



Dr. José Julio Daniel Alvarado
Farmacéutico
Presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina

Recuperar al paciente: nuestro desafío

Solo podremos integrar una profesión prestigiosa y protagonista si recuperamos la atención integral del paciente. Él es la razón de la farmacia y del farmacéutico.

Desde la Confederación Farmacéutica iniciamos acciones tendientes a lograr este objetivo: la educación continua del farmacéutico, el desarrollo y la aplicación de Buenas Prácticas de ejercicio profesional, y la provisión de información al paciente sobre medicamentos y demás productos farmacéuticos, son algunos ejemplos.

En este último sentido, es cada vez mayor el espacio destinado en nuestra revista a la información al paciente, preparada en forma clara y sintética para que el farmacéutico solo tenga que entregarla, agregándole previamente, claro está, el sello de la farmacia para fidelizar al destinatario.

En este número desarrollamos los diez pasos esenciales que componen una visita a la farmacia, para que el usuario obtenga el máxi-

mo beneficio terapéutico y económico de sus medicamentos. Se destacan los aspectos de: preguntar por el profesional, completar el tratamiento y prevenir los efectos adversos.

Aquí encontrará también: las conclusiones de las *VIII Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales*, la última parte del Consenso español de atención farmacéutica, e información actualizada de las provincias de Mendoza, San Juan, Buenos Aires y Capital Federal.

Estimado farmacéutico argentino, le enviamos un afectuoso saludo en este 12 de octubre y lo felicitamos en su día.

Nos despedimos aquí, ya que, como suele decirse, "las palabras son de poco valor cuando lo que se necesitan son obras."

Junta Ejecutiva

AUTORIDADES 2002-2004

Presidente

Dr. JOSE DANIEL ALVARADO (Buenos Aires)

Vicepresidente

Dr. MARCELO PERETTA (Capital Federal)

Secretario

Dr. RICARDO M. AIZCORBE (Mendoza)

Prosecretario

Dr. HUGO NICOLÁS TORRES (Salta)

Tesorero

Dr. SERGIO JOSE CORNEJO (San Juan)

Protesorero

Dr. ENRIQUE E. ROCA (Córdoba)

Vocales

Dr. OSCAR R. OVIEDO (Capital Federal)

Dr. MIGUEL ANGEL RUSSO (Chubut)

Dr. ALBERTO GEMINIANI (Córdoba)

Dr. EDUARDO ALEM (Entre Ríos)

Dra. MARIA DEL C. SILVA (Jujuy)

Dr. MIGUEL ANGEL OSIO (La Pampa)

Dra. SILVIA RITA MILANESIO (La Rioja)

Dr. JORGE JAKUBSON (Mendoza)

Dr. GABRIEL BERARDI (Misiones)

Dra. ALBIZUA TERESA (Neuquen)

Dr. RICARDO CORIA (San Juan)

Dra. MARIANA G. DE SALONIA (San Luis)

Dr. MANUEL AGOTEGARAY (Santa Fe)

Dra. SUSANA BEATRIZ LOPEZ (Rosario)

Revisores de Cuentas:

TITULARES

Dr. RICARDO PERIS (Corrientes)

Dr. RICARDO SASBON (Chaco)

Dr. CARLOS UZANDIVARAS (Jujuy)

SUPLENTE

Dr. EDUARDO LATTANZIO (Río Negro) †

COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia, C.G.P.:

Confederación General de Profesionales de la República Argentina,

FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana.



CONFEDERACIÓN
FARMACÉUTICA
ARGENTINA



● **Progresos con el uso de los medicamentos**

3

● España: la autoridad sanitaria pide a los farmacéuticos que no dispensen medicamentos de prescripción sin receta 6



● Problemas farmacoterapéuticos en adultos mayores 7

● Farmacéuticos contra el tabaco 11



● **ATENCIÓN FARMACÉUTICA ¿evolución o revolución?** 12

Primera parte

● Aprobaron cambios en la Ley de patentes 16

● Información al paciente: Piridoxina 17

● Ezetrol: Información para el farmacéutico 18

● Reflexiones 21

● **CAPACITACIÓN DE FARMACÉUTICOS en hipertensión arterial** 22



● **Credencial de uso Obligatorio** 25

● Norma para la acreditación de farmacias que deseen dispensar Clozapina 25

● La Farmacia en el mundo: Portugal 26

● LOS FARMACÉUTICOS y el precio de los medicamentos 30



● **DECÁLOGO DEL PACIENTE QUE VA A LA FARMACIA** 32

● El Ministro visitó COFA Servir a la sociedad 34

● El Gobierno quiere que los medicamentos de venta libre vuelvan a comercializarse sólo en farmacias 35

● Ficha Curso Farmacología y Farmacoterapia 36

● Buenos Aires: Nuevas autoridades 37

● San Juan: Renovación de autoridades 37

● Buenos Aires: La atención farmacéutica en la provincia 38

● Mendoza: farmacología pediátrica 40

● Desolador diagnóstico sobre el SIDA 43

● SIN GÓNDOLAS, VUELVEN CADENAS DE FARMACIAS 44

● Capital Federal: apoyo a los genéricos 44

● ROSUVASTATINA: nueva droga contra el colesterol 47

● CONSENSO SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA segunda parte 48

● LA EFC se puso en marcha 52

● Cooperativas hoy

● INTERÉS POR LA COMUNIDAD 54

● Conclusiones de las VIII Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales 58

● Boticomic 64



Año XIV- Nº 57
Setiembre - Octubre 2003

Director
Dr. Marcelo Peretta

Redacción
Dr. Carlos Izidore †
Dr. José Ruggieri

Consejo editorial
Prof. Dr. Alberto Boveris
Dr. René Cárdenas
Dr. Mario Castelli
Prof. Dr. Miguel Dáquino
Dr. Marcos Fuksman
Dr. Gilberto González
Prof. Dr. Néstor Iribarren
Prof. Dr. Norberto López
Por. Dr. Eloy Mandriile
Prof. Dra. Regina Wikinski
Dr. Hugo Robatta
Prof. Dr. Nicolás Jamarido

Corresponsales
Prof. Silvia Berajá (Capital Federal)
Dra. Ana Cecilia José (Jujuy)
Dra. María Victoria Cozzi (Rosario)
Per. Marcelo Soria (Córdoba)
Far. Rafael A. Storto (Buenos Aires)
Dra. Amalia Juri (Mendoza)

Dra. Alicia Caraballo (Santa Fe)
Dra. Irma Echeverría (Entre Ríos)

Colaboradores
Dr. Gustavo Dodera Martínez
Dr. Mario Castelli
Dra. Graciela Melito
Dra. Andrea Paura
Dr. Gustavo A. Fontana

Administración
Sra. Liliana Sosa
Dra. Carina Hornus

Diseño y fotocromía
raquel@estudiopigmentos.com.ar

Impresión
ADAGRAF

Humor
Kappel

Distribución
Montserrat Y Eclair

Propiedad Intelectual
Nº 255557

Tirada
15.000 ejemplares

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 de 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.

ISSN 0325-0318

P R I M E R A P A R T E

Progresos con el uso de los medicamentos

a través del acceso del farmacéutico a la información del paciente

Debido al aumento de pacientes que utilizan medicamentos, a la complejidad de las terapias aplicadas y al cambio y evolución permanente del sistema de atención de la salud, los farmacéuticos tienen mayores responsabilidades a fin de asegurar que sus pacientes reciban los beneficios esperados de sus medicamentos.

Si trabajan en forma directa con pacientes y médicos, los farmacéuticos podrán evaluar las terapias medicamentosas e introducir sugerencias y cambios para mejorar los resultados de los tratamientos. Sin duda, esta tendencia proseguirá puesto que el conocimiento obtenido a través del Proyecto del Genoma Humano profundiza nuestra comprensión de la patología de la enfermedad y permite un diagnóstico más rápido y específico como así también tratamientos más acertados.

A los efectos de hacer más efectivo su papel de administrador de la terapia medicamentosa, el farmacéutico debe tener acceso a información específica del paciente, incluyendo: el diagnóstico, los antecedentes patológicos y los medicamentos usados. Muchos pacientes aún no conocen el papel que desempeña el farmacéutico en éste área y, por ende, no comprenden la importancia de suministrarle al farmacéutico la información sobre su atención médica. Tampoco pueden comprenderlo otros profesionales de la salud o partes intervinientes en el proceso de prestación de salud, tales como médicos y terceros pagadores.

En el año 2001 se reunieron los re-

Sumario: *evaluar y debatir la importancia que tiene el acceso de los farmacéuticos a la información específica del paciente a fin de ofrecer una mejor atención farmacéutica. Origen de la información: artículos identificados mediante la búsqueda en MEDLINE y en los Extractos Farmacéuticos Internacionales utilizando las siguientes palabras claves: información, toma de decisiones y farmacéutico. Selección de los Estudios: se evaluaron artículos en el idioma inglés para su inclusión. Resumen: los farmacéuticos han demostrado su habilidad al afectar positivamente las respuestas del paciente a los medicamentos, incluyendo la reducción del riesgo del paciente de padecer efectos adversos relacionados con la medicación. Conclusión: los farmacéuticos, si se les permite un oportuno acceso a la información clínica del paciente, estarán en condiciones de reducir los riesgos del paciente de padecer problemas relacionados con medicamentos (PRMs) y mejorar la calidad de su atención.*

J Am Pharm Assoc, 2002;42:638-43.

presentantes de los organismos de defensa del consumidor, de la "American Pharmacists Association" (Asociación de Farmacéuticos de Norteamericana) y la Healthcare Distribution Management Association Healthcare Foundation (Fundación de Atención de Salud) con la subvención del "Institute for the Advancement of Community Pharmacy" (Instituto para promover el progreso de la farmacia comunitaria). El objetivo de esta reunión fue tratar temas vinculados con los problemas relacionados con el uso de los medicamentos. Se presentaron varios ejemplos acerca de la manera en que los farmacéuticos encontraron soluciones a estos problemas mediante el uso responsable de la información del paciente para mejorar la seguridad y efectividad de la farmacoterapia. Se hizo hincapié en la protección de la información del paciente que hace el farmacéutico.

Objetivos

Este presente documento tiene el propósito de describir y desarrollar la función del farmacéutico en el mejoramiento del uso de los medicamentos y los beneficios que resultan cuando se les permite a los farmacéuticos acceder a la información sanitaria específica del paciente. Se abordan los siguientes temas:

1. La creciente necesidad de los farmacéuticos de proveer una atención centrada en el paciente, y la manera en que la práctica conjunta mejora la calidad de la atención.



2. El tipo de información que los farmacéuticos necesitan para ser más efectivos en su ayuda a los pacientes.
3. La manera en que las demás organizaciones reconocen esta necesidad y el papel que desempeñan los farmacéuticos.
4. La protección de la información sanitaria del paciente.
5. La manera en que responden los pacientes ante los esfuerzos de los farmacéuticos.

1 Necesidad de los farmacéuticos de brindar una atención centrada en el paciente

En las últimas décadas se ha observado un significativo cambio en la atención sanitaria de la mayoría de los países. Años atrás, la estrategia más común para tratar una enfermedad era la internación en un hospital. En la actualidad, y principalmente a raíz de los adelantos tecnológicos que introducen medicamentos más potentes, la mayoría de las enfermedades que antes se trataban en los hospitales se tratan ahora mediante consultas externas y ambulatorias.

Varias tendencias afectan la profesión farmacéutica. En la actualidad, existen en el mercado más de 10.000 medicamentos que se expenden con prescripción médica. En 1960, solo existían unos 6501. Más importante aún es que con el mapeo del genoma humano completo, es probable que la biotecnología ayude a los médicos a tratar las enfermedades de una manera más puntual en las próximas 2 décadas y, en algunos casos, curarlas. Un gran número de productos medicamentosos se adaptarán a las necesidades individuales de cada paciente, requiriéndose una administración del tratamiento de manera más vigilada para obtener los resultados esperados. Además, la población está envejeciendo, de manera que una creciente proporción de la misma dependerá, cada vez más, de los medicamentos a fin de tratar sus enfermedades.

Mientras que el uso adecuado de los medicamentos de prescripción médica contribuye a la reducción global de los costos sanitarios, el costo anual de

los problemas relacionados con medicamentos (PRMs), tales como reacciones adversas o incumplimiento de tratamientos se estima actualmente, solo en los EE.UU., en más de U\$ 17.000 millones de dólares.² En la Argentina, el costo se estima en el 10% de esa cifra. Basados en los cálculos realizados en 1995³, los farmacéuticos podrían llegar a reducir estos costos en un 40%, es decir a \$ 106.000 millones- si se implementaran masivamente los servicios profesionales orientados al paciente que están en condiciones de brindar. Esta oportunidad llega en un momento en el que el público tiene grandes expectativas relacionadas con la seguridad y el expendio de los medicamentos recetados, como así también con la calidad de la atención que recibe cada paciente.⁴

De hecho, los farmacéuticos están bien posicionados para asumir una responsabilidad mayor en la administración de los tratamientos farmacoterapéuticos. En la actualidad, la atención al paciente y los tratamientos personalizados son el eje central del plan de estudios del farmacéutico (principalmente en los EE.UU) y éstos temas se tornan cada vez más importantes en todos los ámbitos de la práctica farmacéutica. Los farmacéuticos son profesionales que cuentan con un alto grado de capacitación e invierten, como mínimo, 5 años de estudios para obtener el título de farmacéutico y 6 o más para el de doctor en farmacia. Los farmacéuticos estudian fisiología, biología, química, elaboración de los medicamentos, modo en que afectan al cuerpo y formas de eliminación. Los farmacéuticos reciben más educación y capacitación que los demás profesionales de la salud en cuanto a la acción de los medicamentos, incluyendo las interacciones y efectos adversos, convirtiéndose en expertos en medicamentos.

Los farmacéuticos son legalmente responsables por la correcta dispensación de los medicamentos; asimismo, como miembros del equipo de atención de la salud, tienen el desafío adicional de educar, controlar y atender a los pacientes. La accesibilidad de las farmacias comunitarias las convierten en una extensión lógica de la infraestructura de atención primaria de la salud, particularmente en zonas rurales y marginales.



Como los farmacéuticos asumen papeles clínicos cada vez más amplios, es sumamente importante que se les permita acceder a la información sanitaria de cada paciente para que puedan mejorar los resultados del uso de los medicamentos.

