calidad de la atención y disminuyen los costos. Sin embargo, estos equipos deben ser de alto rendimiento, afirman las Dras. Linda Garrelts MacLean y Jenelle L. Sobotka, disertantes en el próximo Congreso Mundial de Farmacia que se realizará en Buenos Aires del 28 de agosto al 1° de septiembre.

Una necesidad urgente de equipos de alto rendimiento se pone de relieve en un documento de discusión de 2012 titulado “Principios básicos y valores de la atención de salud efectiva basada en equipos”⁽¹⁾. Los autores afirman que los equipos de atención de salud que funcionan con eficacia y éxito son esenciales para el desarrollo de un modelo coordinado de atención de la salud centrado en los pacientes.

Pero no podemos simplemente juntar personas para formar un equipo. Para lograr resultados superiores, estos equipos requieren estar altamente enfocados en sus metas y tienen que ser de alto rendimiento. La construcción de este tipo de equipos en el contexto de una salud mundial asequible y sostenible será el tema de una conferencia en el Congreso Mundial de Farmacia

y Ciencias Farmacéuticas. Esta sesión tendrá en cuenta algunas cuestiones importantes:

¿Qué está conduciendo hacia equipos más multidisciplinarios?

Tana Wuliji, funcionaria técnica del Equipo de Recursos Humanos de Salud de la Organización Mundial de la Salud, iniciará la sesión proporcionando una visión macro sobre la educación transformadora a través de las profesiones de la salud y expondrá las últimas recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de Empleo Salud y Crecimiento Económico. Va a exponer el papel fundamental que tienen las inversiones en el personal de salud para el logro de la cobertura universal de la salud, la se-



Vida con Salud



Baliarda

www.baliarda.com.ar

guridad sanitaria mundial y el crecimiento económico inclusivo; logros socioeconómicos que no será posible alcanzar sin reformas importantes en los modelos educativos actuales hacia la atención integral de la salud centrada en las personas.

¿Qué características interprofesionales, de prácticas y valores se requieren del equipo?

Los problemas de salud que enfrenta el mundo son enormes si se mira desde un punto de vista individual de una profesión. Hay que contar con equipos donde los individuos estén fun-

macéuticos, de todos los sectores de la profesión, reciban apoyo para que puedan ofrecer una atención al paciente segura y eficaz, así como desarrollar e implementar nuevos servicios,"⁽³⁾ lo que incluiría una transición exitosa del modelo de atención. Ana Paula Martins, de la Asociación de Farmacéuticos de Portugal, compartirá los últimos desarrollos relacionados con los servicios farmacéuticos en los sistemas sanitarios. Sólo en el ámbito de la prevención del VIH, se estima que estos servicios han evitado más de 7.000 infecciones en Portugal.

¿Cómo alcanzamos nuestro objetivo?

Los participantes escucharán a dos disertantes que están haciendo progresos en la respuesta a esta pregunta. Desde Sudáfrica, Mariet Eksteen, profesora en la Universidad de North-West, abordará las estrategias educativas que son fundamentales para la formación de equipos de alto rendimiento exitosos. La docente presentará consideraciones para asegurar la competencia de los miembros del equipo, incluidos los farmacéuticos y técnicos. Y de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Namibia, Dan Kibuule describirá los modelos de mejores prácticas para la educación y el cuidado basado en el equipo desde una perspectiva global. El Dr. Kibuule proporcionará una visión optimista de cómo son los equipos de alto rendimiento y cómo pueden mejorar los resultados y la salud de los pacientes.



cionando con los niveles educativos más altos para resolver problemas de acceso a la atención. Debemos educar a nuestros futuros proveedores de atención de la salud acerca de cómo ser colaborativos, eficientes y, por lo tanto, miembros del equipo altamente eficaces. La sesión proporcionará información acerca de la currícula de la OMS⁽²⁾ diseñada para lograr precisamente eso. Linda Garrelts MacLean, vicedecana de la Facultad de Farmacia de la Universidad del Estado de Washington, EE.UU., coordinará un debate acerca de las incumbencias interprofesionales básicas, de los valores y ética de la práctica, las funciones y responsabilidades; y la comunicación y trabajo en equipo.

¿Cuáles son los operadores para la transformación?

Los diversos puntos de vista de la práctica en modelos exitosos basados en equipos de atención de la salud incluyen estudios de casos sobre la transición de los pacientes por los distintos niveles de atención de salud y los sistemas. Catalina Duggan, directora de desarrollo profesional y de apoyo en la Royal Pharmaceutical Society del Reino Unido, compartirá sus experiencias en el abordaje de las transiciones en la atención. Una de las pasiones de la Dra. Duggan es "garantizar que todos los far-

Esta importante sesión del congreso destacará una variedad de asociaciones entre profesionales del equipo de Salud en diversas áreas. Se pondrá énfasis en maximizar el uso de los recursos, tanto financieros como profesionales, dentro de los distintos escenarios y contextos culturales. Se debatirá sobre el trabajo que debe llevarse a cabo para asegurar que los futuros profesionales de la salud estén preparados para este modelo de práctica. Participe de la Sesión D14 del Congreso Mundial de Farmacia FIP 2016. Las respuestas a las cuatro preguntas anteriores darán la clave para lograr equipos de alto rendimiento.

Referencias

1. Mitchell PM, Wynia M, Golden R, et al. Core principles a values of effective team-based health care. Discussion Paper 2015. Available at <https://www.nationalahaec.org/pdfs/vsrt-team-based-care-principles-values.pdf> (accessed 11 June 2016).
2. "Topic 4: Being an effective team player" http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf. (accessed 5/28/16)
3. "Helping to support a transforming pharmacy workforce." Pharm J, Vol 295, No 7884, online | DOI: 10.1211/PJ.2015.20200142

BUFLOMEDILO



El buflomedilo es un vasodilatador periférico que está indicado para el tratamiento de la claudicación intermitente, del dolor isquémico de reposo y los trastornos tróficos o úlceras cutáneas debidas a insuficiencia arterial crónica, así como en la enfermedad de Raynaud, síndrome de Raynaud u otros trastornos vasoespásticos como ser livedo y acrocianosis. Además, el buflomedilo se indica también para el tratamiento de los signos y síntomas asociados generalmente con la insuficiencia cerebrovascular crónica o el envejecimiento, como ser vértigo, tinnitus, mareos, insomnio, deterioro intelectual, cambios en la personalidad y en el comportamiento socio-familiar, pérdida de la memoria, especialmente la memoria reciente, así como pérdida de la concentración y/o desorientación.

La actividad vascular del buflomedilo se debe a dos componentes farmacológicos: un efecto antagonista alfa-1 y alfa-2 adrenérgico y una acción directa sobre las estructuras miocitarias microcirculatorias:

Como antagonista alfa adrenérgico no específico, el buflomedilo se opone localmente a los efectos vasoconstrictores de la adrenalina, del estrés y del frío. Esta acción se localiza esencialmente a nivel de las arterias ricas en receptores alfa, como son las arterias periféricas musculares del circuito de distribución.

Por su acción específica microcirculatoria ligada a un efecto sobre los movimientos cálcicos, a nivel de los miocitos perivasculares, el buflomedilo abre los esfínteres precapilares espasmosados y restaura la microcirculación musculo-cutánea funcional.

Además, el buflomedilo administrado a las dosis recomendadas, aumenta la perfusión arterial de la microcirculación con efectos mínimos sobre la hemodinamia central. También exhibe efectos inhibitorios sobre la agregación plaquetaria y mejora la deformabilidad de los eritrocitos con fluidez anormal.

El buflomedilo no afecta el metabolismo lípido ni proteico y su biodisponibilidad fue equivalente cuando se administró intravenosa o intramuscularmente en la misma dosis que cuando se lo administró oralmente. Tampoco fue afectado por la ingesta de alimentos.

Este medicamento se presenta como comprimidos e inyectable.

Dosis y Administración:

El buflomedilo puede ser administrado por vía oral, intramuscular o intravenosa.

Comprimidos: 300 a 600 mg de buflomedilo por día, dividido en 2 tomas.

Vía intramuscular: 50 mg hasta 3 veces al día y hasta durante 14 días.

Vía IV (Intravenosa): 50 a 400 mg diarios en dosis divididas a intervalos regulares o como infusión lenta en 500 ml de solución glucosada o salina isotónica.

Pacientes con función renal normal: la dosis no deberá exceder los 600 mg/día.

Pacientes con insuficiencia renal leve a moderada: en estos pacientes se deberá considerar un ajuste de la dosis, de acuerdo a la respuesta del clearance de creatinina entre 30 y 80 ml/minuto.

Los ajustes de la dosis pueden incluir una reducción de la misma o la discontinuación de la terapéutica en el caso de que ocurrieran signos y síntomas asociados con sobredosis.

Reacciones adversas:

Los efectos secundarios del buflomedilo son infrecuentes y transitorios. Sin embargo han sido observados:

- Efectos secundarios digestivos como náuseas, vómitos.
- Sensaciones de calor en la piel, prurito en las extremidades, cefaleas, vértigo, temblores.
- Reacciones cutáneas: rash, urticaria.

En el período postmarketing se notificaron trastornos de piel y tejido subcutáneo erupción en los pacientes tratados con los comprimidos de buflomedilo. En tanto que con la administración por vía inyectable se observaron trastornos del sistema inmunitario: reacciones alérgicas (por ejemplo, erupción, taquicardia, hipotensión/shock).

Precauciones y advertencias:

Precauciones:

Antes de indicar una terapia con buflomedilo, el médico deberá excluir la posibilidad de que los síntomas y signos del paciente sean causados por una condición potencialmente reversible, para la cual se dispone de una terapia específica.

Se deberá tener sumo cuidado en excluir delirio y enfermedad de tipo demencial secundarias a enfermedad sistémica, enfermedad neurológica primaria y trastorno primario del humor.

En las personas mayores de 65 años o con insuficiencia renal severa sea cuando el clearance de creatinina es inferior a 40 ml/min, se recomienda bajar la dosis máxima diaria a la mitad, es decir 2 comprimidos de 150 mg. por día, administrando 1 comprimido por la mañana y 1 por la noche.

Se advierte que el valor del clearance, calculado a partir de la creatininemia y ajustado a la edad, el peso corporal y el sexo, según la fórmula de Cockcroft*, refleja correctamente el estado de la función renal en este tipo de pacientes:

En el hombre: $\frac{*Clcr = (140 - edad) \text{ por peso}}{0,814 \text{ por creatininemia}}$

En la mujer: $\frac{*Clcr = (140 - edad) \text{ por peso} \times 0,85}{0,814 \text{ por creatininemia}}$

(con el Clcr expresado en ml./min., la edad en años, el peso en kg., la creatininemia en $\mu\text{mol/l}$).

En pacientes con insuficiencia renal tratados con hemodiálisis frecuente, es decir a razón de 3 diálisis por semana durante 4 semanas; no se observa acumulación de buflomedilo por más que su depuración sea muy débil.

Advertencias:

Dado que los comprimidos de buflomedilo contienen lactosa, se debe tener en cuenta en aquellos pacientes que padecen intolerancia a ciertos azúcares. Se advierte que debido a la falta de experiencia clínica adecuada a la fecha, no se ha establecido la seguridad en el uso de buflomedilo durante el embarazo o lactancia.

Tampoco se ha podido establecer la seguridad y la efectividad de la administración de buflomedilo en pacientes menores de 18 años.

Se recomienda que la utilización de la vía intramuscular debe ser excepcional en vista de las asociaciones medicamentosas frecuentes en la patología tratada, como por ejemplo: anticoagulantes.

Se debe tener en cuenta que el buflomedilo puede producir vértigo o mareo, por lo que en los pacientes tratados con este fármaco puede disminuir su capacidad para conducir y utilizar máquinas, en especial al inicio del tratamiento o tras un ajuste de dosis.

Interacciones:

Se advierte que en los pacientes medicados con antihipertensivos, el uso de buflomedilo puede potenciar sus efectos.

La administración concomitante de buflomedilo en los pacientes que están tomando fluoxetina, paroxetina o quinidina puede aumentar el riesgo de convulsiones.

Contraindicaciones:

El buflomedilo está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a la droga o a cualquiera de los componentes del producto.

No se debe administrar en pacientes epilépticos.

También está contraindicado en el postparto inmediato o en la presencia de sangrado arterial y en pacientes con deterioro renal severo con un clearance de creatinina < 30 ml/minuto.

Sobredosificación:

En el caso de sobredosis voluntaria o accidental, se pueden presentar rápidamente entre los 15 y 90 minutos: síntomas neurológicos como convulsiones y estados epilépticos, que pueden estar seguidas por signos cardiovasculares; particularmente taquicardia sinusal, hipotensión, arritmia ventricular severa, alteraciones en la conducción, especialmente intraventricular. En este caso el paciente podría entrar rápidamente en estado de coma o presentar paro cardiocirculatorio. El cuadro clínico se asemeja al de una intoxicación causada con el antidepresivo imipramina.

Ante estas situaciones clínicas el paciente debe ser trasladado al hospital más próximo o comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez - CABA - Teléfono: (011) 4962-6666/2247.

Hospital A. Posadas - Provincia de Buenos Aires - Teléfono: (011) 4654-6648/4658-7777.

Hospital de Niños Pedro de Elizalde - CABA - Teléfono: (011) 4300-2115.

Hospital de Niños Sor María Ludovica - La Plata - Teléfono: (0221) 451-5555.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
BUFLOMED	<i>Buflomedilo</i>	<i>Inyectable</i>	SCOTT CASSARA
BUFLOMEDIL LAFEDAR	<i>Buflomedilo</i>	<i>Inyectable</i>	LAFEDAR
LOFTON	<i>Buflomedilo</i>	<i>Comprimidos</i>	BAGO

DUTASTERIDA



La dutasterida es un antiprostático que está indicado en el tratamiento de los síntomas moderados a severos de la hiperplasia prostática benigna (HPB), para la reducción del riesgo de retención urinaria aguda (RUA) y en caso de cirugía en pacientes con síntomas moderados a severos de HPB. Además, la dutasterida en combinación con el alfa-bloqueante tamsulosina, trata y previene la progresión de la hiperplasia prostática benigna (HPB) reduciendo el tamaño de la próstata, aliviando los síntomas y mejorando el flujo urinario.

Este fármaco actúa reduciendo los niveles circulantes de la dihidrotestosterona (DHT) inhibiendo las isoenzimas de la 5- α -reductasa, tanto del tipo 1 como del tipo 2, las cuales son responsables de la conversión de la testosterona en DHT. El efecto de la dosis diaria de dutasterida sobre la reducción en la DHT, depende de la dosis y se observa entre un 85% y 90% de disminución en el lapso de 1 a 2 semanas.

También se han detectado reducciones significativas en el volumen de la próstata apenas un mes después del inicio del tratamiento que continuaron hasta el mes 24. La reducción del tamaño de la próstata conduce a una mejoría de los síntomas y una reducción del riesgo de RUA (retención urinaria aguda) y de la cirugía relacionada con HPB.

El tratamiento con dutasterida provocó una reducción promedio del nivel de PSA en suero en aproximadamente un 50% luego de 6 meses de tratamiento con una amplia variabilidad entre pacientes. La supresión de PSA observada a los 6 meses fue similar en hombres que desarrollaron o no cáncer de próstata detectable por biopsia durante el estudio.

Luego de administración oral de una dosis única de 0,5 mg de dutasterida, el tiempo para alcanzar el pico de la concentración sérica es de 1 a 3 horas y su biodisponibilidad no se ve afectada por los alimentos. La dutasterida tiene un extenso volumen de distribución (300 a 500 litros) y se une altamente a las proteínas plasmáticas. La eliminación de dutasterida depende de la dosis y el proceso se describe con dos vías de eliminación paralelas, una que es saturable a concentraciones clínicamente relevantes y una que no es saturable. En concentraciones séricas menores de 3 mg/ml, la dutasterida se depura rápidamente tanto por las vías de eliminación que dependen de la concentración como por las independientes de la concentración. Las dosis individuales de 5 ng o menos mostraron evidencia de una rápida depuración y una vida media de 3 a 9 días. En concentraciones terapéuticas, luego de dosis repetidas de 0,5 mg/día, la vía de eliminación lineal más lenta es dominante y la vida media es de aproximadamente 3-5 semanas.

Además, la dutasterida en combinación con el alfa-bloqueante tamsulosina, trata y previene la progresión de la HPB reduciendo el tamaño de la próstata, aliviando los síntomas y mejorando el flujo urinario.

Este medicamento se presenta en cápsulas, comprimidos y comprimidos recubiertos.

Dosis y Administración:

Adultos: La dosis recomendada de dutasterida es de 1 comprimido o cápsulas (0,5 mg) una vez por día, administrado por vía oral.

Tanto los comprimidos como las cápsulas deben tragarse enteros y pueden tomarse con o sin alimentos.

Si bien se puede observar una mejoría luego de las primeras tomas, se puede demorar hasta 6 meses en lograr una respuesta máxima al tratamiento.

La dutasterida se puede administrar sola o en combinación con el alfa-bloqueante tamsulosina (0,4 mg).

Poblaciones especiales:

Pacientes de edad avanzada: No se requiere ajuste de dosis. La seguridad y la eficacia en mayores de 65 años no mostró diferencias con los adultos jóvenes.

Insuficiencia renal: No se ha estudiado el efecto que puede ocasionar la insuficiencia renal sobre la farmacocinética de dutasterida. No se prevé que sea necesario un ajuste en la dosificación en pacientes con insuficiencia renal.

Insuficiencia hepática: No se ha estudiado el efecto que puede ejercer la insuficiencia hepática en la farmacocinética de dutasterida, por lo tanto se debe ser cuidadoso cuando se deba administrar en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada.

Se debe tener en cuenta que no se debe administrar dutasterida en pacientes con insuficiencia hepática severa.

Reacciones adversas:

La mayoría de los efectos adversos fueron leves a moderados y se observaron en el aparato reproductor.

La siguiente tabla muestra las reacciones adversas demostradas en ensayos clínicos controlados, así como en el período de post-comercialización.

Sistema	Reacción adversa	Incidencia en ensayos clínicos	
		Durante el 1° año de trat. (n=2.167)	Durante el 2° año de trat. (n=1.744)
Trastornos del aparato reproductor y la mama	Impotencia	6,0 %	1,7 %
	Alteración (disminución) de la libido	3,7 %	0,6 %
	Trastornos en la eyaculación	1,8 %	0,5 %
	Trastorno de la mama (incluyendo aumento de tamaño de la mama y/o dolor mamario a la palpación)	1,3 %	1,3 %
Trastornos del sist. inmunológico	Reacciones alérgicas entre las que se incluyen erupción, prurito, urticaria, edema localizado y angioedema	Incidencia estimada de datos post-comercialización	
		Desconocida	

Los efectos adversos que se han detectado tras la comercialización, se identificaron a partir de notificaciones espontáneas post-comercialización, por lo que la incidencia real es desconocida.

Precauciones y advertencias:

Se advierte que los pacientes con un gran volumen urinario residual o con una disminución severa del flujo urinario pueden no ser buenos candidatos para usar dutasterida, de ahí que deberán monitorearse para descartar una uropatía obstructiva.

Dado que la dutasterida se absorbe a través de la piel, no debe ser manipulada por mujeres embarazadas o con posibilidad de embarazarse, debido al riesgo de anomalías en fetos masculinos.

Se recomienda lavar el área de contacto con abundante agua y jabón.

Efectos en la detección del antígeno prostático específico (PSA) y cáncer de próstata:

Se recomienda que antes de indicarse el tratamiento con dutasterida se realice un examen digital rectal, como también otras evaluaciones para el cáncer de próstata,

y a partir de entonces realizar periódicamente los controles correspondientes.