Uso de la medicación

Los costos anuales de la morbilidad relacionados con los medicamentos se estimaron en U\$ 17.000 millones de dólares anuales.³ Los ejemplos de estos problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) incluyen:

- Dosificación inferior a la necesaria o sobredosificación en la administración de un medicamento.
- Error al tomar una medicación prescrita, o al dispensar o repetir una prescripción.
- Reacciones adversas al medicamento o efectos adversos.
- Interacciones Droga-Droga y/o droga-alimento.
- Administración de la medicación sin indicación.
- Selección inadecuada de medicamentos.
- Enfermedades no tratadas.

Los costos de morbilidad relacionados con el uso de los medicamentos son similares a los del tratamiento de la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, por lo que Johnson y Bootman³ concluyeron que los PRMs deben considerarse como una importante categoría de enfermedad.

En el año 1999, el Instituto de Medicina (IOM) publicó: *Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro*. Este informe hace un llamado de atención respecto de los 98.000 norteamericanos que podrían morir cada año como consecuencia de errores médicos. Se estima que 7000 de estas muertes se debieron únicamente a errores en la medicación.⁵



Un estudio citado en el informe indica que los efectos adversos prevenibles de los medicamentos dan como resultado un aumento de los costos hospitalarios por internación que llegarían anualmente a los U\$4.700 millones sólo en los EE.UU., lo que produciría un costo por PRMs de U\$2.000 millones anuales en ese país.⁶

Las desgracias por medicación pueden ocurrir en cualquier etapa del sistema de salud, desde la prescripción hasta la dispensación, la administración y el uso por parte del propio paciente (automedicación). Pero existe una sola verdad, y es que se pueden prevenir muchos PRMs, y los farmacéuticos pueden asumir roles activos para asegurar un mejor uso de los medicamentos a medida que los pacientes transiten las distintas etapas del sistema de atención de la salud.

El informe del Instituto de Medicina (IOM) reconoce específicamente el valor de los farmacéuticos en sus esfuerzos por aumentar la seguridad del paciente, destacando la importancia de la información que avale las decisiones que se tomen respecto del uso de los medicamentos. El informe establece lo siguiente: "Debido a la inmensa variedad y complejidad de los medicamentos disponibles en la actualidad, resulta imposible que los médicos y las enfermeras posean toda la información actualizada acerca de los requerimientos para el uso de un medicamento seguro. El farmacéutico se ha convertido en un recurso esencial, de manera que en todo momento se debe tener libre acceso a sus conocimientos especializados."⁴

Soluciones a través de servicios asistenciales al paciente

Los farmacéuticos ayudan a construir modelos interdisciplinarios de coopera-

ción, donde los miembros del equipo de salud trabajan unidos, junto a los pacientes, para tratar sus necesidades y mejorar su atención. Denominados de distintas maneras, como: atención centrada en el paciente, farmacia clínica, asistencia farmacéutica, atención del farmacéutico o atención farmacéutica, son modelos basados en el que fue propuesto primero por Charles Hepler y Linda Strand en el año 1908 por el que los farmacéuticos asumen un papel más amplio a fin de mejorar la respuesta de los pacientes a los tratamientos farmacoterapéuticos, y que, con frecuencia, trabajan bajo convenio de práctica conjunta con otros profesionales de la salud.

Treinta años de investigación demostraron que los farmacéuticos que administran la terapia farmacológica en forma activa pueden mejorar la respuesta del paciente. Como consecuencia de esto, en los Estados Unidos se permiten a los médicos y farmacéuticos celebrar acuerdos escritos voluntarios, o protocolos de práctica conjunta para administrar la terapia farmacológica. En nuestro país no existen impedimentos legales para realizar este tipo de "acuerdos de complementación profesional", pero sí mucha necesidad sanitaria de que se produzcan. Ya se han propuesto y aceptado documentos como "Relaciones de trabajo entre médicos y farmacéuticos en la farmacoterapia" que dan basamento a esta nueva y necesaria relación.

La profesión farmacéutica debe dar impulso a estos modelos conjuntos.

El criterio del ejercicio conjunto, donde pacientes, médicos y farmacéuticos trabajan unidos, en equipo, ofrece grandes beneficios:

- Suministrar a los pacientes toda información no disponible en otros centros de salud, para que ellos se hagan responsables del cuidado de su propia salud.
- Ahorrar dinero mediante la reducción de las visitas a los servicios de emergencia.
- Reducir las demoras en las que se incurrirán cuando se modifica la farmacoterapia.
- Mejorar el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos de parte del paciente.
- Prevenir los problemas relacionados con medicamentos mediante su temprana detección.

Cumpliendo este papel más amplio de atención farmacéutica, los farmacéuticos trabajan conjuntamente con los pacientes a fin de mejorar el tratamiento de las enfermedades. Las responsabilidades de los farmacéuticos consisten en la recolección de la información clínica del paciente y sus antecedentes de medicación, proveyendo servicios de atención primaria que pueden incluir: el control de los signos vitales (presión arterial, pulso, etc) o valores orientativos de laboratorio (glucemia, colesterol, etc). Seguidamente, harán las recomendaciones acerca de cómo implementar el tratamiento farmacológico prescripto por el médico y realizarán un seguimiento para evaluar sus resultados (farmacovigilancia). Con frecuencia, la atención farmacéutica incluye consejos no farmacológicos y estilo de vida según cada enfermedad (actividad física, tabaquismo, etc).

Mediante estas acciones, los farmacéuticos mejoran la atención del paciente al lograr que:

- Los pacientes aumenten el control de sus enfermedades.⁹⁻¹⁵
- Se disminuya el uso de los recursos destinados al cuidado de la salud.^{12,16-19}
- El paciente tenga un conocimiento más amplio acerca de su enfermedad, tratamiento y medicamentos.^{8,14}
- Aumente la observancia y la persistencia de la farmacoterapia.^{15,20}
- Aumente la satisfacción de los pacientes con relación al cuidado de su salud.¹⁰
- Se ahorre el dinero de los terceros pagadores¹⁰
- Mejore la calidad de vida de los pacientes.¹⁶

Los farmacéuticos demostraron su habilidad para identificar, resolver y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) a través de una atención farmacéutica integral, de programas de tratamiento específico de algunas enfermedades y de servicios de atención primaria de la salud (ver apéndice 1).^{9,35} Los programas de atención específica centrada en el paciente se ofrecen en muchas áreas como: asma, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, tratamiento del dolor, infertilidad, osteoporosis, salud femenina, pediatría, salud mental y vacunación. ☺



España

La autoridad sanitaria pide a los *farmacéuticos* que no dispensen medicamentos de prescripción sin receta

La ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, ofreció esta tarde a los farmacéuticos estudiar fórmulas para evitar la dispensación sin receta de medicamentos de prescripción, como los antibióticos, en las oficinas de farmacia españolas.

Pastor, que asistió a una conferencia ofrecida por el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Pedro Capilla, en el Club Siglo XXI de Madrid, reflexionó en debate sobre este hecho, y pidió la colaboración de los boticarios para estudiar "qué se puede poner en marcha" para

que esto no ocurra. Por otro lado, la ministra indicó que, en materia de política farmacéutica, el Gobierno tiene dos objetivos básicos: que el gasto farmacéutico "sea sostenible y se comporte de manera racional", y que todos los ciudadanos puedan acceder a los medicamentos y a las innovaciones,

finés que a su juicio requieren la colaboración de todos.

Asimismo, señaló que el Gobierno y el partido que le sostiene "no ha pensado en que desaparezcan las oficinas de farmacia", sino que son partidarios de que los boticarios "jueguen un papel más importante" en el sistema.

Recetas "serias"

En su respuesta, Pedro Capilla expresó la disposición de los farmacéuticos a solucionar esa "limitación", aunque indicó que lo primero que hay que pedir es "seriedad" en la receta médica, así como que no haya "presión social", como ocurre cuando llegan pacientes que aseguran que su médico les ha prescrito un determinado fármaco de palabra.

En cualquier caso, Capilla se mostró "en contra" de aquellos de sus compañeros que "se saltan el protocolo" y recordó que el 80 por ciento de los medicamentos que se dispensan desde las oficinas de farmacia son con receta. No obstante, consideró que pretender el control de los antibióticos desde la farmacia es una "hipocresía" sin tener en cuenta los antibióticos que se dan a las reses destinadas al consumo, verdaderos causantes a su juicio del problema.

Por otro lado, preguntado por aquellas farmacias en las que atienden al público auxiliares sin la suficiente preparación, conocidos tradicionalmente como "mancebos", Capilla aconsejó a los ciudadanos que "no vayan a esas farmacias" y se desplacen 250 metros hasta encontrar otra, ya que "quien debe atender al ciudadano es el farmacéutico", y ése es un derecho del ciudadano.

En relación con la dispensación personalizada de fármacos o unidosis, Capilla expresó su voluntad de colaboración con el programa experimental que se pondrá en marcha a principios de marzo, ya que los farmacéuticos están a favor "de estudiarlo todo".

Sierra: más tiempo en las consultas

Por su parte, el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Guillermo Sierra, intervino en el debate para indicar que para los facultativos la profesión farmacéutica es "esencial" para la sociedad, si bien dejó claro que los médicos "no hacen diferencias entre los que no tienen oficina de farmacia y los que la tienen". Tras destacar que habría más ahorro si los médicos dispusieran de más tiempo en las consultas, Sierra destacó que el sector de las oficinas de farmacia es la única área de la sanidad que "no está socializada" en España, y se preguntó si la cuestión de la Atención Farmacéutica, que pretende superar el papel del farmacéutico como mero dispensador, "no va a abrir un melón que puede ser contraproducente para las propias oficinas de farmacia".

Tras indicar que los farmacéuticos no viven "de prebendas ni privilegios", Capilla defendió la actual ordenación de las oficinas de farmacia, ya que según dijo tanto el modelo estatista como el ultraliberal supondrían la concentración de las oficinas.

Sobre la posibilidad de incluir una casilla en las recetas mediante la que los médicos puedan impedir la sustitución de un medicamento prescrito, Capilla explicó que actualmente el médico tiene la posibilidad de hacer un informe pormenorizando al farmacéutico si no quiere que se produzca la sustitución. En cualquier caso, aseguró que los farmacéuticos no tienen interés en sustituir.

Nueve de cada diez farmacias, informatizadas

En su conferencia, Capilla explicó que en los cinco años transcurridos desde la publicación del Libro Blanco sobre la aportación de la farmacia a la asistencia sanitaria en 1997, la labor de asesoramiento y consejo del farmacéutico se ha incrementado en un 20 por ciento en España.

Asimismo, en estos años se ha evidenciado que, de no realizarse esta labor desde la farmacia, la presión sobre la demanda en Primaria "se vería incrementada en un 30 por ciento". Además, desde 1997 la derivación del paciente al médico ha aumentado un 25 por ciento, lo que evidencia que el farmacéutico "tiene perfecto conocimiento de sus genuinas competencias".

Por último, Pedro Capilla destacó que los boticarios han hecho en este tiempo "un considerable esfuerzo inversor", financiado por ellos mismos, en formación continuada y nuevas tecnologías, siendo ya más del 90 por ciento las farmacias informatizadas, de las que la mayoría usa Internet.

Al acto asistieron, además de los citados, de numerosos altos cargos del Ministerio de Sanidad y Consumo y de presidentes de colegios de farmacéuticos, el director general de Farmindustria, Humberto Arnés, el presidente de Pfizer, Emilio Moraleda, el presidente de los colegios de Enfermería, Máximo González Jurado, el portavoz del Grupo Popular en la Comisión de Sanidad del Congreso, Mario Mingo, y el presidente de los fabricantes de fármacos sin receta (ANEFP), Ramón Rocabert, entre muchos otros..

Problemas farmacoterapéuticos en adultos mayores

Es necesario que los farmacéuticos identifiquen problemas relacionados con medicamentos (PRM) y recomienden acciones de prevención en los ancianos.

Los factores sociales y psicológicos, como también los relacionados con la salud de las personas de edad avanzada hacen que éstas corran un alto riesgo frente a los problemas con la farmacoterapia. Un tercio de las internaciones hospitalarias y la mitad de las internaciones en residencias geriátricas se asocian con los problemas relacionados con medicamentos. Estos problemas no solo afectan la salud de los pacientes sino también la economía de sociedad: por cada dólar (U\$1,00) que se gasta en medicamentos en una residencia geriátrica, se gasta otro dólar con treinta y tres centavos (U\$1,33) para tratar los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las sobredosis o los incumplimientos de los tratamientos medicamentosos.

Mediante el conocimiento de la situación clínica del paciente y la habilidad para determinar los problemas relacionados con medicamentos en ancianos, los farmacéuticos pueden recomendar o realizar intervenciones adecuadas para eficientizar el uso de los medicamentos en esta población altamente vulnerable.

Causas de PRM en ancianos

La polifarmacia (consumo simultáneo de 5 o más medicamentos) es un factor contribuyente fundamental ya que los adultos mayores, si se los compara con cualquier otro grupo etario, consumen el mayor número de medicamentos. Muchos farmacéuticos se encuentran frecuente-

mente con pacientes que toman una docena o más medicamentos, que muchas veces son recetados por diversos profesionales que desconocen las indicaciones de los demás. Estos pacientes necesitan atención farmacéutica.

Otra causa importante de problemas con medicamentos en esta población es la falta de atención a las contraindicaciones de los medicamentos; por ejemplo, el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) en pacientes con antecedentes de úlcera péptica.

La falta de educación del paciente sobre su tratamiento con medicamentos también aumenta el riesgo de efectos adversos. Para mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de sus medicamentos, los farmacéuticos pueden proveerles una tarjeta con el nombre de los medicamentos que toman, indicando la razón por la cual deben tomarlos y las instrucciones para su uso correcto.

Guiando para la evaluación de medicamentos

Resulta importante que los farmacéuticos colaboren en la adaptación de los tratamientos terapéuticos de los ancianos a la cantidad mínima indispensable de medicamentos y en su dosis eficaz más baja.

El proceso de la consulta farmacéutica debe incluir una evaluación minuciosa de la medicación, comen-

zando con la información sobre todos los medicamentos que usa el paciente y sus respectivas indicaciones. Es importante que el farmacéutico se asegure de preguntar sobre los productos herbarios, los nutraceuticos y los medicamentos de venta libre, puesto que los pacientes suelen olvidarse o mostrarse reticentes a suministrar esta información al considerar que no son medicamentos.