Generalmente una concentración total de PSA en suero mayor a 4ng/ml requiere una evaluación adicional y considerar también la posibilidad de realizar una biopsia de próstata. Los médicos deben conocer que un valor basal de PSA menor que 4 ng/ml en los pacientes tratados con dutasterida no excluye un diagnóstico de cáncer de próstata.

La dutasterida reduce la concentración de PSA en un 40% a los 3 meses y en un 50% después de 6, 12 y 24 meses de tratamiento.

Como la concentración sérica del PSA es un componente importante en la detección del cáncer de próstata, se deben considerar los nuevos valores después del tratamiento con dutasterida. Se recomienda realizar regularmente el monitoreo de los valores de PSA.

Se advierte que cualquier aumento sostenido en los niveles de PSA durante el tratamiento con dutasterida se debe evaluar cuidadosamente, ya que puede indicar la presencia de cáncer de próstata o incumplimiento del tratamiento con dutasterida.

Los niveles totales de PSA en suero vuelven a los valores basales en un lapso de seis meses después de la suspensión del tratamiento. La relación entre el PSA libre y el total permanece constante incluso bajo el tratamiento con dutasterida. Si los médicos eligen usar un porcentaje de PSA libre como auxiliar en la detección de cáncer de próstata en hombres bajo tratamiento con dutasterida, no resulta necesario hacer un ajuste a este valor.

Donación de sangre: Se recomienda que los pacientes en tratamiento con dutasterida no donen sangre hasta que hayan pasado al menos 6 meses de la última dosis. Esta precaución es para evitar la transfusión de sangre a mujeres embarazadas.

Uso en insuficiencia hepática: Se advierte que se debe tener cuidado al administrar dutasterida a pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, en función de la larga vida media de este fármaco de aproximadamente 5 semanas y a su extensa metabolización.

Embarazo: Se advierte que como ocurre con todos los inhibidores de la 5- α -reductasa, cuando la pareja de un paciente está, o potencialmente podría estar embarazada, se recomienda que el paciente evite la exposición de su pareja al semen mediante el uso de un preservativo.

Lactancia: Se desconoce si dutasterida se excreta en la leche materna.

Fertilidad: Se ha advertido que dutasterida afecta las características del semen en hombres sanos, de ahí que la posibilidad de reducción de la fertilidad masculina no puede ser descartada.

Interacciones:

Efectos de otros fármacos sobre la farmacocinética de dutasterida: Uso con inhibidores de CYP3A4 y/o P-glicoproteína:

Las concentraciones séricas de dutasterida pueden ser 1,6 a 1,8 veces mayores respectivamente, en pacientes tratados conjuntamente con verapamilo o diltiazem (inhibidores moderados de CYP3A4 e inhibidores de P-glicoproteína).

La combinación a largo plazo de dutasterida con fármacos que son potentes inhibidores de la enzima CYP3A4, como por ej. ritonavir, indinavir, nefazodona, itraconazol, ketoconazol, administrados por vía oral; puede aumentar las concentraciones séricas de dutasterida.

No es probable que se pueda producir una inhibición adicional de la 5- α -reductasa durante una exposición aumentada de dutasterida. Sin embargo, se puede considerar una reducción de la frecuencia de la dosis de dutasterida si se observan efectos colaterales. Debe observarse que en el caso de inhibición enzimática, la larga vida media del fármaco se puede prolongar aun más y puede llevar más de 6 meses de tratamiento concomitante antes de alcanzar un nuevo estado estacionario.

Efectos de dutasterida sobre la farmacocinética de otros fármacos:

La dutasterida no tiene efecto sobre la farmacocinética de warfarina o digoxina. Esto indica que dutasterida no inhibe/induce CYP2C9 o la P-glicoproteína transportadora. No hay evidencia de interacción farmacodinámica entre la dutasterida y la tamsulosina o la terazosina.

La administración de 12 g de colestiramina, una hora antes de una dosis única de 5 mg de dutasterida no afecta la farmacocinética de la misma.

Contraindicaciones:

Este medicamento está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a la dutasterida, a otros inhibidores de la 5- α -reductasa, o a cualquiera de los componentes de la fórmula.

La dutasterida está contraindicada en pacientes con insuficiencia hepática severa.

También está contraindicada en las mujeres, ya que como ocurre con otros inhibidores de 5- α -reductasa, la dutasterida inhibe la transformación de testosterona en dihidrotestosterona y por lo tanto, si se administra a mujeres embarazadas de fetos varones, puede inhibir el desarrollo de los genitales externos del feto.

Tampoco está indicado el uso de dutasterida en niños y adolescentes.

Sobredosificación:

No hay antídoto específico para la dutasterida, por lo tanto, en caso de sospecha de sobredosis, debe aplicarse un tratamiento sintomático y de soporte según corresponda. Ante una eventual sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología.

- Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247

- Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/ (011) 4658-7777

- Hospital Fernández: (011) 4801-5555

- Centro Nacional de Intoxicaciones: 0800-333-0160.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
AVODART	Dutasterida	Cápsulas	GLAXO SMITH KLINE
DECITON	Dutasterida	Comprimidos	EUROLAB
DUTAPIL	Dutasterida	Comprimidos	PANALAB
LINUS	Dutasterida	Comprimidos	ELEA
LUDASTERIN	Dutasterida	Comprimidos Recubiertos	FINADIET
PLENUR	Dutasterida	Comprimidos	CASASCO
TUMULAN	Dutasterida	Comprimidos	LAZAR
UROCONT	Dutasterida	Cápsulas	TEMIS LOSTALO

Linda Garrelts MacLean es vicedecana de la Facultad de Farmacia de la Universidad Estatal de Washington. También es profesora de Farmacia y Gestión Empresaria de la Farmacia. Es ex presidenta de la Asociación de Farmacéuticos del Estado de Washington. Actualmente es miembro de la Asociación Americana de Farmacéuticos y miembro del consejo de la Fundación de Farmacias Comunitarias, una organización dedicada a maximizar el rol del farmacéutico en el mejoramiento de la atención a los pacientes.



Linda Garrelts MacLean

Dra. Jenelle L. Sobotka, PharmD, FAPhA es profesora de la cátedra de Práctica de la Farmacia en la Facultad de Farmacia de la Universidad del Norte de Ohio Raabe. Es responsable de mejorar el desarrollo de liderazgo profesional y componentes innovadores de atención al paciente en el plan de estudios. También enseña política de salud nacional y mundial y el papel del farmacéutico en el autocuidado de la salud. Sobotka es coautora del libro Una Guía Práctica de la Atención Farmacéuti-



Dra. Jenelle L. Sobotka

ca, publicado por la Asociación Americana de Farmacéuticos (APhA) y presidió la entidad en 2012-13. Ella es también un miembro activo de la Asociación Americana de Escuelas de Farmacia (AACP). Actualmente se desempeña como facilitadora-Mentora de los inscriptos en el Programa Académico de Liderazgo AACP 2015-16. La Dra. Sobotka ha recibido varias distinciones, incluyendo el Kappa Epsilon National Career Achievement award 2008 y es miembro de la Academia de Farmacia de Hong Kong y de la Academia Nacional de Ejercicio. En julio de este año la Dra. Sobotka pasará a la Facultad de Farmacia James L. Winkle de la Universidad de Cincinnati donde será profesora y directora de los Programas de certificación y maestrías on line de liderazgo en Farmacia. 🇺🇸

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: premsa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar



ISALUD
1991-2016

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

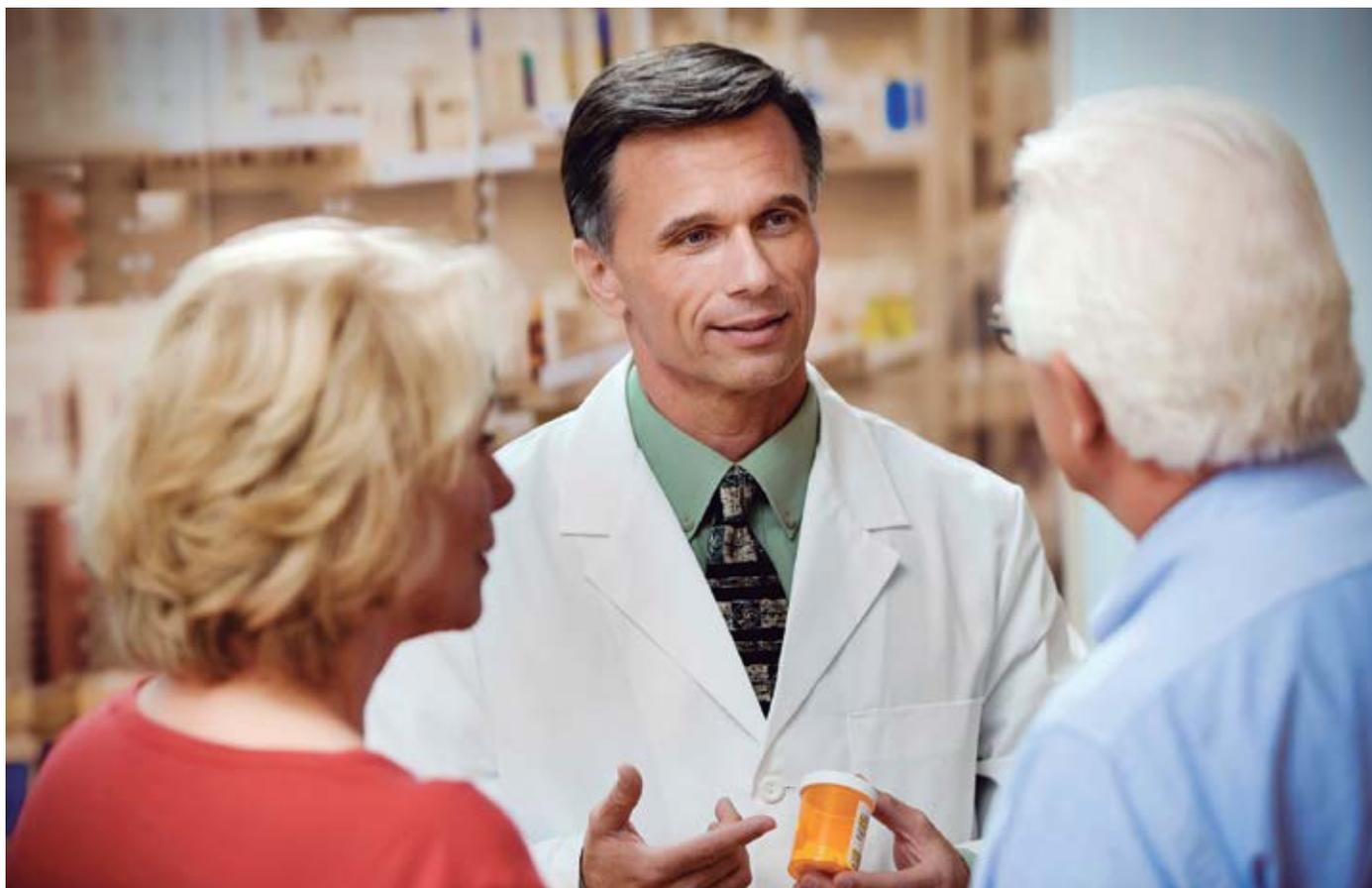
UNIVERSIDAD
ISALUD

5239.4000

www.isalud.edu.ar | informes@isalud.edu.ar



Los servicios farmacéuticos comienzan a ser remunerados en diversas regiones de Estados Unidos



A principios de 2015 la Asociación Nacional de Gobernadores de los Estados Unidos publicó un artículo en su boletín titulado *"El creciente rol de los farmacéuticos estadounidenses en un nuevo Sistema de Salud"*.

El informe, de 14 páginas, enumera los servicios sanitarios que en la actualidad están brindando los farmacéuticos comunitarios en convenio con los programas de salud de diferentes estados y analiza las potenciales capacidades de los profesionales para expandir sus prestaciones, así como las barreras que se presentan para su integración a los equipos sanitarios a nivel nacional.

A continuación publicamos un resumen del trabajo presentado ante los representantes de los Estados por Frederick Isasi y Esther Krofah Director y Directora de Programa de la División Salud del Centro de Mejores Prácticas de la Asociación Nacional de Gobernadores.

Informe para los gobernadores

El importante rol que el manejo de la medicación tiene en el tratamiento de las enfermedades crónicas sugiere que la integración de los farmacéuticos a los equipos de atención de pacientes crónicos tiene el potencial de mejorar los resultados en salud.

Estudios sobre farmacéuticos que proveen el servicio de manejo de tratamientos farmacológicos (MTM) para mejorar los resultados terapéuticos indican que esos servicios pueden mejorar los resultados y reducir costos. Los farmacéuticos en Estados Unidos proveen esos servicios en equipos interdisciplinarios a través de acuerdos de práctica colaborativa (CPAs). Esos acuerdos con otros proveedores de salud permiten a un proveedor del sistema de salud referenciar pacientes a un farmacéutico y delegarle la prestación de servicios clínicos bajo supervisión.

El sistema sanitario de Estados Unidos está experimentando una significativa transformación en los servicios de salud, tanto en la atención como en el financiamiento. Los estados están examinando sus sistemas sanitarios para definir políticas que creen modelos eficientes de atención, focalizados en el mejoramiento

de la calidad y resultados sanitarios, así como en la reducción de costos. Integrar a los farmacéuticos, que representan la tercera profesión sanitaria más numerosa en este sistema, es importante para alcanzar los objetivos planteados. Los farmacéuticos tienen la expertise profesional de abordar desafíos del sistema de salud, incluyendo la prevalencia de personas que tienen múltiples patologías crónicas y la creciente utilización de medicación cada vez más compleja para manejar esas patologías.

Todas las escuelas de Farmacia acreditadas incluyen las siguientes competencias básicas en su currícula: Biomedicina, Ciencias Farmacéuticas, Ciencias Sociales, Clínicas, del comportamiento y administrativas. Cursos específicos varían según cada institución y pueden incluir Toxicología, Fisiopatología, Química Farmacéutica, Farmacología, terapéutica y entrenamiento de laboratorio. Los programas de doctorados incluyen entrenamiento clínico en currícula a través de prácticas externas que proveen a los estudiantes de experiencia práctica en los conocimientos de Farmacia bajo la supervisión de farmacéuticos.

Una vez que obtienen el título los farmacéuticos pueden voluntariamente obtener certificación en un área de especialidad. Por ejemplo, el Board of Pharmaceutical Specialties certifica a los farmacéuticos en seis especialidades: Farmacia de apoyo Nutricional, Farmacia en Medicina Nuclear, Farmacoterapia, Farmacia Oncológica, Farmacia Psiquiátrica y Atención Ambulatoria.

La Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos indica que aproximadamente 286.000 farmacéuticos

estaban en ejercicio en 2012 y proyecta que ese número se incrementará en un 14% a más de 325.000 para 2022.

A principios de 1990, un análisis del alcance de la práctica en la profesión identificó cuatro áreas básicas en las que los farmacéuticos estaban autorizados a proveer atención: asegurar la terapia apropiada y sus resultados, dispensación de medicamentos y productos médicos, compromiso con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y compromiso en el manejo de los sistemas sanitarios.

En 2004, la Comisión Conjunta de Farmacéuticos (Joint Commission of Pharmacy Practitioners) lanzó una iniciativa estratégica para estandarizar la prestación del servicio farmacéutico y sugirió alternativas para el cobro de las prestaciones.

Esta Comisión busca concretar un acuerdo para la estandarización de los procesos de atención.

Legislaciones locales sobre las funciones de los farmacéuticos

En California, por ejemplo, una ley aprobada en octubre de 2013 autoriza a los farmacéuticos a tener algunas funciones ampliadas:

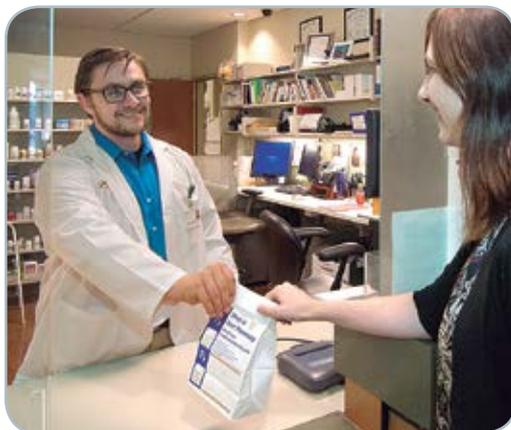
- Prescribir productos de reemplazo de la nicotina para tratamientos de cesación tabáquica si el farmacéutico recibió entrenamiento para ello y sigue procedimientos específicos;

- Iniciar y administrar inmunizaciones a niños de más de tres años y adultos.
- Iniciar y suministrar métodos hormonales de anticoncepción;
- Ordenar e interpretar tests para monitorear la seguridad de medicamentos.

La ley también concede a los farmacéuticos el estatus de proveedores pero no autoriza expresamente al Medicaid a reembolsarlos por los servicios ampliados.

En Nuevo México, la Ley de Autoridad Prescriptiva del Farmacéutico (Pharmacist Prescriptive Authority Act) de 1993 reconoce a los farmacéuticos como facultativos de nivel medio que pueden manejar la atención primaria de pacientes en forma independiente, en colaboración escrita con un médico. Bajo esa designación, los farmacéuticos están autorizados a prescribir y dispensar medicamentos en concordancia con la ley estatal.

En Carolina del Norte la Ley de Farmacéutico Clínico (Clinical Pharmacist Practitioner Act) fue aprobada en julio de 2000 y autoriza al Farmacéutico a implementar tratamientos farmacéuticos indicados por un acuerdo de manejo de medicamentos con el médico. Ese acuerdo incluye selección de producto, modificación de dosis, formas farmacéuticas y esquemas de dosis. El acuerdo de manejo del tratamiento es específico a un paciente individual, el médico, el farmacéutico y la enfermedad.



El creciente rol de los farmacéuticos: Integración a un equipo de atención de enfermedades crónicas

Los expertos en salud pública cada vez concuerdan más en que incluir a los farmacéuticos en los equipos de atención de pacientes crónicos puede mejorar la atención y reducir los costos de tratamiento de estas patologías.

La prevalencia de adultos que tienen múltiples enfermedades crónicas, como patología coronaria, cáncer, artritis, hepatitis y asma está aumentando en los Estados Unidos y casi la mitad de los adultos estadounidenses –aproximadamente 117 millones de personas– tienen al menos una enfermedad crónica. La mayoría de las personas que viven con más de una enfermedad crónica toman varios medicamentos para manejar su enfermedad y co-morbilidades, pero generalmente recibe atención descoordinada y fragmentada con poco seguimiento. Desde 1999 hasta 2008, el porcentaje de estadounidenses que usaron dos o más medicamentos de prescripción creció de 25% a 31% y el número de pacientes que utilizan cinco más medicamentos aumentó de 6% a 11%. De hecho, el número promedio de prescripciones per cápita que se proveen a estadounidenses aumentó de 10.1 en 1999 a 12.6 en 2009.

A medida que la cantidad de medicamentos aumenta, muchos pacientes tienen problemas para adherir a los regímenes de medicamentos.

Las consecuencias de baja o no adherencia a los tratamientos pueden ser graves, con complicaciones médicas, aumento de los costos sanitarios e incluso la muerte.

Una atención más intensiva que los farmacéuticos pueden proveer incluye el manejo del tratamiento farmacológico (medication therapy management –MTM), promoción de la salud, servicios de prevención de enfermedades y atención primaria. Los servicios de manejo del tratamiento farmacológico están destinados a mejorar los resultados terapéuticos de los medicamentos para pacientes individuales e incluyen los siguientes componentes:

- La realización u obtención de las evaluaciones necesarias del estado de salud del paciente.
- Formular un plan de tratamiento farmacológico
- Seleccionar, iniciar, modificar o administrar terapia farmacológica
- Monitorear y evaluar la respuesta del paciente a la terapia, incluyendo seguridad y efectividad.
- Realizar una revisión exhaustiva de la medicación para identificar, resolver prevenir problemas relacionados a los medicamentos, incluyendo eventos adversos.
- Documentar la atención administrada y comunicar información esencial a los demás profesionales de la salud que atienden al paciente.
- Proveer educación sanitaria y entrenamiento para mejorar la comprensión del paciente y el uso correcto de los medicamentos.
- Proveer información y recursos terapéuticos para mejorar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos.
- Coordinar e integrar servicios para el manejo del tratamiento



farmacológico dentro de todos los servicios de salud que se le proveen al paciente.

Un estudio retrospectivo de un programa de manejo de tratamiento farmacológico en Carolina del Norte sugiere que los servicios pueden mejorar los resultados y reducir los costos, pero actualmente existe poca información disponible para realizar un análisis. Además, la gran variedad de programas de manejo de tratamientos farmacológicos dificulta generalizar resultados de programas individuales.

Un metaanálisis realizado en 2010 revisó 298 evaluaciones de provisión de farmacéuticos de algún nivel de intervención directa como manejo de tratamientos farmacológicos, manejo de enfermedades o educación. El análisis demostró que los farmacéuticos disminuyeron el riesgo asociado con varios problemas de salud como colesterol LDL, presión sanguínea y eventos adversos de medicamentos. Además, una revisión de literatura de farmacéuticos participando en equipos multidisciplinarios muestra que una atención

más intensiva y directa de los pacientes crónicos por parte de farmacéuticos reduce los eventos adversos con medicamentos, errores de prescripción y disminuye costos.

Los farmacéuticos tienen rol creciente como expertos en medicamentos en los equipos de profesionales de la salud. Ese rol puede incluir iniciar y modificar las terapias farmacológicas o realizar tests de laboratorio cuando los demás integrantes del equipo acuerdan que esos servicios son necesarios.

Los acuerdos de manejo colaborativo de las terapias farmacológicas incluyen guías o protocolos que autorizan a los farma-

Intervención del farmacéutico comunitario en casos de riesgo cardiovascular

De acuerdo a un estudio publicado en el Journal of the American College of Cardiology (JACC) el 21 de junio pasado, pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular se beneficiaron con la intervención del farmacéutico en el manejo del tratamiento farmacológico.

El estudio "La efectividad de las intervenciones del farmacéutico en el riesgo cardiovascular", desarrollado en el marco del Proyecto Alberta Vascular Risk Reduction Community Pharmacy, examinó 723 pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular en 56 farmacias comunitarias. La mitad de los participantes reclutados por los farmacéuticos recibieron, además de la atención tradicional, el servicio de manejo del tratamiento farmacológico (MTF). Luego de tres meses de la intervención del farmacéutico, los participantes que recibieron MTF tuvieron un 21% de disminución en el riesgo de eventos cardiovasculares comparado con los pacientes que no recibieron ese servicio.

El grupo de intervención tuvo mejoras en los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (-0,2 mmol / l; p <0,001), la presión arterial sistólica (-9,37 mmHg; p <0,001), la hemoglobina glicosilada (-0,92%; p <0,001), y cesación tabáquica (20,2%; p = 0,002).

Los pacientes que fueron monitoreados por los farmacéuticos también redujeron su riesgo futuro de enfermedad cardíaca en un 5 por ciento desde el inicio del estudio hasta su finalización.

Los autores del estudio concluyeron que es necesario un mayor alcance de la práctica de los farmacéuticos para reducir los problemas de salud pública relacionados con detección oportuna y control de los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiovascular como la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y el tabaquismo.

Artículo publicado en: <https://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=2511242>

PRODUCTOS DESTACADOS

NONLIPID®
Rosuvastatina 10 mg



DENVERPROST®
Tamsulosina
Clorhidrato 0.4 mg



DOLO Flogident®
Glucosamina Sulfato
Meloxicam



ALIVIAFLEB®
Fracción Flavonoide
purificada micronizada



DENCILOX®
Cilostazol 100 mg



LIPOSTOP®
Atorvastatina 10 y 20 mg



**Laboratorios
DENVER FARMA**



Medicamentos para confiar

Consulta Farmacéutica en la Argentina



Por la Dra. Laura Raccagni,
Coordinadora del Observatorio
Salud Medicamentos y Sociedad
COFA

La tendencia mundial hacia la aplicación de servicios farmacéuticos ampliados todavía no llegó a la Argentina, por lo menos no es una práctica común en las farmacias comunitarias. Sin embargo, de acuerdo a los resultados del Estudio Consulta Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria, desarrollado por el Observatorio Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA y coordinado por el Dr. Carlos Gurisatti en el año 2013, los farmacéuticos argentinos atienden 4 millones de consultas por mes a pedido de los pacientes, y muchas más que surgen de la propia dispensa. El 80% de esas consultas las resuelve el mismo profesional, lo que significan 166 mil horas de asesoramiento a los pacientes, una contribución que en la actualidad no es reconocida por el sistema sanitario argentino.

céuticos a iniciar, modificar o continuar tratamientos para un paciente específico.

Minnesota: Manejo de tratamiento farmacológico a través de Medicaid y cobertura de salud de empleados estatales

En 2005, Minnesota comenzó a brindar cobertura de servicios farmacéuticos de manejo de tratamiento farmacológico a través de Medicaid y del plan de salud para empleados estatales.

Los servicios inicialmente se limitaban a pacientes que recibían cuatro o más medicamentos para tratar dos o más patologías crónicas o pacientes que habían recibido una autorización por haberse detectado un problema relacionado a un medicamento y se consideraba probable que eso derivara en un importante costo médico.

Una evaluación realizada en 2007 sobre el primer año de este servicio revisó el trabajo de 34 farmacéuticos con 259 pacientes. Los resultados indicaron que los farmacéuticos identificaron y resolvieron 587 problemas con los tratamientos que incluían tratamientos innecesarios, la necesidad de medicamentos adicionales, la revisión de la indicación por dosis demasiado altas o demasiado bajas y no adherencia. Pacientes que tenían diabetes y estaban recibiendo los servicios de revisión del tratamiento farmacológico tenían más probabilidades de lograr los estándares en los resultados del tratamiento de diabetes (36% alcanzaron el estándar, comparado a solo 6% en todo el estado). También el estado logró ahorros moderados.

Desde 2007, el programa Medicaid expandió la cobertura para incluir la revisión de la medicación a domicilio e interactiva por internet (video).

También se extendió para incluir a pacientes que toman tres o

más medicamentos para tratar o prevenir una o más enfermedades crónicas.

En 2010 el programa Ryan White (de VIH) comenzó a retribuir en Minnesota a los farmacéuticos por los servicios utilizando la misma estructura general del programa Medicaid.

Para construir sobre el éxito del programa y lograr mayores ahorros, en 2013 el estado expandió esta iniciativa a pacientes diabéticos incluidos en el plan de cobertura de empleados estatales en colaboración con la Escuela de Farmacia de la Universidad de Minnesota.

Como incentivo para que los pacientes participen, no se les cobra copagos y a los pacientes que completan el programa reciben un depósito de 250 dólares en su cuenta de reembolso de salud.

También Mississippi y Ohio aplican estos servicios de retribución por manejo de tratamientos farmacológicos.

No obstante, según un relevamiento realizado en 2007, el 45% de los farmacéuticos comunitarios en Estados Unidos reportaron haber brindado atención a los pacientes sin haber recibido ninguna compensación por sus servicios. A la vez los programas Medicaid y Medicare en algunos capítulos específicos limitan la capacidad de los farmacéuticos en su práctica. Por ejemplo, como no los consideran proveedores, no pueden facturar en forma directa sus servicios. Y como muchos sistemas de cobertura copian el modelo de Medicaid y Medicare, tampoco consideran al farmacéutico un proveedor de servicios de salud. Pero la situación de los servicios farmacéuticos dentro del programa Medicaid varía de estado en estado. Dentro de los 15 estados en los que los farmacéuticos reciben compensación, los servicios más comúnmente reembolsados son: cesación tabáquica, consejo y otros servicios preventivos. A partir de febrero de 2014, nueve estados proveen compensación dentro de Medicaid para servicios de manejo de tratamientos farmacológicos: Colorado, Iowa, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nuevo México, Oregon, Texas y Wisconsin. Ohio brinda reembolso en forma indirecta a través de una mandataria.

Kentucky, Maryland, Minnesota, Dakota del Norte y Virginia proveen compensación por los servicios a través de sus programas de salud de empleados estatales.

Conclusión:

La integración de farmacéuticos en modelos basados en equipos de atención puede potencialmente llevar a mejorar los resultados sanitarios. Para llegar a esa perspectiva, los estados deben considerar comprometerse en esfuerzos coordinados para enfrentar los desafíos que enfrentan los farmacéuticos: las restricciones, el reconocimiento de los farmacéuticos como proveedores de atención sanitaria para asegurar su compensación por la atención de pacientes y el acceso a las bases de datos on line como las historias clínicas de los pacientes. Examinar los desafíos de cada uno de los estados y las prometedoras experiencias de otros estados va a permitir desarrollar políticas que permitan a los farmacéuticos ejercer con toda la capacidad y amplitud que les permite su entrenamiento profesional.

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias
puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar
o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar

Abuso de loperamida y riesgo de arritmia fatal

Los efectos de la loperamida en el sistema nervioso central no se observan cuando se toma en las dosis recomendadas por su baja biodisponibilidad y mínima penetración en el SNC. Sin embargo, esos efectos ocurren luego de una dosis oral supratrapéutica.