El siguiente paso en la evaluación del paciente es obtener información objetiva: datos de laboratorio (glucemia, colesterol, pruebas hepáticas o renales, etc.) y del médico (notas de la evolución del paciente, etc.). Es conveniente que los farmacéuticos hagan firmar a los pacientes los pedidos de información clínica. Estos pedidos escritos pueden enviarse a los laboratorios bioquímicos o a los consultorios médicos para obtener la información necesaria sobre el paciente.

Una vez que se reúne la información para la evaluación, el farmacéutico debe considerar los problemas farmacoterapéuticos reales o potenciales. Se recomienda tratar e intentar resolver en primer lugar los temas más graves y acuciantes. Los PRM que requieren atención menos urgente, con frecuencia, pueden tratarse en la farmacia durante las visitas de segui-





Identificación y solución de PRM frecuentes

Una de las causas más frecuentes de internación adultos mayores en hospitales es el sangrado gastrointestinal asociado con el uso de antiinflamatorios no esteroides. Los pacientes en tratamiento con AINE, aún cuando solo tomen diariamente aspirinas pediátricas, deben estar en condiciones de reconocer e informar las señales del sangrado gastrointestinal. Una forma simple y no invasiva de determinar los niveles de hemoglobina es examinar el interior del párpado inferior. Este tejido es normalmente de un color rosado, aunque el color es más acentuado en los hombres, que tienen mayor cantidad de hemoglobina que las mujeres. Si aumenta la palidez de los párpados inferiores, que indica anemia, y aparecen otras señales como heces negras o alquitranadas, puede haber sangrado gastrointestinal. Aunque los AINE son los principales responsables del sangrado gastrointestinal, otros medicamentos, como corticoides orales, warfarina y bisfosfonatos, también pueden producir este efecto adverso.

Las caídas vinculadas con el uso de psicotrópicos son otro PRM y una causa importante de internación de los ancianos, también un factor significativo en los juicios contra residencias geriátricas. Existe una tendencia a recetar las benzodiazepinas en forma abusiva, que pueden incrementar en esta población la sedación diurna, confusión y riesgos de caídas y fracturas. Estos medicamentos no deben discontinuarse de golpe sino disminuirse en forma progresiva. Algunos pacientes toleran mejor este proceso tomando el ansiolítico buspirona, 30 días antes de iniciarse la reducción de la dosis del medicamento.

Los medicamentos más prescritos en ancianos con frecuencia pueden empeorar las "3 D": demencia, depresión y delirio. Estos medicamentos son: benzodiazepinas de acción intermedia o prolongada, antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos (los más antiguos), relajantes musculares y agentes anticolinérgicos. La depresión crónica en los ancianos es un fuerte factor predisponente a una demencia posterior, y los mayores con depresión clínica deben someterse a un tratamiento adecuado. En estos casos, se prefieren inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en lugar de los antidepresivos tricíclicos, que tienen mayor incidencia de efectos adversos.

Los farmacéuticos pueden y deben atender consultas sobre medicamentos en los adultos mayores, y lo pueden hacer en las farmacias, los hospitales y las residencias geriátricas. Los farmacéuticos comunitarios de Iowa, EE.UU. reciben reembolso de la obra social Medicare por evaluar la medicación de los adultos mayores ("brown bag" medication reviews - bolsa marrón de revisión de medicamentos). Los farmacéuticos pueden prevenir o reducir al mínimo (hasta un 75%) los problemas relacionados con medicamentos. Por eso deben mantenerse actualizados en la educación continua e involucrarse en la atención farmacéutica de la vejez. La destreza se adquiere haciendo.

Conclusión

Los adultos mayores son extremadamente vulnerables a los problemas relacionados con medicamentos. Si realizan evaluaciones minuciosas de la medicación, los farmacéuticos pueden identificar problemas relacionados con medicamentos y recomendar las intervenciones pertinentes. Los profesionales farmacéuticos pueden brindar consejos sobre medicamentos a adultos mayores en todos los ámbitos de su práctica profesional, incluyendo farmacias, hospitales y residencias geriátricas. 

miento farmacoterapéutico. En todos los casos, el farmacéutico debe trabajar en colaboración con los médicos prescriptores, para determinar el ajuste necesario del tratamiento terapéutico del paciente.

Cuando se recomiende al médico realizar un cambio de medicación, se sugiere que el farmacéutico actúe con diplomacia y convicción. Debe darle al prescriptor la oportunidad de responder a su intervención. Si el médico no acepta la sugerencia, debe averiguar la causa y ofrecerle información adicional que fundamente la recomendación. Si la acepta, asegúrese de que los cambios introducidos al tratamiento farmacológico queden documentados en la historia de medicación del paciente, tanto en la farmacia como en la historia clínica del consultorio médico.

Para que los médicos estén más predispuestos a aceptar la intervención de los farmacéuticos, se sugiere encuentros periódicos con los principales médicos de la comunidad. Es muy difícil que los médicos rechacen la recomendación del farmacéutico una vez que lo conocen personalmente y lo ven como un profesional competente que cuida de los pacientes igual que ellos.

MP

30 millones de unidades en especialidades medicinales farmacéuticas anuales.

17 filiales en países latinoamericanos cuentan con la presencia y el aporte médico y científico de Bagó

100 productos farmacéuticos de última generación tanto de desarrollo propio, como elaborados en base a acuerdos de primer nivel internacional.

3 plantas industriales, dos farmacéuticas (una de ellas dedicada exclusivamente a la producción de antibióticos) y una termoquímica.

1.130 personas integran la compañía conformando un equipo altamente calificado.

Nuestro horizonte la vida

20 países a los que Bagó exporta sus productos cumpliendo con las grandes corporaciones mundiales.

Centro de Investigación Multidisciplinario dedicado a la investigación científica y tecnológica.

En Laboratorios Bagó asumimos, desde su fundación en 1934, un compromiso que nos acompaña hasta hoy: construir una empresa de vanguardia, al servicio de la salud.

Fieles a este principio, el siglo XXI nos encuentra consolidados como la primera organización farmacéutica en Latinoamérica de capital regional.

Bagó, desde 1934, toda una vida a favor de la vida.

**Bagó**

para sus fórmulas magistrales soluciones simples y eficaces

Apta para Farmacias,
Hospitales, Laboratorios, etc.

Blisters para sellar con plancha



Aún cuando se deba envasar poca cantidad de cápsulas o comprimidos también es posible hacerlo en blisters, para ello vienen estos blisters pre-formados con lámina de aluminio pegadas en un borde, se llenan a mano y se sellan con una plancha doméstica.

Emblistadora manual

Diseñada especialmente para envasar cápsulas y comprimidos en blisters en pequeños volúmenes de producción. Permite el cambio de producto a emblistar en segundos. Producción aproximada 300 blisters/hora.



Medalla de Oro en el
CONGRESO INT.
FARMACIA INTERNACIONAL DE
AMSTERDAM EN OROBIO,
SUAM, 1974 Y 1977.

Encapsuladoras

Semlautomática

Acomoda, destapa y tapa las cápsulas todas juntas. Capacidad 120 cápsulas por ciclo. Producción aproximada 1800 cáps/hora. Posce un exclusivo compactador con 120 pernos que permite presionar el polvo en todas las cápsulas a la vez.

Manual

Es de novedoso diseño, de fácil uso y limpieza.



Succia 980 - (B1834ITP) Temperley - Pcia. de Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (011) 4260-0097 (L. Rotativas) - E-mail: info@maclen.com.ar - Web: www.maclen.com.ar

Nuestro compromiso...



Roche descubre, desarrolla y fabrica productos para diagnóstico y medicamentos de primera calidad, en un compromiso activo con el avance de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. El carácter innovador de nuestras ideas, productos y servicios tiene como objetivo brindar un completo abanico de opciones individualizadas.

Rosson 3150, Panamericana, Ruta 9, Km 34,5
B1610BAL-Ricardo Rojas-
Partido de Tigre, Pcia. de Buenos Aires
Tel: 5129-8000. Fax: 5129-8011
www.roche.com.ar



Innovación para la salud

Farmacéuticos contra el tabaco



Comunicado de prensa de la Asociación Finlandesa de Farmacias, el EuroPharm Forum de la OMS y la Federación Farmacéutica Internacional (FIP). Helsinki, Finlandia, 5 de agosto del 2003.*

Las organizaciones farmacéuticas de todo el mundo han constituido la Red Global de Farmacéuticos Contra el Tabaco. La reunión de fundación se celebró el día 5 de agosto, durante la 12 Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, en Helsinki, Finlandia. Las actividades de la red serán coordinadas por la Federación Farmacéutica Internacional (FIP).

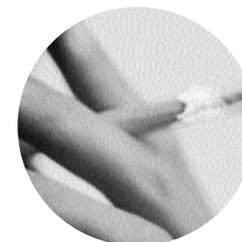
En Europa, la campaña anti-tabaco realizada en las farmacias es coordinada por el EuroPharm Forum, una institución integrada en la Oficina Regional para Europa de la OMS. El EuroPharm Forum tiene la responsabilidad de coordinar los proyectos profesionales en las farmacias europeas. Casi todas las organizaciones farmacéuticas de Europa son miembros del EuroPharm Forum.

En Finlandia, las farmacias comuni-

tarias participan activamente en campañas de abandono del hábito tabáquico desde hace varios años. Este año el sistema de salud finlandés adoptó pautas nacionales para las actividades anti-tabaco. Estas pautas definen el papel de los farmacéuticos en el abandono del hábito tabáquico como el más idóneo para la planificación y implementación de la terapia de sustitución nicotínica de forma efectiva, en colaboración con el usuario.

La presidenta de la sesión para farmacéuticos organizada en asociación con la Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud fue la Dra. Eeva Teräsalmi. Se trata de una farmacéutica comunitaria finlandesa, y es también la presidenta del EuroPharm Forum. La Dra. Eeva Teräsalmi ha sido coordinadora de proyectos de abandono del hábito tabáquico desde 1997.

*La FIP es la federación global de organizaciones nacionales de farmacéuticos y científicos farmacéuticos y su objetivo es mejorar el acceso a y el valor del uso adecuado de los medicamentos en todos los países, así como contribuir al desarrollo de las ciencias, la práctica profesional y las políticas farmacéuticas alrededor del mundo.



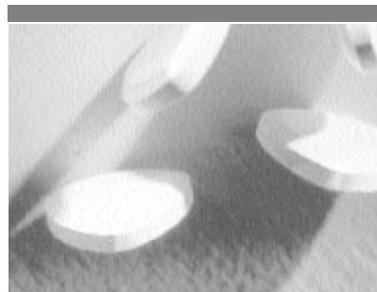
Para más información contactar:

Tel.: +31-703021970

Fax: +31-703021999

Email: press@fip.org

Internet: www.fip.org



PRESCRIPCIÓN POR GENÉRICOS Y SUSTITUCIÓN DE MARCAS... FARMACÉUTICO: ESTA ES LA OPORTUNIDAD DE REVALORIZAR SU PAPEL PROFESIONAL. USTED ES EL ÚNICO AUTORIZADO POR LEY PARA LA SUSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS. NO DEJE SU FUNCIÓN EN MANOS DE PERSONAS NO PROFESIONALES. SU PRESENCIA EN LA FARMACIA ES LA ÚNICA GARANTÍA DE QUE EL MEDICAMENTO VUELVA A SER UN BIEN SOCIAL.

CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA



Dra. Graciela Melito
Farmacéutica y Bioquímica (UBA)
Escuela de Farmacia y Bioquímica
Universidad Maimónides



ATENCIÓN FARMACÉUTICA

¿evolución o revolución?

primera parte

En el marco de los sistemas de salud de los últimos años, la farmacia era considerada un servicio auxiliar. El sistema de salud veía a la farmacia oficial como un simple eslabón en la comercialización de medicamentos en un proceso iniciado por otros profesionales de la salud. El valor de la profesión para el sistema de salud era percibido directamente en relación con el costo de distribuir productos para los consumidores. La interacción del paciente con la farmacia usualmente llegaba sobre el final del uso del sistema sanitario y generalmente incluía la entrega de productos para la salud y un escaso contacto con el farmacéutico. Esta situación puso a la farmacia en riesgo de asegurar su futuro profesional.

Es preciso reconocer que como resultado de la industrialización y comercialización de los medicamentos, los farmacéuticos oficiales habían quedado reducidos a simples proveedores de productos. Este papel pudo haber sido aceptable durante los últimos veinte años, pero en el actual sistema de estricta justificación de los costos, la responsabilidad por los resultados terapéuticos, las continuas reformas en los sistemas de atención de la salud y los avances tecnológicos, continuar con este rol puede resultar en una eventual desaparición de la farmacia. Los farmacéuticos oficiales deben cambiar su modo de ejercicio profesional y convertirse en miembros responsables del equipo de profesionales de la salud. Este camino, afortunadamente, ya se ha iniciado...

Históricamente, el farmacéutico o "boticario" representaba un papel fundamental en su zona de influencia (barrio o pueblo) pues no sólo diseñaba y preparaba gran parte de los medicamentos mediante la elaboración de recetas magistrales, sino que además era el consejero y consultor primordial de sus clientes / pacientes en la mayor parte de los casos de atención primaria de la salud. Con el tiempo, el rápido crecimiento del mercado farmacéutico, la desregulación económica, el incremento significativo de la industria de los medicamentos, colocó al profesional farmacéutico en una situación de mero dispensador. Hoy, nuevamente, se nos ha convocado a restituir el ámbito sanitario de la farmacia oficial, en los alcances de la Ley de Prescripción y Dispensación por Nombre Genérico (2002), donde nos encontramos otra vez en una situación protagónica y de compromiso que no podemos ni debemos desaprovechar.

El redefinido papel de la farmacia debe ser el de mejorar la calidad de vida de los pacientes y proveer beneficios económicos al sistema de salud. Las prestaciones farmacéuticas deben ser claramente definidas, documentadas y económicamente convenientes. Los servicios deben dirigirse a las necesidades actualmente no satisfechas de los pacientes y deben basarse en los conocimientos y las capacidades profesionales del farmacéutico. Es decir, en la provisión de atención farmacéutica de auténtica calidad.

Existen factores externos e internos que condicionan la evolución (o la revolución) de la farmacia hacia el ejercicio de la atención farmacéutica (véase Tabla 1). A continuación describiremos las principales *fuerzas de cambio* y *fuerzas de freno* (barreras) que estimulan y demoran, respectivamente, el camino hacia este nuevo estilo de práctica profesional.

Fuerzas de cambio externas

Tendencias demográficas

La población está envejeciendo y volviéndose culturalmente más diversa (las bases culturales influyen las actitudes sobre las enfermedades y el uso de los medicamentos). Las personas mayores de 65 años de edad, constituirán, en poco tiempo más, el 15% o más de la población de cualquier país moderno. Aunque la mayoría mantiene su independencia, las personas mayores de edad, sufren más enfermedades crónicas que los jóvenes. Además, frecuentemente sufren de enfermedades crónicas múltiples. El tratamiento de una o más enfermedades crónicas generalmente involucra el uso apropiado de medicamentos recetados y de venta libre.

La pobre investigación clínica de base que sustenta el uso apropiado de los medicamentos en los ancianos y la existencia de un modelo mal desarrollado de distribución de la atención de enfermedades crónicas, a menudo lleva a esta población vulnerable a consecuencias no deseadas y negativas con la terapia farmacológica.

Por otra parte están ocurriendo cambios culturales en la sociedad que deben tenerse en cuenta. Cada vez más personas están preparadas para asumir la responsabilidad por su propia salud y bienestar, aumentando el autocuidado sobre los estudios de rutina y los problemas de salud que no constituyen emergencias (enfermedades crónicas).

La tendencia a la autoatención (asumir la completa responsabilidad sobre el estilo de vida: hábitos alimenticios, ejercicios físicos, salud y medicamentos) y el creciente aumento de productos de diagnóstico para el hogar también representan una gran oportunidad para el farmacéutico.

El hábito de consumir medicamentos sin consulta profesional previa (automedicación) constituye una conducta habitual en el presente. En la Argentina se sabe que una de cada tres personas se automedica y que el 5% de los pacientes que consume medicamentos contrae enfermedades por su consumo inapropiado.¹ La farmacia puede contribuir a que la automedicación sea responsable, adoptando una actitud más activa orientando y educando sobre el uso de los medicamentos. La creciente oferta de suplementos dietarios, herbarios y homeopáticos, nacionales e importados, requiere de profesionales expertos que adviertan a los consumidores sobre los beneficios y efectos perjudiciales de estos productos.

Aunque muchos de los equipos de diagnóstico para el hogar, disponibles en la actualidad, son muy precisos, los consumidores carecen de la habilidad profesional necesaria para su adecuado uso e interpretación correcta de los resultados. Los farmacéuticos pueden desempeñar un papel vital en la automedicación y el uso correcto de los equipos de diagnóstico para el hogar en el futuro.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la inmigración influyó en el aumento de la población, más étnica y económicamente diversa. Dentro de los diferentes grupos étnicos y socioeconómicos existen diferentes necesidades de atención sanitaria; algunas de estas necesidades requieren estrategias no tradicionales para administrar la salud y la enfermedad.

Tendencias epidemiológicas

Muchas de las enfermedades que fueron

alguna vez agudas, ahora son predominantemente crónicas. Estos cambios son resultado de los planes de inmunización, de las prácticas mejoradas de atención de la salud, y de los cambios demográficos en la población, principalmente la longevidad.

Consecuentemente, nuevas y diferentes enfermedades han tomado el lugar de enfermedades agudas prevaletentes hasta hoy. Enfermedades cardiovasculares, problemas metabólicos, desórdenes inmunológicos como el SIDA, y alteraciones mentales como el stress, son las condiciones patológicas que impactarán profundamente sobre la distribución de la atención sanitaria en el futuro. Las investigaciones genéticas, como el aislamiento de un gen que marca una predisposición a ciertas formas de cáncer, también pueden cambiar significativamente los patrones de las enfermedades en el futuro.

Estos cambios en los esquemas de las enfermedades plantearon nuevos problemas dentro de los sistemas de salud, que ya están siendo cuestionados por las insatisfacciones que producen y los altos costos que insumen. El modelo de atención, que actualmente prevalece, está orientado al manejo de las enfermedades agudas. La atención episódica, que no está necesariamente relacionada con la historia de salud previa del paciente, puede brindarse sin registros médicos integrados y confiables. Además, el sistema de atención de enfermedades agudas engendró una proliferación de especialidades médicas. En el sistema de salud actual, orientado a las especialidades, la atención crónica es a menudo inadecuada debido a la falta de integración de la información médica y la escasa comunicación entre los múltiples profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud, que han sido históricamente entrenados en un modelo de atención de enfermedades agudas, están escasamente preparados para la transición filosófica y práctica de *curar enfermedades a administrar enfermedades* con énfasis en la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, en los seminarios sobre *Cuidados Paliativos* que dictó en su reciente visita a nuestro país, el Dr. Robert Twycross²² de la Universidad de Oxford (Gran Bretaña) señaló que los médicos se sienten muy impotentes y frustrados frente a un paciente que padece una enferme-

dad terminal pues la educación que han recibido "los preparó para curar a las personas y no para ayudar a morir con dignidad" como ocurre en estos casos.

Por otro lado, es fácil monitorear los resultados de una enfermedad aguda, que generalmente tiene un tratamiento de corta duración (el paciente responde o no). Cuando los pacientes con una o más enfermedades crónicas reciben atención de múltiples profesionales, es mucho más difícil monitorear el progreso de la enfermedad y los resultados de la atención durante períodos de tiempo prolongados.

Factores económicos

Sin importar cual sea el resultado final del debate sobre la necesidad de reformar los sistemas de salud, una idea ha sido universalmente aceptada por el público. El perfil económico de un país y la capacidad para incrementar su competitividad internacional depende sustancialmente del imperante crecimiento en los costos de la atención sanitaria.

Paul Starr describió los aspectos económicos y propuso cambios en el financiamiento y la provisión de la atención de la salud en su libro *La lógica de la reforma de salud*.² Él comprobó que de acuerdo con numerosas encuestas, más del 90% del público cree que es esencial una reforma en el sistema de salud. Esta visión fue también compartida por muchos ejecutivos y empresarios.

El gasto de las empresas en cobertura de salud subió del 2,2% al 8,3% de los sueldos del personal y del 84% al 564% de las ganancias de las empresas encargadas de administrar y derivar esos fondos según corresponda entre 1965 y 1992. Estos incrementos, que también podrían haber incrementado los salarios, se trasladaron en una disminución del salario real ya que fueron desviados hacia los subsidios de los sistemas de salud.

Los gobernantes enfrentaron el mismo dilema. Los gastos de salud aumentaron a expensas de los recursos de educación, obras, transporte y defensa. El resultado final fue una infraestructura debilitada y una mano de obra menos preparada que genera problemas de competitividad. La inversión hecha en salud no se transformó en una sociedad más sana.

En una época, los productos farmacéu-



ti-
cos consti-
tuían un rela-
tivo y modesto
porcentaje del costo
total de la atención de la sa-
lud. Sin embargo, durante la década de
1980, los precios de los medicamentos su-
bieron bruscamente, y los precios de los
nuevos e innovadores productos farma-
céuticos fueron más altos de lo que habían
sido en el pasado. Los aumentos, muchas
veces más altos que los índices de precios
al consumidor y más altos que la inflación
global del costo de los medicamentos, di-
rigieron la atención hacia las prácticas de
tasación (poner precio) de los proveedores
y los fabricantes de productos farmacéuti-
cos. El precio de los medicamentos tam-
bién atrajo la atención de los consumidores
y los pagadores porque los medicamentos
eran a menudo un gasto pagado en efec-
tivo. Para muchos consumidores, el costo
de los medicamentos era el mayor gasto
en salud realizado en efectivo. Los consu-
midores y los pagadores se inquietaron y
hasta pidieron socorro por los incrementos
de hasta el 10 o el 20% anual de ciertos
productos. Estos aumentos llevaron a que
los sistemas de cobertura de salud exigie-
ran autorización previa a cada tratamiento,
y requirieran, a veces, que los pacientes re-
ciban alternativas farmacológicas menos
costosas.

Avances tecnológicos

Los avances tecnológicos afectan marcada-
mente la organización, la distribución y el
costo de la atención de la salud. Algunas
de las áreas donde los avances han sido
significativos son: la biotecnología, la tec-
nología del procesamiento de datos, las
aplicaciones informáticas para el registro de
los pacientes, la automatización de los ser-
vicios de distribución de medicamentos y
de toma de decisiones clínicas.

La farmacia está indudablemente invo-
lucrada con estos avances tecnológicos.

Como dijo Francke ya en 1964, "Mien-
tras los medicamentos de hoy pue-
den ser comparados con misiles ex-
plosivos, nosotros los prescribimos,
dispensamos y administramos co-
mo si fueran arcos y flechas"³ Esto
fue mucho antes del descubrimiento
de los componentes ingenierizados ge-
néticamente tales como los anticuerpos
monoclorales, las hormonas humanas, y los
inmunomoduladores, y los sofisticados
aunque potencialmente tóxicos productos
farmacéuticos para el tratamiento del cán-
cer, las cardiopatías, y las enfermedades in-
fecciosas. El uso y el monitoreo apropiado
de esos productos es esencial por razones
clínicas, éticas y económicas.

Los farmacéuticos quieren asumir la
responsabilidad profesional de los resulta-
dos de la terapia farmacológica, pero an-
tes, deben lograr sistemas de distribución y
dispensación de medicamentos confiables.
La tecnología existente permite esta transi-
ción, aunque su costo demora sus tiempos
de implementación. La tecnología para la
dispensación como los códigos de barras y
la robótica permitirán a los farmacéuticos
obtener tiempo profesional libre para asu-
mir un papel más importante junto al pa-
ciente. Las tecnologías de computación y
de comunicación deben tenerse en cuenta
para la recepción y el intercambio de infor-
mación específica del paciente y proveer
asistencia en materia de medicamentos (in-
dicaciones, dosis, efectividad, toxicidad, et-
cétera) a otros farmacéuticos, médicos y
demás profesionales de salud para la toma
de decisiones terapéuticas. En los Estados
Unidos, la disponibilidad de programas de
computación para la educación del pacien-
te es cada vez mayor, y en muchos casos
están diseñados según el género, el nivel
educativo, la raza, y el perfil de salud del
paciente. En la Argentina ya se dispone de
las primeras herramientas informáticas exi-
tosas en este campo.

Los sistemas de salud

Cada vez más, las sociedades se esfuerzan
por garantizar el derecho de los ciudada-
nos a una atención básica de salud. Se pre-
tende que en el futuro el seguro de salud
no sea solo una cobertura mínima de salud
sino un conjunto de servicios que aseguren
la completa atención de salud del paciente.
El concepto de *Managed Care* originado en
los Estados Unidos a principios de la déca-

da de 1990, se desarrolló para corregir las
fallas, principalmente económicas, del siste-
ma de salud norteamericano. Este concep-
to, cuya finalidad es la de administrar efie-
cientemente los recursos económicos de
salud, ha sido perjudicial para la farmacia
tradicional. Algunos lo describieron como
la *lluvia ácida*.⁴

Muchos programas de *Managed Care*
operan bajo el modelo de *cuidador*, cuya
premisa central es el control del acceso y el
uso del sistema de atención de la salud por
parte de los pacientes. El *cuidador* médico
controla el uso de los especialistas costosos
por parte del paciente. Propone o negocia
productos y servicios alternativos, o con-
trata sus propios proveedores de salud; así
el *Managed Care* logra reducir los costos.

El *Managed Care* ve a la farmacia como
un lugar que puede proveer significativas
ventajas en el control de los costos. Se em-
plearon una variedad de métodos con el
fin de reducir el costo farmacéutico. Algu-
nos programas de *Managed Care* instalan
sus propias farmacias, así pueden competir
por los descuentos de los fabricantes usan-
do formularios extremadamente restringi-
dos no disponibles para el resto de las far-
macias. Otros programas de *Managed Care*
limitan su red de farmacias y utilizan un sis-
tema de ofertas para bajar los precios, limi-
tando al paciente la libre elección de su far-
macia. Estas prácticas han causado un gran
disminución en el margen de ganancia de
la farmacia.

Las reformas de los sistemas de salud
no tendrán en cuenta las presiones y difi-
cultades que enfrentan la farmacias. Eliminar
los sobrepagos ayudará, pero agrupar
más pacientes en grandes organizaciones
de *Managed Care* sólo llevará a guerras de
precios aún más brutales. Mientras la far-
macia sea considerada simplemente una
avenida para la eficiente distribución de los
productos farmacéuticos sólo sobrevivirán
los más grandes y eficientes.

Por otra parte, y tal vez lo más impor-
tante, es que el limitado acceso de la po-
blación a la atención médica básica y la ba-
ja disponibilidad de servicios preventivos
de salud representan una oportunidad pa-
ra que los farmacéuticos provean servicios
preventivos rutinarios como inmunizacio-
nes y consejos sobre buenos hábitos ali-
mentarios. Dada la escasez de recursos, se-
rá necesaria la apropiada utilización de to-
do el personal sanitario para maximizar la

eficiente entrega de atención preventiva y de rutina.

La atención domiciliar será cada vez mayor en el futuro. Como parte del fenómeno de control de los costos, las estadías en los hospitales se ven cada vez más reducidas y los pacientes enfermos dejan el hospital más rápidamente. Estos individuos requieren un monitoreo más cercano, por lo tanto, representan otra posibilidad para que los farmacéuticos provean servicios especializados.

El papel de los medicamentos

A juzgar por las predicciones y pronósticos realizados por los expertos de las ciencias sociales, económicas y tecnológicas con relación al uso de los medicamentos, existe un claro consenso sobre que los productos farmacéuticos son y serán crecientemente importantes herramientas terapéuticas para la prevención, la cura, y la administración de las enfermedades crónicas y agudas. Sin embargo, la efectividad de estas herramientas dependerá de la habilidad del usuario y de la calidad del sistema en el cual sean utilizadas.

El uso de productos farmacéuticos se está expandiendo con el creciente desarrollo de nuevas y sofisticadas drogas y productos biotecnológicos para tratar enfermedades. El creciente número de medicamentos requerirá farmacéuticos para enseñar a los prescriptores y educar y monitorear a los consumidores. También las autoridades sanitarias requerirán farmacéuticos que reporten reacciones adversas y realicen la vigilancia farmacológica en las fases de posmarketing.

El cambio en la condición de comercialización de *venta bajo receta a venta libre* de un importante número de medicamentos resultó en la posibilidad de que problemas de salud que antes requerían receta, se traten hoy con medicamentos de venta libre. El tratamiento de dolores e inflamaciones, acidez, gripes, calvicie y productos para dejar de fumar son algunos ejemplos. Se esperan cada vez más cambios de recetados a venta libre.

El potencial mal uso de estos productos que pueden realizar los consumidores representa una oportunidad para que el farmacéutico actúe como consejero y orientador del uso de este tipo de productos. El la publicación *Reingeniería de la*

Tabla 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Factores demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Poblaciones con alta tasa de longevidad. • Poblaciones pediátricas vulnerables. • Aumentos de población. • Cambios en las características epidemiológicas. • Distribución geográfica de las poblaciones.
Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los costos de la asistencia sanitaria. • Economía nacional y mundial. • Creciente desigualdad entre los diferentes niveles socioeconómicos.
Factores tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de nuevos medicamentos. • Nuevas técnicas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes. • Medicamentos más potentes con mecanismos de acción más complejos.
Factores sociológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor expectativa y participación de los consumidores. • Abuso y uso incorrecto de los medicamentos. • Utilización de la medicina tradicional.
Factores políticos	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades en el empleo de los recursos (asignación presupuestaria a la salud). • Cambios en la política económica. • Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia. • Reglamentación farmacéutica. • Políticas farmacéuticas nacionales. • Listas de medicamentos esenciales.
Factores profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la enseñanza y la formación impartidas a los farmacéuticos. • Distribución del personal de farmacia. • Criterios cambiantes en la atención del paciente en la farmacia. • Remuneración básica de los farmacéuticos.
Factores sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidades de acceso a la asistencia sanitaria. • Aumento del tratamiento de las enfermedades graves fuera de los hospitales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1995. ²¹

Práctica Farmacéutica de 1998 se propuso que los medicamentos de venta libre sean de responsabilidad farmacéutica y se llamen *Por Consejo Farmacéutico* (PCF).⁵ También la *American Pharmaceutical Association* ha propuesto recientemente implementar una tercera categoría de medica-

mentos que tengan directa responsabilidad farmacéutica.⁶ Sin embargo, aún queda por resolver la cobertura de este tipo de medicamentos, ya que por lo general los planes de salud no cubren la utilización de este grupo de productos.

→ continúa → → →
en el próximo número



Aprobaron cambios en la Ley de patentes

El proyecto pasó a la Cámara baja



El Senado aprobó el proyecto que modifica la ley de patentes en sintonía con el acuerdo alcanzado por la administración del ex presidente Eduardo Duhalde con los Estados

Unidos en el seno de la Organización Mundial de Comercio (OMC).

La iniciativa, que fue girada a la Cámara de Diputados, establece una serie de cambios en el texto de la ley 24481 que eran motivo de controversia con los Estados Unidos y que no se adecuaban a los estándares internacionales establecidos por la OMC.

Una de las principales modificaciones que introduce el proyecto es la extensión de la protección de la patente al producto, siempre y cuando en su elaboración se utilice un procedimiento ya registrado.

Además, agrega nuevas normas en materia procesal, entre ellas la posibilidad de dictar medidas cautelares sin previo aviso que impliquen la suspensión del proceso o incautación de un producto cuya patente esté en litigio.

Así, un juez podrá disponer alguna de esas medidas siempre que un peritaje reconozca que existe "razonable probabilidad" de que la patente impugnada sea declarada válida y cuando se acredite "sumariamente" que cualquier retraso en el otorgamiento de la medida "causará un daño irreparable al titular" de la invención.

También reconoce la inversión de la carga de la prueba para los procesos por patentes. En esta materia, el texto aprobado ayer contempla la posibilidad de que el demandado deba pro-

bar que el procedimiento no es similar a uno ya patentado.

Pero también el juez de la causa puede disponer que sea el demandante quien deba probar que el procedimiento utilizado es igual al protegido por la patente en su poder.

En ambos casos, la parte que se vea beneficiada con la medida -demandado o demandante- tendrá que dejar una caución como garantía de resarcimiento ante a eventualidad de un fallo contrario a sus aspiraciones.

El proyecto fue aprobado en un debate de poco más de una hora y con el apoyo unánime de todas las bancadas.

La sanción de la iniciativa había sido pedida por el gobierno de Néstor Kirchner hace algo más de un mes, a lo que el bloque de senadores justicialistas, que preside Miguel Angel Pichetto, solicitó que el Poder Ejecutivo hiciera público ese deseo.

El pedido se produjo pocos días después de que Kirchner se encontrara con su par norteamericano George W. Bush en Washington y que los Estados Unidos habilitaran el reingreso de 57 productos argentinos al Sistema General de Preferencias (SGP).

Finalmente y tras varias postergaciones ante la ajetreada agenda de Rafael Bielsa, el canciller y el ministro de Salud, Ginés González García, se presentaron el 2 de septiembre último ante un plenario de las comisiones de Industria, de Legislación General y de Relaciones Exteriores.

Allí pidieron públicamente la aprobación del texto remitido al Senado por el gobierno de Duhalde el 22 de octubre del año pasado.

El titular de la Comisión de Relacio-

nes Exteriores, Eduardo Menem (PJ-La Rioja), destacó que el acuerdo al que se arribó con EE.UU. en la OMC "satisface los intereses de la República Argentina".

Agregó que la Argentina había adherido a ciertos estándares de la OMC, y "quedaban algunas cuestiones pendientes, que a criterio de algunos países, especialmente de Estados Unidos, no se ajustaban a los tratados".

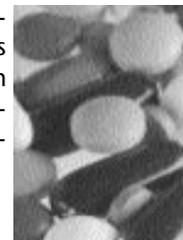
"PASO IMPORTANTE"

Por su parte, el jefe del bloque de senadores radicales, Carlos Maestro (Chubut), manifestó el apoyo de su bancada y destacó "el trabajo de la Cancillería en los últimos años y en las nueve rondas de negociaciones" entre argentinos y norteamericanos.

"Podemos decir que la Argentina da un paso importante en el camino de su reinserción en el mundo", agregó.

Por último, el bonaerense Antonio Cafiero (PJ), se mostró "sorprendido" por el "debate pacífico" que en esta oportunidad tuvo la modificación a la ley de patentes en comparación con las discusiones de 1997 en el Congreso.

"Esto puede ser porque la ley no se refiere al tema de fondo, sino que es instrumental, o porque las empresas nacionales, que fueron las más críticas en ese momento, en particular las farmacéuticas, se pusieron de acuerdo con las internacionales", concluyó Cafiero. 



Piridoxina (Vitamina B6)

Otros nombres:

Benadon®, Piridoxina Austral® y Tanvimil B6®.

¿POR QUÉ se indica este medicamento?

La piridoxina o vitamina B6 es necesaria en el organismo para la utilización de la energía en los alimentos que se consumen, la producción de glóbulos rojos y el funcionamiento adecuado de los nervios. Se utiliza para tratar y prevenir la deficiencia de vitamina B6 debido a una mala alimentación, ciertos medicamentos y ciertas afecciones médicas.

¿CUÁNDO debe tomarse?

La piridoxina generalmente se toma una vez al día. Siga las instrucciones que aparecen en la etiqueta y pídale al farmacéutico o a su médico que le explique cualquier parte que no comprenda.

¿CÓMO se utiliza?

La piridoxina se presenta en forma de tabletas regulares y de liberación controlada (de acción prolongada). En la etiqueta se le indica la cantidad que debe tomar con cada dosis.

No mstique, no triture ni corte las tabletas de liberación controlada. Se deben tragar enteras.

¿Qué INSTRUCCIONES ESPECIALES debo seguir al utilizar este medicamento?

Si tiene que tomar piridoxina con algún otro medicamento, no suspenda el uso de ninguno de ellos hasta que se lo indique su médico.

Asegúrese de tener siempre suficiente medicamento a la mano. Verifique su provisión antes de salir de vacaciones, antes de días feriados u otras ocasiones en que le sea imposible conseguirlo.

¿Qué DIETA especial debo seguir mientras uso este medicamento?

Posiblemente el médico o el farmacéutico le reco-

mendarán ingerir más alimentos que contengan vitamina B6, especialmente cereales integrales, pescado, verduras, leguminosas, hígado y otras vísceras.

¿Qué hago SI OLVIDO tomar una dosis?

Tome la dosis faltante en cuanto se acuerde y continúe con su horario normal.

¿Qué EFECTOS SECUNDARIOS puede producir este medicamento? ¿Qué puedo hacer al respecto?

Aunque no es común que la piridoxina produzca efectos secundarios, algunas veces pueden presentarse.

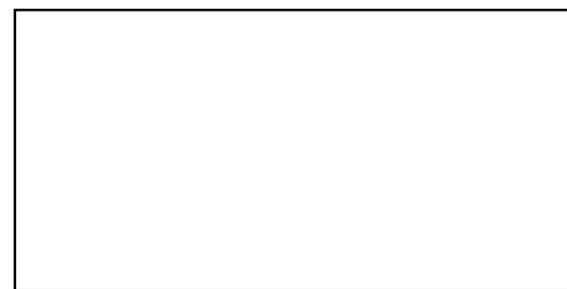
Náusea, dolor de cabeza, falta de sueño, cosquilleo, picazón, ardor o sensación de tirantez. Si estos efectos son graves, consulte a su médico.

¿Qué OTRAS PRECAUCIONES debo observar durante el uso de este medicamento?

Antes de tomar piridoxina, informe a su médico y al farmacéutico qué otros medicamentos está tomando, ya sean con o sin receta, en especial la levodopa.

¿Cómo debe GUARDARSE este medicamento?

Mantenga este medicamento en el envase original, bien tapado y fuera del alcance de los niños. Guárdelo a temperatura ambiente, alejado de la luz.



SELLO FARMACIA



‘Ante cualquier duda, consulte a su farmacéutico’

CIRCULAR INTERNACIONAL DEL PRODUCTO
EZETROL[®] (ezetimibe)
Comprimidos

CLASE TERAPEUTICA

EZETROL[®] (ezetimibe) es una nueva clase de compuestos hipolipemiantes que inhibe selectivamente la absorción intestinal del colesterol y los esteroides vegetales relacionados.

INDICACIONES

Hipercolesterolemia primaria

EZETROL[®], administrado con un inhibidor de la HMG-CoA reductasa (estatina) o solo, está indicado como tratamiento adyuvante de la dieta para la reducción de los niveles elevados de colesterol total (CT), lipoproteína de baja densidad-colesterol (LDL-C), apolipoproteína B (Apo B) y triglicéridos (TG) y para el incremento de la lipoproteína de alta densidad-colesterol (HDL-C), en pacientes con hipercolesterolemia primaria (familiar heterocigota y no-familiar).

Hipercolesterolemia familiar homocigota (FH/Ho)

EZETROL[®], administrado con una estatina, está indicado para la reducción de los niveles elevados de CT y LDL-C en pacientes con FH/Ho. Los pacientes también pueden recibir tratamientos adyuvantes (por ejemplo, LDL aféresis).

Sitosterolemia Homocigota (Fitosterolemia)

EZETROL[®] está indicado para la reducción de los niveles elevados de sitosterol y campesterol en pacientes con sitosterolemia familiar homocigota.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION

El paciente debe estar sometido a una dieta hipolipemiente adecuada y debe continuar con la misma durante el tratamiento con EZETROL[®].

La dosis recomendada de EZETROL[®] es 10 mg una vez por día, utilizado solo o en combinación con una estatina. EZETROL[®] puede administrarse en cualquier momento del día, con o sin alimentos.

Uso en pacientes de edad avanzada

No se requieren ajustes de dosis en los pacientes de edad avanzada.

Uso en pacientes pediátricos

Niños y adolescentes ≥ 10 años: No se requieren ajustes de la dosis.

Niños menores de 10 años: No se recomienda el tratamiento con EZETROL[®].

Uso en deterioro hepático:

En los pacientes con insuficiencia hepática leve (puntaje de Child Pugh 5 a 6) no se requiere un ajuste de la dosis. El tratamiento con ezetimibe no se recomienda en los pacientes con disfunción hepática moderada (puntaje de Child Pugh 7 a 9) o severa (puntaje de Child Pugh > 9). (Ver PRECAUCIONES).

Uso en deterioro renal:

No se requiere un ajuste de la dosis en los pacientes con deterioro renal.

Administración concomitante con secuestrantes de ácidos biliares

La administración de EZETROL debe realizarse 2 o más horas antes o 4 ó más horas después de la administración de un secuestrante de ácidos biliares.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a cualquier componente de la medicación.

Cuando EZETROL vaya a ser administrado con una estatina, sírvase referirse al prospecto de esa estatina en particular.

PRECAUCIONES

Cuando EZETROL[®] se administre en combinación con una estatina, por favor remitirse al Prospecto Interno de esa estatina en particular.

Enzimas hepáticas

En estudios de co-administración controlados, en los que los pacientes recibieron EZETROL[®] en combinación con una estatina, se observaron elevaciones consecutivas de las transaminasas (≥ 3 X el límite superior normal [LSN]). Cuando EZETROL[®] se administre concomitantemente con una estatina, las pruebas de función hepática se deben llevar a cabo al inicio del trata-

miento y según las recomendaciones de la estatina (ver EFECTOS COLATERALES).

Insuficiencia hepática

Debido a que no se conocen los efectos del incremento de la exposición a ezetimibe en los pacientes con insuficiencia hepática moderada a severa, no se recomienda el empleo de EZETROL[®] en estos pacientes.

Fibratos

No se ha establecido la seguridad y eficacia de ezetimibe administrado en combinación con fibratos; por lo tanto, no se recomienda la administración concomitante de EZETROL[®] y fibratos (ver INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS).

Ciclosporina

Debe tenerse precaución al iniciarse ezetimibe en pacientes en tratamiento con ciclosporina (ver INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS).

EMBARAZO

No se dispone de datos clínicos sobre la exposición a la droga durante el embarazo. Los estudios realizados en animales a los que se administró ezetimibe solo, no indican efectos nocivos directos o indirectos en lo que respecta a embarazo, desarrollo fetal/embrionario, parto o desarrollo posnatal. No obstante se recomienda precaución cuando se prescriba la droga a una mujer durante la gestación.

Cuando ezetimibe se administró en combinación con lovastatina, simvastatina, pravastatina o atorvastatina, no se observaron efectos teratogénicos en los estudios de desarrollo embrionario-fetal en ratas gestantes. En conejas preñadas, se observó una baja incidencia de malformaciones esqueléticas.

Cuando ezetimibe sea administrado en combinación con una estatina, por favor remitirse al Prospecto Interno de esa estatina en particular.

LACTANCIA

Los estudios en ratas han demostrado que ezetimibe se excreta en la leche. Se desconoce si la droga se excreta en la leche humana; por lo tanto, EZETROL[®] no debe administrarse a las mujeres durante la lactancia a menos que el beneficio potencial justifique el riesgo potencial para el lactante.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

En los estudios preclínicos se ha demostrado que ezetimibe no induce el sistema de enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P450. No se han observado interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas entre ezetimibe y las drogas que se sabe que son metabolizadas por los citocromos P450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 y 3A4 ó N-acetiltransferasa.

Ezetimibe no tuvo efectos sobre la farmacocinética de dapsona, dextrometorano, digoxina, anticonceptivos orales (etinilestradiol y levonorgestrel), glipizida, tolbutamida, midazolam o warfarina durante la co-administración de las drogas. La administración concomitante de cimetidina con ezetimibe no tuvo efectos sobre la biodisponibilidad de ezetimibe.

Antiácidos: La administración concomitante de antiácidos disminuyó la tasa de absorción de ezetimibe pero no tuvo efecto sobre la biodisponibilidad del mismo. Este descenso en de la tasa de absorción no se considera clínicamente significativo.

Colestiramina: La administración concomitante de colestiramina disminuyó el AUC promedio de ezetimibe total (ezetimibe + ezetimibe-glucurónido) aproximadamente un 55%. El incremento en la reducción del LDL-C derivado de agregar ezetimibe a la colestiramina puede verse reducido por esta interacción.

Ciclosporina: En un estudio en ocho pacientes post-trasplante renal con un clearance de creatinina superior a 50 ml/min con una dosis estable de ciclosporina, una dosis única de 10 mg de ezetimibe resultó en un aumento de 3.4 veces (rango 2.3 a 7.9) en el ABC de ezetimibe total en comparación con la población de controles sanos de otro estudio (n=17). En un estudio diferente, un paciente con trasplante renal con insuficiencia renal severa (clearance de creatinina de 13.2 ml/min/1.73 m²) que estaba recibiendo medicaciones múltiples, incluyendo ciclosporina, demostró una exposición superior a 12 veces a ezetimibe total comparado con los controles concurrentes.

Fibratos: La administración concomitante de fenofibrato o gemfibrozil aumentó las concentraciones de ezetimibe total (ezetimibe + ezetimibe-glucurónido) aproximadamente 1,5- y 1,7- veces, respectivamente; no obstante, estas elevaciones no se consideran clínicamente significativas. No se ha establecido la seguridad y eficacia de ezetimibe administrado con fibratos. Los fibratos pueden aumentar la excreción de colesterol en la bilis, dando lugar a colelitiasis. En un ensayo preclínico en perros, ezetimibe incrementó el colesterol en la bilis vesicular. Aunque se desconoce si este hallazgo preclínico es aplicable a los humanos, no se recomienda la administración combinada de EZETROL[®] con fibratos hasta que se estudie su uso en pacientes.

Estatinas: No se observaron interacciones farmacocinéticas significativas durante la co-administración de ezetimibe con atorvastatina, simvastatina, pravastatina, lovastatina o fluvastatina.

EFECTOS COLATERALES

Los estudios clínicos de 8 a 14 semanas de duración, en los cuales se administró EZETROL[®] a la dosis de 10 mg diarios, solo o en combinación con una estatina, a 3366 pacientes demostraron que: EZETROL[®] comúnmente fue bien tolerado, las reacciones adversas usualmente fueron leves y transitorias, la incidencia global de efectos secundarios reportada con EZETROL[®] fue similar a la comunicada con placebo, y la tasa de interrupción de la terapia debida a experiencias adversas fue comparable entre EZETROL[®] y placebo.

Las siguientes reacciones adversas comunes ($\geq 1/100$, $< 1/10$) vinculadas a la droga se informaron en los pacientes que recibieron tratamiento con EZETROL[®] administrado solo (n= 1691) o en combinación con una estatina (n= 1675):

EZETROL administrado como droga única: cefalea; dolor abdominal, diarrea.

EZETROL co-administrado con una estatina: cefalea, fatiga; dolor abdominal, constipación, diarrea, flatulencia, náuseas; incremento de ALT (TGP); incremento de AST (TGO); mialgia.

Valores de laboratorio: En estudios clínicos controlados con monoterapia, la incidencia de elevaciones clínicamente importantes de las transaminasas séricas [(ALT y/o AST ≥ 3 X VSN, consecutiva) fue similar entre EZETROL[®] (0,5 %) y placebo (0,3 %). En los ensayos de administración concomitante, la incidencia fue del 1,3 % en los pacientes tratados con EZETROL[®] en combinación con una estatina y del 0,4 % en los pacientes tratados con una estatina sola. Estas elevaciones por lo general fueron asintomáticas, no se asociaron con colestasis y retornaron a los valores basales después de interrumpido el tratamiento o con la continuación del mismo (Ver PRECAUCIONES).

Los aumentos clínicamente importantes de CPK (≥ 10 X VSN) en los pacientes tratados con EZETROL[®], administrado solo o en combinación con una estatina, fueron similares a las elevaciones observadas con el placebo o la estatina cuando se administraron solos, respectivamente.

Experiencia post-comercialización

Se han reportado las siguientes reacciones adversas durante la experiencia post-comercialización:

Reacciones de hipersensibilidad, incluyendo angioedema y erupción cutánea.

SOBREDOSIS

No se informaron casos de sobredosis con la administración de EZETROL[®]. La administración de ezetimibe a la dosis de 50 mg/día, a 15 sujetos por hasta 14 días, generalmente fue bien tolerada. Ante la eventualidad de una sobredosis se recomienda instituir tratamiento sintomático y de sostén.

CONSERVACIÓN

No conservar por encima de los 30°C (86°F). Conservar en el envase original.

PRESENTACIÓN

Envases conteniendo 10 y 20 comprimidos de 10 mg.

MSD PRESENTA UN NOVEDOSO AVANCE
PARA SUS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA.

PRIMERO
DE UNA NUEVA
CLASE

NUEVO EZETROL[®] (ezetimibe)

UN PODEROSO ALIADO DESDE EL INICIO

NUEVO en el tratamiento del colesterol

EFICACIA, POTENCIA Y RAPIDEZ

PRESCRIBA **EZETROL** CONJUNTAMENTE CON UNA ESTATINA
PARA SUS PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS QUE:

- NECESITAN UNA IMPORTANTE REDUCCIÓN DE C-LDL
- NO HAN ALCANZADO LAS METAS DE C-LDL
- EZETROL MEJORÓ TAMBIÉN LOS NIVELES DE TG Y C-HDL
- LAS REDUCCIONES MÁXIMAS SE OBTUVIERON GENERALMENTE EN DOS SEMANAS¹

MECANISMO DE ACCIÓN ÚNICO Y COMPLEMENTARIO AL DE LAS ESTATINAS²

- El primero de una nueva clase de inhibidores de la absorción del colesterol³

BUENA TOLERABILIDAD Y PERFIL DE SEGURIDAD

- EZETROL ha sido evaluado en más de 4.700 pacientes en estudios clínicos. La incidencia de efectos adversos reportados asociados con el uso de EZETROL fue similar a Placebo¹

CONVENIENTE DOSIFICACIÓN DE UNA VEZ AL DÍA

- EZETROL 10 mg junto con una estatina, en cualquier dosis¹

Antes de prescribir, por favor consultar la Información para Prescribir .

Para la administración conjunta con una estatina, por favor tener en cuenta las recomendaciones de cada estatina. C-LDL: colesterol de lipoproteína de baja densidad; C-HDL: colesterol de lipoproteína de alta densidad; TC: colesterol total; TG: triglicéridos

EZETROL (ezetimibe) es marca registrada de MSP Singapore Company, LLC.
Copyright © 2003 Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ USA
Todos los derechos reservados
07-04 EZ-03-RA (W-6004-J) 3011-J
www.msd.com.ar



References

1. Datos en archivo MSD Argentina. 2. Shepherd J. The role of the exogenous pathway in hypercholesterolemia. *Eur Heart J Suppl* 2001;3(Suppl E):E2-E5. 3. Bays HE, Moore PB, Dreihobl MA et al. Effectiveness and tolerability of ezetimibe in patients with primary hypercholesterolemia: Pooled analysis of two phase II studies. *Clin Ther* 2001;23:1209-1230.





DISPROFARMA

Suma de Esfuerzos



Andrómaco



sanofi-synthelabo



GUESADA FARMACEUTICA S.A.



Alcon ARGENTINA



irb pharma s.a.



Inteligencia en Dermatología



DEFUEN



LABORATORIO DOMINGUEZ S.A.



PURISSIMUS S.A.



MENARINI ARGENTINA S.A.



ATLAS farmacéutica



DISPROFARMA

Virrey Cevallos 1643 (C1135AAI) Capital Federal Tel. 4379-4350.
E-mail: info@disprofarma.com.ar Internet: www.disprofarma.com



ISO 9001:2000

Así somos los argentinos

Existió, hace muchos años, un profeta.
 Un día, un grupo de discípulos le dijo:
 Maestro, hablemos de los argentinos...
 El profeta recogió su blanca túnica y les contestó:
 -Los argentinos están entre vosotros, pero no son como vosotros.
 No intentéis conocerlos, porque su alma vive en el mundo impenetrable del dualismo.
 Los argentinos beben en una misma copa la alegría y la amargura.
 Hacen música de su llanto -el tango- y se ríen de la música de otros.
 Los argentinos toman en serio los chistes y de todo lo serio hacen una broma. Ellos mismos no se conocen.
 Nunca subestiméis a los argentinos.
 El brazo derecho de San Pedro se supone que es argentino, y el mejor consejero del demonio también. Argentina nunca ha dado un gran santo ni un gran hereje, pero los argentinos pontifican sobre los herejes y heretizan a todos los santos. Su espíritu es universal e irreverente. Creen en la Difunta Correa, la interpretación de los sueños y el horóscopo chino, todo al mismo tiempo...
 Tratan a Cristo de 'el flaco' y se mofan de los ritos religiosos, aunque no se pierden Tedeum ni misa alguna. No creen en nadie, pero se creen todo.
 No renuncian a sus ilusiones ni aprenden de sus desilusiones
 ¡No discutáis con ellos jamás! ¡Los argentinos nacen con sabiduría inmanente!
 ¡Sabén y opinan de todo!
 En una mesa de café arreglan el mundo, que siempre funciona como ellos piensan, no como es.
 Cuando los argentinos viajan, todo lo comparan con Buenos Aires.
 Los argentinos son 'El pueblo elegido'... por ellos mismos. Se pasean entre los demás pueblos como el espíritu sobre las aguas:
 ¡Sin absorber nada de ellos!
 Individualmente, se caracterizan por su simpatía e inteligencia, pero en grupo son insostenibles por su griterío y apasionamiento.
 Cada uno lleva en sí la chispa del genio, aunque los genios, ya se sabe, no se llevan bien entre ellos. Por eso, reunir a los argentinos es muy fácil, pero unirlos es imposible.
 Un argentino es capaz de lograr todo en el mundo, menos conseguir el aplauso de otros argentinos. La envidia es una enfermedad genéticamente arraigada en estos sudamericanos incurables.
 No les habléis de la lógica. La lógica implica razonamiento y medida. Los argentinos son hiperbólicos y desmesurados.
 Si os invitan a comer, no os invitan a una comida sino a 'morfar' la mejor comida del mundo...
 Cuando discuten no dicen: -No estoy de acuerdo con usted, sino: 'Usted está total y absolutamente equivocado'
 Tienen una tendencia antropofágica. 'Se la tragó' significa haber sobrepasado o aventajado a otro.
 Muchísimas de sus referencias son igualmente gastronómicas.
 Para referirse a una mujer bien dotada, suelen decir que es un 'budinazo', un 'bombón' o cualquiera de esas expresiones.
 Aman tanto la contradicción que llaman 'bárbara' a una mujer linda, a un erudito lo bautizan 'bestia' y a un mero futbolista 'genio'...
 Cuando acceden a hacer un favor no dicen 'sí', sino '¡cómo no!'...

Son el único pueblo del mundo que comienza sus frases con la palabra 'NO'. Cuando alguien les agradece por algo, dicen: 'No, de nada', o simplemente 'no'... con una sonrisa.
 Los argentinos, además tienen dos problemas para cada solución. Pero intuyen las soluciones a todo problema.
 Cuando estuve la última vez en Buenos Aires me admiró que cualquier argentino dijera que sabía cómo pagar la deuda externa, enderezar a los militares, aconsejar al resto de América Latina, eliminar el hambre en África y enseñar economía en Estados Unidos.
 Cuando quise predicar mis ideas, empezaron por enseñarme cómo tenía que hacer para llegar a ser un buen predicador.
 Se asombran de que los demás no vean cuán sencillas son sus recetas y no entienden por qué el mundo no les hace caso.
 Los argentinos también eligen cuidadosamente metáforas para referirse a lo común con palabras comunes.
 Por ejemplo, a un aumento de tarifas lo llaman 'rebalanceo de ingresos', a un incremento de impuestos: 'modificación de la base imponible' y a una devaluación del peso: 'una variación en la relación cambiaría'...
 Un plan económico es siempre 'un plan de ajuste', lo que daría a entender que en la economía Argentina ya no quedan tornillos por apretar.
 A una operación financiera de especulación la llaman con el inocente nombre de 'bicicleta'. Todo argentino que se precie ha pedaleado alguna vez...
 Viven, como dijo el filósofo Ortega y Gasset, una permanente disociación entre la imagen que tienen de sí mismos y la realidad. Jamás se miran al espejo para verse bien cómo son. Tienen un porcentaje altísimo de psiquiatras y psicólogos y se ufanan de estar siempre al tanto de la última terapia de moda.
 Poseen un tremendo súper-ego, pero no toleran que se lo mencione. Tienen un espantoso temor al ridículo, pero se describen a sí mismos como liberados y pertenecientes al llamado 'primer mundo'. Son convencionales y prejuiciosos, pero creen ser amplios, generosos y tolerantes...
 Son racistas al punto de hablar de los 'negros de mierda' y se jactan, erróneamente, de no tener indios en su territorio...
 Espejo e imagen, concentran en ellos mismos el terrible choque entre la fantasía y la realidad.
 Había llegado la nave al muelle. Alrededor del profeta arremolinábase una multitud dolorida que había acudido a despedirlo en su largo viaje a la remota Argentina, lugar al que debía ahora regresar.
 El profeta quiso hablar, pero la emoción, como a Carlos Gardel, le embargaba la voz. Hubo un minuto de largo y conmovedor silencio, hasta que de repente oyó una apreciación del timonel del buque que decía:
 -'¡Vamo' che!, decidite y a ver si subí 'que' toy apuraa...
 El profeta, recordando aquellos inefables conductores de autobuses de Buenos Aires que se llaman 'colectiveros', hizo un gesto de resignación y lentamente subió al pequeño barco. Desde allí saludó a sus fieles por última vez...
 El timonel, ARGENTI NO HASTA LA MUERTE, lo miró con indiferencia y puso proa al horizonte.



Dr. Gustavo Dodera Martínez

Farmacéutico

Miembro del Foro Farmacéutico de las Américas

Foro Farmacéutico de las Américas

CAPACITACIÓN DE FARMACÉUTICOS en hipertensión arterial

Es para desarrollar la atención farmacéutica en esta patología de alta prevalencia.

Entre los días 15 y 19 de agosto se realizó, en la Confederación Farmacéutica Argentina, el lanzamiento del "Programa de Atención Farmacéutica en Hipertensión Arterial", un proyecto de investigación diseñado por el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Durante la apertura se dirigieron a los presentes el Dr. Hugo Torres, prosecretario de COFA y la Dra. Sandra Brikman, presidente del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, quienes resaltaron la importancia de esta iniciativa de la que par-

ticiparán colegas de Chile, Brasil, Venezuela, Costa Rica y de nuestro país. Por medio de un trabajo en común se obtendrán datos que permitirán demostrar la importancia del farmacéutico en la atención del paciente con hipertensión arterial y posibilitará la obtención de datos de nuestro propio país.

Con posterioridad el Dr. José Luis Castro, Secretario del Foro Farmacéutico de las Américas en OPS, Washington, explicó el proyecto, sus objetivos, los resultados esperados y sus indicadores.

El seminario fue dividido en cuatro módulos:

- I- Epidemiología y Fisiopatología*
- II- Farmacología y Terapéutica*
- III- Atención Farmacéutica y Comunicación*
- IV- Protocolo y Formularios*

El módulo de epidemiología y fisiopatología estuvo a cargo del Dr. Pedro Orduñez, médico, especialista en medicina interna de la Escuela de Medicina de Cienfuegos, Cuba, quien es Director General del Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía", Cienfuegos y Consultor de la OPS en



Dra. Sandra Brikman



Dr. José Luis Castro



Profesores responsables del Programa



Dr. Hugo Torres



Dr. Pedro Orduñez



Plenario de las actividades

Enfermedades No Transmisibles. La presentación incluyó un taller de Toma de la Presión Arterial, donde los participantes tuvieron que realizar mediciones con tensiómetros automáticos y de mercurio y efectuar la comparación entre ambas mediciones.

La **Dra. Margarita Salazar-Bookman**, farmacéutica, Profesora de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela y PhD. en farmacología de The Ohio State University, USA, **tuvo a su cargo el módulo de farmacología y terapéutica** y, como cierre de su clase, presentó un programa interactivo de casos con problemas en la terapéutica.

Los módulos III y IV fueron compartidos por dos profesoras invitadas que contaron con la colaboración del Dr. Castro.

La **Dra. Luz Gutiérrez Collazo**, farmacéutica, doctora en farmacia de la Universidad de Tennessee y catedrática de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Puerto Rico, **se refirió a los conceptos filosóficos de la atención farmacéutica** y a como desarrollar un plan de seguimiento de pacientes; tema que se encadenó con conceptos de comunicación y que se ejercitó con casos prácticos.

La presentación del protocolo y formularios fue realizada por la Dra. Lisiane da Silveira, doctora en ciencias farmacéuticas, Decana de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Ouro Preto, quien explicó el criterio de

selección e incorporación de pacientes. Explicó además las características con las que se diseñaron los formularios y como fueron modificados luego de la experiencia piloto del proyecto realizada en su ciudad, Ouro Preto.

Se realizaron casos prácticos, donde los asistentes debían representar al paciente, al farmacéutico y al supervisor. Esta resultó una experiencia muy satisfactoria porque no solo se pudieron evaluar los resultados de la capacitación, sino que permitió a los participantes un momento de distensión.

Los participantes realizaron un test al comenzar y finalizar cada uno de los módulos y respondieron una encuesta de satisfacción el último día del seminario.

Participaron colegas de las provincias de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Santa Fe y COFA. Hubo representación de docentes de la FFyB-UBA, de la Universidad Juan Agustín Mazza y del Centro de Información de Medicamentos del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

En el transcurso del seminario se trabajó duramente, y se discutieron temas controversiales, en un marco de total respeto.

Como evaluación preliminar creo que algunos temas resultaron más atractivos que otros y que los docentes se llevaron una buena impresión acerca del desarrollo de la Atención Farmacéutica en nuestro país, a pesar

de que aun queda mucho por hacer

El paso siguiente de este proyecto consiste en esperar unas semanas hasta la evaluación de los seminarios que se dictaron en Chile y Brasil con posterioridad al de COFA, para así contar con los documentos finales e iniciar la implementación. En próximas semanas se realizarán un par de seminarios para complementar algunos temas que por razones de tiempo el grupo regional dejó en manos de los docentes nacionales

La opinión de los docentes

Dr. Pedro Orduñez

La importancia reside en que se trata de un proyecto de investigación que evaluará el impacto que tiene la inclusión del profesional farmacéutico en el equipo multidisciplinario de salud para atender al paciente hipertenso.

La hipertensión es una enfermedad, que a su vez aumenta riesgo de padecer otras enfermedades. Y es un padecimiento muy frecuente en la población. Se estima que en el continente americano hay 140 millones de personas que padecen de presión alta. En América Latina, con pequeñas variantes entre países, entre un 20 y un 30 % de la población adulta puede padecer de presión arterial alta. Si tenemos en cuenta que las enfermedades cardiovasculares se han constituido en la primera causa de muerte y que aproximadamente

→ continua → → →



1 de cada 4 personas se está muriendo a causa de estas enfermedades, creo que tratar el tema de la presión arterial es altamente importante.

Hay otros elementos: muchas personas que tienen la presión arterial elevada lo desconocen y solamente un tercio de las de personas que conocen que padecen la enfermedad está bajo tratamiento. De los que están llevando un tratamiento, solamente un tercio está controlado.

Para el sistema del salud y para los ciudadanos representa una potencialidad enorme el papel del farmacéutico incorporándose a los equipos de salud y participando de la asistencia a estos pacientes para reforzar la mejoría en el tratamiento.

Lo que parece una regla en América Latina es que los pacientes acuden con más frecuencia a la farmacia que al médico. El hecho de tener que acudir todos los meses a buscar sus medicamentos se convierte para el paciente en una puerta abierta al sistema de salud.

La idea que se está proponiendo internacionalmente es que haya una alianza en la atención del enfermo. Lo más importante es que enfermo logre su control, que disminuya su riesgo, que retrase o aplase el tiempo en que va a desarrollar una enfermedad cardiovascular y que tenga mejor calidad de vida. Las organizaciones de la sociedad están obligadas a crear una alianza para ofrecer al paciente todas las posibilidades que hoy no se están aprovechando. Si cada uno trabaja por su lado, nos seguirá pasando lo que hoy muestran los resultados que tenemos en América Latina.

Dra. Lisiane Da Silveira

En los países de América existen iniciativas aisladas de farmacéuticos para contribuir con el equipo de salud en la atención del paciente hipertenso, pero no están estandarizados en la práctica ni se puede evaluar su importancia. Una vez terminado este proyecto ten-

dremos datos para presentar a los otros profesionales del equipo de salud y a los ministerios de Salud para reivindicar con datos precisos el papel del farmacéutico.

Estas acciones de los farmacéuticos deben ser reunidas para que se tornen representativas porque si son puntuales o aisladas, tendrán poca fuerza. Cuando se unen de una manera ordenada y con una metodología se obtiene un mayor retorno. Esta es la gran diferencia que marca este proyecto.

Dra. Luz Gutiérrez

El proyecto contempla el adiestramiento del farmacéutico en la toma de presión. Se implementará el uso de dos tipos de aparatos: el de mercurio y uno automático digital, con certificación internacional.

Una de las medidas fundamentales en el proyecto es el adiestramiento del farmacéutico en la toma de presión para lograr mediciones certeras.

El proyecto parte de la base de que el paciente ya cuenta con un diagnóstico de hipertensión. Cuando la persona visita la farmacia para obtener su medicación se le hace la oferta del servicio partiendo de una toma inicial. Las personas pueden aceptar o no participar del proyecto. A quienes no acepten se les entregará un folleto educativo. A los que aceptan se les explican los propósitos del proyecto y se los invita a firmar un documento de consentimiento. Luego en cada una de las entrevistas subsiguientes se realizará una toma de presión.

Del proyecto piloto surgen una serie de formularios que se tienen que adoptar en cada uno de los países en que se va a desarrollar este proyecto, ya que tiene un aspecto de investigación. Para que estos datos se puedan agregar debe existir una vía de comunicación entre las farmacias, los

coordinadores y los colegios de farmacéuticos. Luego desde del nivel nacional de cada uno de los países estos datos se remitirán al Foro Farmacéutico de las Américas.

Dra. Margarita Salazar

La elección de la hipertensión para desarrollar este proyecto tiene que ver con que inicialmente no muestra ningún síntoma. Y existe un alto porcentaje de personas que son hipertensas y no lo saben o que cuentan con el diagnóstico de la enfermedad y no se tratan. El Foro está tratando de involucrar a los farmacéuticos en la atención de la presión arterial elevada, porque es el profesional más cercano al paciente. El farmacéutico puede asesorarle con familiaridad y además en forma gratuita. Hay una corriente a nivel internacional para el desarrollo de la Atención Farmacéutica y uno de los aspectos fundamentales es el asesoramiento al paciente.

Se está tratando de aprovechar la formación de los farmacéuticos bajo este concepto, de manera de que haya una mejor atención a los pacientes. En este caso para el manejo de los pacientes con hipertensión en la farmacia comunitaria. Por medio del asesoramiento el farmacéutico puede ayudar a que las personas disminuyan los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares. ➔



Vista de los participantes



Credencial farmacéutica de uso obligatorio

solicítela en su Colegio.

Estimado Farmacéutico:

Le recordamos que el Decreto 987/03 reglamentario de la Ley 25.649 de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico dispone la obligatoriedad de exhibir en su vestimenta una credencial que lo identifique como profesional farmacéutico. En dicha credencial deben figurar su nombre y apellido, número de matrícula y foto.

La credencial es una obligación legal para el ejercicio profesional.



NORMA COFA RECOMENDADA N° 3/03 PARA LA ACREDITACIÓN DE FARMACIAS QUE DESEEN DISPENSAR CLOZAPINA

Aprobada por el Consejo Directivo para su implementación por parte de los Colegios para cumplimentar la norma vigente.



VISTO:

La disposición n° 5625/00 que por su artículo 1° modifica el anexo i, ítem 2 "responsabilidades de la farmacia", punto 2, 3 de la disposición de ANMAT n° 935/00 el que quedará redactado como sigue: "2.3.- la cantidad de farmacias deberá ser adecuada en cuanto a cantidad y distribución para el correcto seguimiento de los pacientes, pero suficiente para permitir a los pacientes un fácil acceso a la medicación.

Y CONSIDERANDO:

Que la citada norma establece que: "la acreditación de las farmacias que ingresen al programa de monitoreo para pacientes ambulatorios tratados con Clozapina, deberá realizarse ante el colegio de farmacéuticos jurisdiccional" y que la atención personal y efectiva del farmacéutico resulta imprescindible en la dispensación de esta droga, por sus peligrosos efectos adversos.

La Confederación Farmacéutica Argentina, con el fin de orientar a los Colegios en este sentido, RECOMIENDA e l Buenos Aires, Agosto de 2003 cumplimiento de las siguientes pautas para la acreditación de farmacias que deseen participar del Programa de farmacovigilancia Intensiva de Clozapina:

Primero- Presencia activa del Farmacéutico en la Farmacia.

Segundo- Compromiso con el paciente a través de la apertura y mantenimiento de una ficha de seguimiento del uso de Clozapina.

Tercero- Aprobar un curso de actualización sobre "Esquizofrenia":(*)

Cuarto- Aprobar un curso de Farmacovigilancia - (*)

(*) En cuanto a los cursos requeridos, la Confederación Farmacéutica Argentina y/o los Colegios adheridos ofrecerán alternativas para los postulantes a la acreditación.

Dr. Marcelo Daniel Peretta
Vicepresidente

Dr. José Julio Daniel Alvarado
Presidente



Dr. Carlos Izidore (†)

In Memoriam

Farmacéutico

Ex-presidente de COFA

LA FARMACIA EN EL MUNDO: Portugal

Condiciones mínimas para ingresar y mantenerse en la profesión

La Orden de Farmacéuticos (OF) presentó nuevas condiciones de ingreso al ejercicio de la profesión. La propuesta de un Sistema de Calificación y Admisión contempla, por un lado, requisitos de acceso a la profesión y, por otro, renovación de la matrícula.

La publicación del Decreto-Ley Nº 288/2001, que aprueba el nuevo Estatuto de la Orden de Farmacéuticos (OF), representa el cumplimiento de una aspiración de los farmacéuticos y un marco que seguramente quedará en la historia de la profesión.

Pero además de un fuerte componente ético deontológico y de la clara definición del ámbito de intervención del farmacéutico, el nuevo Estatuto consagra la definición de reglas para el acceso a la profesión y la renovación periódica de la matrícula profesional, a través de la formación continuada obligatoria.

La implementación del nuevo Estatuto, por su carácter innovador y por implicar una ampliación de la capacidad de intervención de los farmacéuticos y de su Orden, representa un desafío primordial para el cual todos tendremos que procurar y encontrar la mejor respuesta.

El ejercicio de las profesiones es influenciado por numerosos factores, unos más directos, otros más indirectos. No obstante, la evolución del ejercicio de una profesión requiere un planeamiento a medio y largo plazo. Es este planeamiento la base del mejoramiento de cualquier profesión en la sociedad.

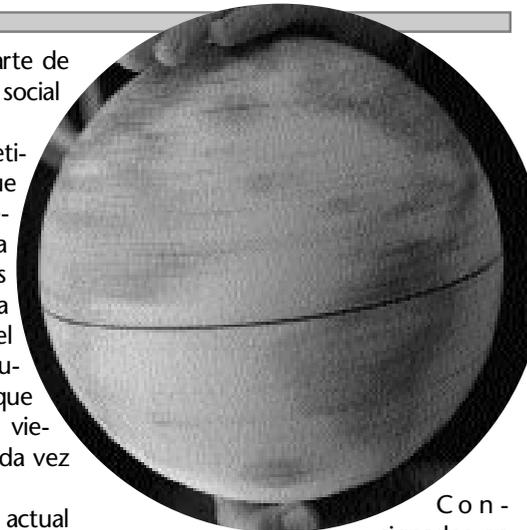
Pero además de eso, el reconoci-

miento de una profesión por parte de la sociedad, depende de la utilidad social de los actos que practica.

Asimismo, definir como objetivo una constante renovación que permita que emerja una profesión fuerte, sólida y dispuesta a responder pro-activamente a los desafíos a los que la sociedad enfrenta, tanto hoy como en el futuro parece algo lógico y natural. Es este, además el objetivo que los farmacéuticos portugueses vienen persiguiendo de manera cada vez más estructurada.

La confianza que la sociedad actual nos deposita y el creciente aprecio que manifiesta por nuestro trabajo han sido construidos, a lo largo de las últimas décadas, porque los farmacéuticos se supieron organizar y demostrar el valor de los servicios que prestan a la sociedad. En una sociedad cada vez más informada y exigente debemos continuar desarrollando los mecanismos que permitan corresponder a esa confianza y a ese aprecio.

La revisión del Estatuto de la OF refleja el empeño demostrado por todos los farmacéuticos en crear esos mecanismos. La introducción de un nuevo modelo de acceso a la profesión y de renovación de la credencial profesional y el refuerzo de los deberes éticos.



Consignados en el diploma publicado el 10 de noviembre de 2001 fueron unánimemente reconocidos por todos los partidos políticos representados en la Asamblea de la República, por otras Ordenes Profesionales y por nuestros colegas.

Experiencias y opiniones

La nueva realidad, a la que todos vamos a estar sujetos, implica alteraciones en el encuadramiento legal, en los reglamentos internos y en la organización interna de la OF y de la profesión.

Desde la publicación del nuevo Estatuto de la OF y de la profesión, la OF viene desarrollando todo el soporte

reglamentario que permita la efectiva aplicación del nuevo modelo de admisión y calificación profesional.

Durante un período de cerca de 12 meses, que condujo a la elaboración del modelo propuesto, varias fueron las actividades realizadas, contándose entre ellas, visitas al exterior para analizar experiencias transnacionales, reuniones para auscultar la opinión de los miembros e innumerables horas de reuniones internas.

Este es además el espejo de todo el proceso de perfeccionamiento a que el sistema de Calificación y Admisión de la OF fue sometido para, finalmente, adquirir los contornos que han sido presentados y discutidos en las reuniones de esclarecimiento descentralizadas que se han realizado desde Octubre.

El objeto es garantizar que la nueva reglamentación de acceso y ejercicio de la profesión resulte de un amplio debate en el seno de la clase farmacéutica, en base a una actitud de diálogo, fundamentada, evolutiva y progresiva, de manera que sean creadas las condiciones para la participación de todos los que quieran contribuir para un buen resultado de esta gestión.

Reglamentación a implementar

Compete estatutariamente a la OF garantizar que los profesionales que ejercen el servicio público de la atención farmacéutica tengan una calificación adecuada.

En este sentido, la emisión de la Credencial Profesional deja de ser sólo un proceso administrativo, esto es, de reconocimiento automático del diploma presentado, para pasar a estar condicionado a la prestación de Pruebas de Admisión. Mientras tanto, la exigencia de realizar las referidas pruebas es bastante equilibrada al ser dispensados de su prestación los licenciados de los cursos superiores universitarios acreditados por la OF.

Es así que, la OF acreditará las licenciaturas a través de un proceso que,

en este momento, está siendo discutido abiertamente con las Facultades. Se trata de una acreditación de licenciaturas y no de instituciones universitarias, ya que esta última es de competencia del Ministerio de Enseñanza Superior.

Por otro lado, el garante de una calidad profesional permanente pasa a ser asegurado a través de un programa de formación continua al que el profesional deberá someterse y que está basado en la renovación quinquenal de su credencial profesional, de acuerdo con criterios bien claros y definidos.

Con este propósito, se debe referir la aprobación en el Congreso de la Federación Internacional de Farmacia (FIP), en Septiembre de 2002, del Statement of Professional Standards on Continuing Professional Development, en el cual se hace referencia a la renovación obligatoria de la credencial profesional en base a un modelo de actualización continua.

Del largo proceso de auscultación y análisis ya referido, resultó un documento base intitulado "Sistema de Calificación y Admisión de la Orden de Farmacéuticos", en el que expresiones como "Examen ante la Orden", "Acreditación", "Créditos", entre otras, son clarificadas, de manera criteriosa y detallada para que no sean simples definiciones sino procesos concretos. El documento fue dividido en 5 componentes fundamentales:

- El farmacéutico: Perfil científico, ético y profesional
- Formación Farmacéutica Pre-graduada
- Admisión a la Orden de Farmacéuticos/Acceso a la Profesión
- Renovación de la Credencial Profesional/Formación Continua
- Atribuciones y Renovación del Título de Especialista de la Orden de Farmacéutico

Los dos primeros componentes son los más críticos pues en ellos se refieren, por un lado los aspectos que condicionarán la evolución del ejerci-

cio profesional farmacéutico y, por otro, las competencias que el farmacéutico debe poseer de manera de ejercer su actividad en forma ajustada a esa misma evolución.

Los otros tres componentes se refieren sobre todo a los procesos que serán seguidos en la relación al examen en la Orden, la Acreditación y la Renovación de la Credencial Profesional. Del contenido de estos documentos se subrayan tres puntos:

- Serán dispensados de prestar pruebas de admisión (Examen ante la Orden) los candidatos provenientes de licenciaturas acreditadas por la OF
- La OF condicionará la validación de la Credencial Profesional la obtención de un número mínimo de créditos, siendo que las actividades pasibles de ser acreditadas constan los cursos de formación continua, los de pos-graduación, las maestrías, los doctorados, la producción científica, la actividad formadora y la obtención del título de especialista de la OD, entre otras que aún puedan ser consideradas
- La renovación de la Credencial Profesional se efectuará cada cinco años.

De este primer documento resultarán hasta ahora dos reglamentos internos aún en análisis en el seno de la OF:

- El Reglamento Interno de Admisión
- El Reglamento Interno de Calificación

En el Reglamento de Admisión son definidas las condiciones de inscripción en la Orden, de realización y dispensa de las Pruebas de Admisión, de realización de estagio, en el caso de dos reprobados en las Pruebas de Admisión, y de Acreditación de licenciaturas.

En el Reglamento de Calificación se definen las condiciones de Renovación y exención de la Renovación de la Credencial Profesional, de Acreditación de Entidades Promotoras de Formación Continua y de los Créditos de las actividades.

¿Por qué un proceso obligatorio de renovación de la matrícula?

Antes que nada, debemos asumir que el conocimiento no es estático y que lo que hoy está bien puede ser hecho de una forma mejor mañana. Por lo cual, debemos apostar a una formación a lo largo de la vida.

En la sociedad actual y en la futura, sólo aquellos que posean una sólida formación científica, ética y profesional, podrán garantizar el cabal cumplimiento de un ejercicio farmacéutico de calidad y excelencia, al servicio de los pacientes, al servicio de los ciudadanos.

Los objetivos de la formación continua son precisamente los de suministrar al farmacéutico el conjunto de informaciones y conocimientos que le permita garantizar una práctica farmacéutica, a la luz de los conocimientos disponibles, lo mas actualizada posible.

¿Será tan complejo, inflexible e irreal el modelo propuesto para la renovación de la matrícula, en base a educación continua, que los farmacéuticos no consigan acompañarlo y se vean imposibilitados de renovar su credencial?

Por supuesto que NO. El sentido común debe imperar y el grado de exigencia tiene que comenzar por niveles más bajos, en un proceso creciente. La OF no pretende quitar nada a nadie. Por el contrario, pretende imbuir a los farmacéuticos de un mayor brío profesional, una mayor realización personal y una mayor seguridad frente a los desafíos que la sociedad le expone y continuará exponiéndolo diariamente.

En este sentido, y de acuerdo con el modelo desarrollado por la OF, la validación de la credencial profesional quedará condicionada, entre otras actividades, a la frecuencia de las acciones de formación continua, que otorguen créditos, cuya sumatoria en el periodo de cinco años supere el total de 20 créditos. El ejercicio profesional continuo sin sanciones disciplinarias será valorizado por un crédito por año.

Mientras tanto, el total de créditos a obtener deberá ser repartido anualmente no pudiendo en ningún año haber obtenido menos del 10% del total de créditos necesarios (2 créditos)

El número total de créditos necesarios para la Renovación de la Credencial Profesional será distribuido de la siguiente forma:

- Por lo menos 10 créditos en el área de educación continua,
- Por lo menos 7 créditos en el área de ejercicio profesional,
- 3 créditos obligatorios en las áreas de ética, deontología, legislación y del medicamento (farmacología y farmacoterapia)
- Hasta 10 créditos en otras actividades acreditables.

La atribución de créditos de actividades formativas no es hecha sólo en base al número de horas de formación. En la apreciación de las actividades a los efectos de atribución de créditos serán analizados los siguientes criterios:

- Actualidad de los contenidos
- Adecuación a la práctica farmacéutica
- Relación contenidos/carga horaria
- Métodos de evaluación/indicadores de desempeño.

La acreditación de otras actividades no incluidas en el ámbito de la formación continuada obligatoria deberá ser solicitada por el propio farmacéutico, incluyéndose entre otras que podrían ser consideradas y realizadas en el país o en el exterior, están las siguientes actividades:

- Curso de posgrado
- Maestría o doctorado
- Producción científica
- Publicaciones de artículos completos en revistas indexadas y con arbitraje
- Resúmenes de comunicaciones en Congresos con Comisión Científica Evaluadora de las comunicaciones y publicadas en periódicos con ISBN o SIN

- Conferencias por invitación en congresos, simposios y jornadas auspiciadas por la OF

- Actividad formadora, en el ámbito de la Formación continuada
- Actividad de evaluación pericial
- Título de especialista de la OF

La obtención por el farmacéutico de los créditos atribuidos a una determinada actividad implica que sea sometida al consejo para la Calificación y Admisión de la OF de:

- Comprobante de frecuencia, participación o publicación
- Resultado de la evaluación de conocimientos o de desempeño

Asegurar que las actividades acreditadas para su contabilización en el quinquenio correspondiente a la Renovación de la Credencial Profesional han sido completadas.

Los farmacéuticos inscriptos hasta el final de 2002, iniciarán la renovación de la credencial profesional de acuerdo con el siguiente cronograma:

- Inscriptos hasta el final de 1975, iniciarán en enero de 2004 y renovarán en Diciembre de 2008.
- Inscriptos entre 1976 y 1985, iniciarán en Enero de 2005 y renovarán en Diciembre de 2009.
- Inscriptos entre 1986 y 1995, iniciarán en Enero de 2006 y renovarán en Diciembre de 2010.
- Inscriptos entre 1996 y 2002, iniciarán en Enero de 2007 y renovarán en Diciembre de 2011.

Los farmacéuticos inscriptos a partir de 2003 iniciarán su renovación en el año inmediato al de su inscripción.

LA FARMACIA EN EL MUNDO Portugal:

Se -
rán exceptuados
de la Renovación de la Credencial Profesional los farmacéuticos que hayan alcanzado los 70 años de edad, necesitando para ello, en el caso de que ejerzan la profesión, hacerse acompañar en el ejercicio de la actividad por otro farmacéutico en proceso de Renovación de la Credencial Profesional.

● Acreditación de entidades de educación continua

A los efectos de la acreditación de acciones de Formación Continuada se ha establecido un proceso de Acreditación de entidades Promotoras de Formación Continuada. La Acreditación por la OF es consecuencia de la evaluación de la capacidad y adecuación de una entidad para desarrollar e implementar actividades formativas que cumplan con los criterios de calidad de la OF.

La Acreditación de la Entidad Promotora de Formación Continuada es válida por un periodo máximo de 3 años. Su renovación implica una revalidación, que debe solicitarse al consejo para la Calificación y Admisión de la OF por la entidad interesada, antes del inicio del último semestre de la Acreditación vigente.

En el caso de renovación de la Acreditación, esta podrá ser válida por periodos más extensos, pero no superiores a los 6 años.

● Seguimiento del proceso, evaluación de resultados y medidas correctivas

Importa que todos comprendamos que el nuevo modelo de Acceso a la Orden y a la Renovación de la Credencial Profesional será una realidad.

Es preciso asumir que la organización de un examen ante la Orden, de un proceso de Acreditación y un proceso de Renovación de la Credencial, basado en la formación continuada, no podrá ejecutarse de la noche a la mañana. El proceso deberá ser gradual.

Debemos entender que, obviamente, no se va a avanzar con medidas reductoras e inflexibles, sino que el grado de exigencia tenderá a aumentar gradualmente, cuando más años pasaren desde su implementación.

Serán naturalmente desarrollados mecanismos propios de monitorización, de evaluación y de corrección, cualquiera sea el proceso propiamente dicho, como los objetivos estratégicos que nos proponemos, en una perspectiva de mejoramiento continuo.

Sabemos que estamos tratando materias delicadas e innovadoras y que el modelo propuesto debe funcionar con eficiencia y rigor. Por eso, debe ser monitorizado a fin de introducirle las necesarias correcciones. Y eso es lo que nos proponemos hacer periódicamente en un plazo de tres años.

Pero es sobretodo fundamental que los futuros farmacéuticos entiendan este proceso como una herramienta para mejorar su desempeño y para la consolidación de la autonomía y diferenciación de su ejercicio profesional y refuerzo de la intervención del farmacéutico en la sociedad, lo que permitirá, al mismo tiempo, una mayor realización personal.

Naturalmente que la implementación de un nuevo sistema