El uso de la loperamida oral fue aumentando entre pacientes con adicción a las drogas y se reportaron casos de arritmia ventricular y propagación de la duración del QTS y del intervalo QT luego de una sobredosis de este medicamento.

Un reciente artículo escrito por investigadores del Upstate Poison Control Center en Albany, Nueva York, describe dos casos de sobredosis fatal con loperamida. En ambos casos, el manejo incluyó la RCP manual, naloxona, y soporte vital cardíaco avanzado estándar (ACLS) pero los pacientes fueron declarados muertos a su llegada al servicio de urgencias.

Uno de los pacientes tenía 24 años y el otro 39. Ambos tenían historial de dependencia a opioides.

Se ha demostrado que la loperamida inhibe in vitro los canales de sodio cardíacos y la prolongación de QRS en la configuración de sobredosis sugiere que esta interacción también se produce in vivo. La loperamida también inhibe los canales de potasio del tipo rectificador retardado-in vitro.

Es esperable que ambos efectos causen cardiotoxicidad en el ajuste de dosis supratrapéutica.

El bajo costo y la alta disponibilidad de la loperamida y su estatus legal como OTC en Estados Unidos derivó en los casos de abuso por parte de pacientes adictos como sustituto de los opioides. El abuso de loperamida está siendo cada vez más común porque la disponibilidad de opioides está siendo limitada por cambios en la legislación y regulaciones.

Los usuarios de drogas recreativas con

frecuencia discuten en foros online cómo utilizar la loperamida para tratar la abstinencia de opiáceos. Investigadores señalaron que una revisión reciente de los contenidos generados por los usuarios en relación con el abuso de loperamida de una sola página web demostró un aumento de casi el 600% de los "posts" entre 2009 y 2011. Por su parte, los datos de Google Trends han demostrado un interés creciente en los términos "loperamida" y "loperamida high" desde 2010.

Los revisores reportaron que sus resultados son consistentes con los datos

sodio. Isoproterenol IV, estimulación transcutánea y estimulación transvenosa se han descrito para gestionar la prolongación del intervalo QTc en el contexto de sobredosis aguda.

Es imperativo para los farmacéuticos de hospital reconocer este fenómeno emergente y averiguar acerca de la posibilidad de abuso de loperamida en casos de pacientes que se presentan con síncope de origen desconocido o prolongación de los intervalos QRS o QTc. Para los farmacéuticos comunitarios, estar atentos a las compras de cantidades excesivas de loperamida.



generados por el Centro Nacional de Venenos (National Poison Center), que demuestra un incremento del 71% en las llamadas relacionadas con las exposiciones intencionales a loperamida entre 2011 y 2014.

RCP y ACLS deben considerarse el tratamiento de primera línea para el paro cardiorrespiratorio causado por sobredosis de loperamida. En modelos animales y humanos los datos sugieren que la naloxona sería una intervención razonable en pacientes con depresión respiratoria o paro después del abuso de loperamida.

Arritmias ventriculares como la taquicardia ventricular polimórfica han sido tratadas con éxito con sulfato de magnesio intravenoso y bicarbonato de

Los investigadores consideran que las ventas de loperamida deben restringirse en la misma forma que la mayoría de los estados restringen la pseudoefedrina: disponibles sin receta médica, pero sólo en dosis limitadas, y siempre en los mostradores de farmacia.

Reference

Eggleston W, Clark KH, Marraffa JM. Loperamide abuse associated with cardiac dysrhythmia and death. *Ann Emerg Med.* 2016 Apr 26. pii: S0196-0644(16)30052-X. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.03.047. [Epub ahead of print]

Fuente: *Pharmacy Times*

El farmacéutico frente a la epidemia de dengue



Tres estudiantes miembros de la Asociación de Estudiantes de Farmacia de la República Argentina (AEFRA) dan su visión acerca del rol social del farmacéutico frente a la epidemia de dengue y los casos de chikungunya y zika que afectaron a la Argentina en los primeros meses del año.

El mapa de la epidemia

Desde el 3 de enero hasta el 11 de junio se notificaron 74.368 casos con sospecha de dengue (incluyendo probables, confirmados, descartados y en estudio). De ellos, 39.657 corresponden a casos confirmados o probables autóctonos distribuidos en 15 jurisdicciones del país, mientras que 2.595 corresponden a casos confirmados y probables importados, distribuidos en 23 provincias. Se descartaron 17.373 casos y permanecen en estudio 14.7434.

Se registraron brotes de dengue con transmisión sostenida en las provincias de Buenos Aires, CABA, Córdoba, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

En las primeras 22 semanas de 2016, según el Ministerio de Salud de la Nación, los casos acumulados superan en un 47,29% a los registrados durante la epidemia de 2009 para el mismo período.

En cuanto a Fiebre Chikungunya, hasta la Semana Epidemiológica 22 (SE) fueron estudiados 3.113 casos. En la SE8 de 2016 se confirmó por primera vez circulación autóctona de virus Chikungunya en la Argentina, en las provincias de Salta y Jujuy. Se notificaron 138 casos confirmados autóctonos (129 en Salta y 9 en Jujuy) y 74 casos confirmados importados en CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, Santa Fe, Mendoza, Salta, Neuquén y Río Negro.

En relación con la infección por virus Zika se registró el primer brote de transmisión vectorial de la enfermedad en territorio argentino. En la SE18 fueron notificados 2 casos confirmados residentes en la ciudad de San Miguel de Tucumán. Actualmente (SE22), el total de casos con pruebas positivas de laboratorio para Zika residentes en esa provincia asciende a 26 (20 confirmados y 6 probables), 25 de ellos en San Miguel de Tucumán y uno en Banda del Río Salí.

Ailén Natalí Rodríguez, 24 años, estudiante de la carrera de Farmacia de la Universidad Nacional del Chaco Austral-Chaco.

“Es importante que la sociedad sepa que el farmacéutico puede y debe intervenir y colaborar para prevenir y ayudar a sobrellevar la situación crítica. Personalmente creo que debe haber un mayor compromiso por parte de la profesión, el farmacéutico no solo debe aconsejar al paciente acerca de cuáles son los productos más adecuados y las precauciones, síntomas de la enfermedad y qué cuidados tener ante ellos, medidas preventivas y de profilaxis (no dejar que se acumule agua, uso de mosquiteros y repelentes, etc.) que por diversas circunstancias muchas veces no son tomadas en cuenta; sino que también debe promocionar la salud y concientizar a la población a través de su participación activa en campañas. Creo que uno de los grandes problemas de estas epidemias es la falta de prevención por parte de la comunidad y es ahí donde el farmacéutico puede y debe intervenir de manera de que la población entienda el riesgo al que estamos expuestos y que hay medidas que se pueden tomar para prevenirlo”.



Emilia Contreras, 29 años, Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR), La Rioja Capital.

“Para mí el rol del farmacéutico es elemental en una situación como una epidemia, porque, es quien conoce exactamente qué medicamento y en qué dosis y tiempo debe tomarlo el paciente, pero sobre todo, su importancia está antes del diagnóstico. Habrá quienes concurren y quienes no concurren al médico ante los síntomas. Si hay una alerta de epidemia, en el caso óptimo el paciente consultará y el médico en conjunto procederá con el farmacéutico hospitalario. Pero en muchos casos, lo primero que hace alguien que se siente mal, es automedicarse. Por ello, reforzar la farmacia comunitaria y la educación para la salud me parece importante”.



IV Congreso Argentino de Estudiantes de Farmacia

El Congreso Argentino de Estudiantes de Farmacia se desarrolla anualmente en las diferentes provincias de nuestro país. Este año se realizará los días 6,7 y 8 de octubre en La Rioja con estudiantes de todas las regiones y grandes exponentes del campo científico. El lema del evento es "Ampliando la Visión del Rol Farmacéutico en el Ámbito de la Salud."



Quienes estén interesados en participar pueden comunicarse a través de:

Email: aefralarioja@live.com

Facebook: AEFRA La Rioja

Twitter: @AEFRALR

Ana Gabriela Coloma Peralta, 24 años, Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR)



"El papel fundamental como farmacéutico es estar atento y velar por una promoción y prevención responsable de la enfermedad, informando sobre lo que sí es útil y sobre lo que no es. Las informaciones visuales expresadas en los establecimientos son las mejores para concientizar, ya que pueden ser entendidas tanto por adultos como por niños. En las regiones más húmedas de

nuestro país, con precipitaciones frecuentes, se deben maximizar las medidas preventivas y la farmacia debe ser un sitio de puesta en alerta ante un paciente sospechoso de un caso de dengue u otra enfermedad".

@ Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar

STUDENTS & YOUNG PHARMACISTS' PACKAGE



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
28 August - 1 September

Estudiantes en el Congreso Mundial de Farmacia

AEFRA está trabajando en la organización del "Students & Young Pharmacists Package" (S&YPP) para que los estudiantes miembros de la International Pharmaceutical Students' Federation (IPSF) puedan participar del 76° Congreso Mundial de la FIP que se realizará del 28 de agosto al 1° de septiembre en Buenos Aires.

Pueden encontrar toda la información acerca del S&YPP en:

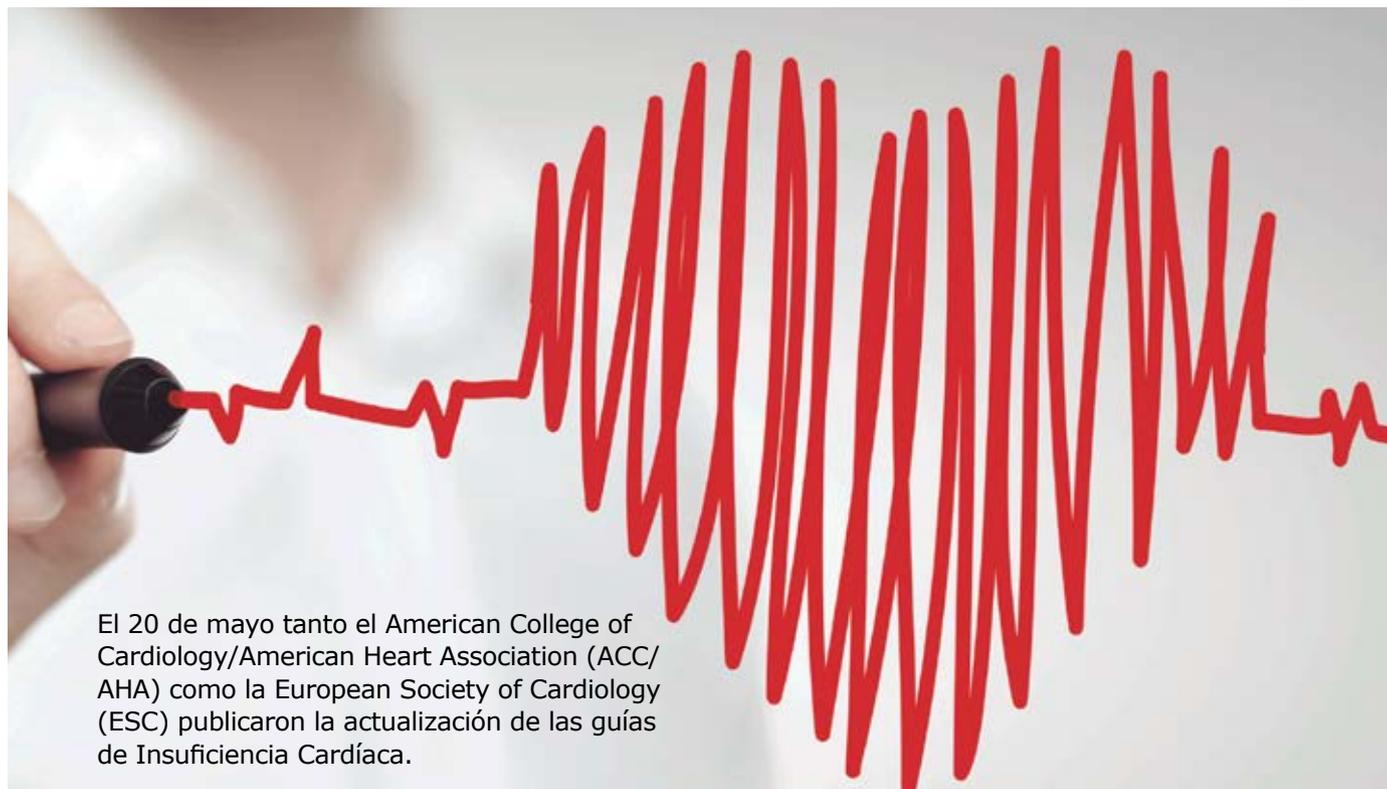
<https://www.facebook.com/StudentYoungPharmacistPackFIPWC2016/>

Website:

<http://cpaefra.wix.com/syppackage-fipwc2016>

Estados Unidos y Europa publican nuevas guías de insuficiencia cardíaca:

Lo que deben saber los farmacéuticos



La actualización de las guías de la ACC/AHA se focaliza en dos nuevos tratamientos farmacológicos para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y una fracción de eyección reducida ⁽¹⁾, mientras que la directriz de la ESC es una visión mucho más amplia de la gestión tanto de la IC aguda como crónica ⁽²⁾.

Sacubitril/valsartan recibe la recomendación de Clase I sobre los Inhibidores de la ECA y los Bloqueadores de Receptores de Angiotensina ^(1,2)

La combinación de sacubitril/valsartan, un receptor de la angiotensina / inhibidor de la neprilisina (RAIN), demostró una mayor reducción tanto en la mortalidad como en la hospitalización por IC comparada con enalapril, un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA). Estos resultados son bastante sorprendentes, ya que los inhibidores de la ECA han sido la piedra angular del tratamiento farmacológico de la IC durante más de dos décadas.

A la luz de estos datos positivos, el ACC / AHA recomienda el uso de esa combinación en pacientes con IC crónica sintomática con una fracción de eyección reducida (NYHA clase II o III) que toleran un inhibidor de la ECA o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARB) con el fin de reducir aún más la morbilidad y mortalidad (clase I, nivel de evidencia B).

Las guías europeas proporcionan un apoyo más discreto a esa

terapia, recomendando que sólo debe utilizarse en pacientes que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento óptimo con un inhibidor de la ECA o ARB en combinación con un beta-bloqueante y un antagonista del receptor de mineralocorticoides (por ejemplo, espironolactona) (Clase I, nivel de evidencia B).

Aunque la reducción en la morbilidad y mortalidad con la terapia RAIN es importante, la droga tiene potenciales limitaciones: Las tasas de hipotensión sintomática son mayores que con la monoterapia con inhibidores de la ECA. Los pacientes necesitan un control de la presión arterial al iniciar o valorar la terapia RAIN.

El número de pacientes de ascendencia africana era muy pequeña en el ensayo clínico pivotal, por lo tanto, no se conocen los beneficios en este grupo de pacientes.

No existen datos de seguridad a largo plazo y teóricamente hay toxicidad asociada a la inhibición de neprilisina en este plazo. Por ejemplo, la neprilisina afecta la degradación del péptido beta-amiloide en el cerebro, lo cual teóricamente podría acelerar la deposición de amiloide (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer). Sin embargo, un reciente estudio de 14 días, con sujetos sanos mostró elevación de la proteína beta-amiloide en la forma solubles en lugar de la forma agregable, que, de confirmarse durante períodos de tiempo más prolongados en

NUEVO

Tukol Forte EL EXPULSADOR DE FLEMAS



Envase conteniendo 150 ml

con Hedera Helix

pacientes con IC, podría indicar la seguridad cerebral de la terapia RAIN.

La terapia RAIN no puede combinarse con un inhibidor de la ECA, y se requiere un período de lavado (wash-out) de 36 horas entre estas dos terapias para minimizar el potencial peligro de vida por angioedema. Esto representa una enorme oportunidad para los farmacéuticos de intervenir y ayudar a prevenir un error de medicación potencialmente gravísimo.

Todos los pacientes en los ensayos clínicos fueron capaces de tolerar altas dosis de terapia con inhibidores de la ECA, por lo que es necesario tener precaución y vigilancia estrecha cuando se inicia la terapia RAIN en pacientes que no han estado previamente en tratamiento con un IECA o ARB.

Pacientes con IC severa (por ejemplo NYHA clase 4) no estuvieron bien representados en el ensayo clínico con terapia RAIN, o sea que el uso en esos pacientes no puede ser aceptado en este momento.

El costo de este medicamento es significativamente mayor que la terapia con un inhibidor de la ECA.

Los farmacéuticos pueden tener un rol fundamental en el monitoreo de los tratamientos, controlando la posibilidad de hipotensión o angioedema durante la fase de transición. También asegurando que los pacientes nunca tomen un inhibidor de la ECA concomitantemente con la terapia RAIN.

Ivabradina recibe recomendación clase II para uso con betabloqueante (1,2)

La ivabradina inhibe de forma selectiva la corriente If en las células del nodo sinusal, lo que ralentiza el ritmo cardíaco sin afectar la presión arterial o la función cardíaca (por ejemplo, inotropismo). Esto distingue a la ivabradina de otras terapias como los betabloqueantes, los cuales poseen agentes inotrópicos negativos, que pueden disminuir la presión arterial, y exacerbar los síntomas de IC.

La ivabradina se estudió frente a placebo en un ensayo a gran escala, aleatorizado de pacientes con una tasa de > 70 lpm cardíaca en reposo a pesar del tratamiento óptimo con un inhibidor de la ECA o ARB, un betabloqueante, y un antagonista del receptor de mineralocorticoides. La adición de ivabradina no redujo la mortalidad, pero disminuyó el número de hospitalizaciones por IC.

Por lo tanto, la ACC / AHA sostiene que la ivabradina puede ser beneficiosa para reducir la hospitalización por IC en los pacientes con estenosis sintomática (NYHA clase II-III), IC crónica estable, con una fracción de eyección reducida ($\leq 35\%$) que están recibiendo terapia máxima para IC, incluyendo un betabloqueante en la dosis máxima tolerada, y que están en ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca de ≥ 70 latidos por minuto (lpm) en reposo (Clase IIa, nivel de evidencia B).

Las guías europeas proporcionan recomendaciones similares

para los pacientes bajo tratamiento con betabloqueantes en las dosis máximas toleradas (Clase IIa, nivel de evidencia B), pero también incluyen una disposición para pacientes que no puedan tolerar el tratamiento con betabloqueantes (clase IIa, nivel de evidencia C).

La Agencia Europea del Medicamento aprobó la ivabradina para su uso en Europa en los pacientes con IC y una fracción de eyección reducida que están en ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo de ≥ 75 lpm, basado en el dato de que este subgrupo tuvo mejores resultados que los que tienen una frecuencia cardíaca > 70 lpm.

La ivabradina es generalmente bien tolerada, siendo la bradicardia el efecto secundario más común de potencial gravedad. Los pacientes también pueden informar acerca de alteraciones visuales, pero deben ser informados de que éste es un efecto secundario normal del medicamento.

Al igual que sacubitril/valsartán, la ivabradina es un medicamento relativamente caro y puede ser un costo prohibitivo en pacientes con altos copagos o en quienes no tienen cobertura de medicamentos.

Este medicamento podría ser una terapia razonable para los pacientes que no pueden tolerar cualquier tratamiento con betabloqueantes, ya que estos pacientes son propensos al alto riesgo de la carga de enfermedad residual (por ejemplo, hospitalizaciones repetidas). Es importante tener en cuenta que los pacientes con frecuencia cardíaca basal baja o aquellos con fibrilación auricular no

son candidatos apropiados para el tratamiento con ivabradina. Estos nuevos tratamientos para la IC requieren del control del farmacéutico para evitar efectos adversos y errores.



Referencia Bibliográfica:

1. 2016 ACC/AHA/HFSA focused update on new pharmacological therapy for heart failure: an update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. J Am Coll Cardiol. 2016 (epub ahead of print)
2. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 20 May 2016 (epub ahead of print) doi:10.1093/eurheartj/ehw128.

Fuente: **Pharmacy Times/ Douglas Jennings, PharmD, FCCP, FAHA**

Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar

Un sistema que permite aumentar su **RENTABILIDAD**
en **3** simples pasos.



1

Registramos a la farmacia en el portal de Disprofarmacias

2

La farmacia solicita un transfer de los productos de su interés

3

Se entrega el transfer a través de la droguería seleccionada por la farmacia

FDA: Uso de metformina en la insuficiencia renal

La metformina fue aprobada por la FDA en 1994 para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Desde su aprobación, el etiquetado ha advertido acerca de una contraindicación en el caso de que la creatinina sérica esté elevada ($> 1,5$ mg / dl para los hombres, $> 1,4$ mg / dl para mujeres) debido a un riesgo de acidosis láctica secundaria a la acumulación de metformina.⁽¹⁾ Otros factores de riesgo para acidosis láctica incluyen la exposición a tintura de contraste dentro de las 48 horas, la ingesta crónica o excesiva de alcohol, deshidratación, sepsis, insuficiencia cardíaca congestiva aguda, y la edad.

Esta contraindicación absoluta se basa en ensayos clínicos de una antigua biguanida llamada fenformina, que mostró un mayor riesgo de acidosis láctica asociado con una mortalidad significativa y, posteriormente, fue retirada del mercado en 1977.⁽²⁾ Aunque la fenformina ya no se comercializa en los Estados Unidos, está todavía disponible en mercados de Europa y Sudamérica.

En particular, la incidencia de acidosis láctica asociada a la metformina es solo de 0,03 casos por cada 1.000 pacientes-año.

La FDA revisó varios estudios para determinar si los pacientes con insuficiencia renal leve a moderada podrían continuar con metformina en forma segura para manejar su diabetes tipo 2. Uno de los ensayos más grandes revisados fue un estudio observacional de 51.675 pacientes con diabetes tipo 2 para determinar el efecto de la metformina en los resultados primarios de enfermedad cardiovascular (ECV), todas las causas de mortalidad, acidosis o infecciones graves con diversos grados de función renal.⁽³⁾

Con base en los análisis de subgrupos de pacientes con diferentes grados de insuficiencia renal, los investigadores determinaron que los pacientes con una tasa de filtración glomerular estimada en > 45 ml / min / m² no mostraron mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, mortalidad por cualquier causa, acidosis o infección grave y en realidad mostró un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y acidosis o infección. Los autores incluyeron pocos pacientes con una tasa de filtración glomerular estimada de entre 30 ml / min / m² y 45 ml / min / m² y no hicieron ningún comentario sobre la seguridad o eficacia del medicamento en este subgrupo.

Las recomendaciones de dosis sugeridas por la FDA apuntan a la tasa de filtración glomerular estimada como una representación más exacta de la condición renal que un único biomarcador como la creatinina sérica. Las nuevas recomendaciones son las siguientes:

Los pacientes con una tasa de filtración glomerular estimada ≥ 60 ml / min / 1,73 m² no requieren ajustes de dosis y pueden utilizar metformina de forma segura con seguimiento anual.

Los pacientes con una TFGe entre 45 ml / min / 1,73 m² y 60 ml / min / 1,73 m² pueden continuar el tratamiento pero requieren monitoreo de la función renal más frecuente, cada 3 a 6 meses.



Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada (TFGe entre 30 ml / min / 1,73 m² y 45 ml / min / 1,73 m²) no son candidatos para la iniciación de tratamiento con metformina, pero los pacientes que actualmente utilizan la medicación pueden continuar el tratamiento con cautela. La FDA sugiere evaluar la conveniencia de continuar con metformina en esta población de pacientes y considerar una reducción de la dosis del 50% con seguimiento de la función renal cada 3 meses.

La FDA sigue recomendando la contraindicación de este medicamento en la enfermedad renal avanzada (TFGe < 30 ml / min / 1,73m²).

Queda por ver si las recomendaciones de dosificación más específicas para la metformina serán investigadas en insuficiencia renal leve a moderada. 

Referencias

1. Glucophage (metformin) [prescribing information]. Princeton, NJ: Bristol-Myers Squibb; Jan 2009.
2. Sogame Y, Kitamura A, Yabuki M, Komuro S, Takano M. Transport of biguanides by human organic cation transporter OCT2. *Biomed. Pharmacother.* 2013;67: 425-430.
3. Ekström N, Schiöler L, Svensson AM, Eeg-Olofsson K, Miao Jonasson J, Zethelius B, et al. Effectiveness and safety of metformin in 51,675 patients with type 2 diabetes and different levels of renal function: a cohort study from the Swedish National Diabetes Register. *BMJ Open.* 2012;2.pii:e001076.

Fuente: **Pharmacy Times / Chris Tanski Doctor en Farmacia.**

 Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar

DICLOFENAC DIETILAMINO

Ud. está llevando un MEDICAMENTO que puede ser de VENTA LIBRE o de VENTA BAJO RECETA

El diclofenac dietilamino es un analgésico, antiinflamatorio y antirreumático de uso externo que está indicado para el alivio sintomático del dolor y la inflamación localizada. Este medicamento se aplica en las enfermedades musculoesqueléticas agudas localizadas como tendinitis, bursitis, tenosinovitis y esguinces. Se presenta en forma de gel.



Es importante tener en cuenta:

- ✓ No usar en caso de hipersensibilidad al diclofenac dietilamino.
- ✓ No usar en caso de hipersensibilidad a la aspirina u otros antiinflamatorios no esteroides.
- ✓ No debe ingerirse.
- ✓ No aplicar el gel sobre heridas abiertas, úlceras o quemaduras.
- ✓ Lavarse las manos después de haber aplicado el gel.
- ✓ No usar este medicamento en jóvenes y niños menores de 15 años.
- ✓ No usar este medicamento durante el período de embarazo o lactancia.

Dosis y administración:

Gel:

- **Adultos:** Extender el gel sobre la zona afectada, masajeando suavemente para que penetre en la piel. Se puede aplicar 3 a 4 veces al día.
- **Adultos mayores:** el uso del gel es igual que en el adulto.

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

Equipo propio de abogados y peritos especializados

Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios

Cobertura civil y penal en todo el territorio nacional para profesionales de la salud



ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CBA

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



AMM: Junín 1440. Tel/Fax: (5411) 4806-1011 | asociacion@medicos-municipales.org.ar | www.medicos-municipales.org.ar

SEGUROS MEDICOS: Viamonte 1674. Tel: (5411) 5811-3510 / 3918 / 3519 | info@segurosmedicos.com.ar | www.segurosmedicos.com.ar



www.ssn.gov.ar | 0800-666-8400 | N° de Inscripción SSN: 749



Advertencias y Precauciones:

- ✓ Se aconseja evitar el contacto del diclofenac dietilamino con la boca, ojos, mucosas, heridas o lesiones dérmicas.
- ✓ Se recomienda no cubrir la zona en la que se aplicó el gel.
- ✓ Se advierte que el diclofenac dietilamino puede producir, en personas sensibles, trastornos leves como prurito, enrojecimiento, erupción cutánea, escozor, dermatitis por contacto, que desaparecen espontáneamente o con la suspensión del tratamiento.
- ✓ Ante cualquier duda consulte a su médico y/o a su farmacéutico.
- ✓ Mantenga éste y cualquier medicamento fuera del alcance de los niños.
- ✓ Conserve este producto en lugar seco y al abrigo de la luz.

Ante una sobredosificación, concurra al hospital más cercano o comuníquese con:



- Hospital A. Posadas: (014) 4654-6648 / 4658-7777
- Centro de Asistencia Toxicológica La Plata – Tel: (0221) 451-5555



FARMACIA

SEGUINOS!



comunidad <

mesa de ayuda <

noticias <

material profesional <

tutoriales <

novedades <

consultas <



LERCADIP®

LERCANIDIPINA 10 - 20 mg

ÚNICO EN ARGENTINA

En Hipertensión Arterial, hace la diferencia.

6 RAZONES PARA PRESCRIBIR LERCADIP®

- Presenta eficacia antihipertensiva durante las 24hs.¹
- Posee mayor selectividad vascular en comparación con otros bloqueantes de los canales de calcio.²
- Mejora la función cognitiva.³
- Produce regresión de los cambios estructurales vasculares asociados a la HTA.⁴
- Disminuye la incidencia de edema a menos de la mitad en comparación con amlodipina.⁵
- Mejora la adherencia al tratamiento.⁶



Presentaciones

LERCADIP®
10 mg - 20 mg.

Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos.



pami 50%

1. Macchiarulo C y col. Antihypertensive effects of six calcium antagonists: evidence from Fourier analysis of 24-hour ambulatory blood pressure recordings, *Curr Ther Res* 2001; 62 (4) 236-253. 2. Bang LM y col. Lercanidipine : a review of its efficacy in the management of hypertension, *Drugs* 2003;63 (22):2449-72. 3. Tisaire-Sanchez J y col; Assessment of cognitive function in patients with essential hypertension treated with lercanidipine; *Vasc Health Risk Manag* 2006; 2 (4); 491-498. 4. Grassi Guido y Col.; Effects of long-term lercanidipine or hydrochlorothiazide administration on hypertension-related vascular structural changes; *Blood Pressure* 2006; (15) 5: 268-274. 5. Leonetti G y col; Tolerability of long-term treatment with lercanidipine versus amlodipine and lacidipine in elderly hypertensives, *Am J Hypertens* 2002 Nov; 15 (11) 1019-20. 6. Prandin MG y col; High Blood Press 2000; 9 Suppl. 1: S18-S19.



DISFRUTAR
TE HACE
BIEN



QUE EL MALESTAR
NO TE LO IMPIDA.



Antiespasmódico



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA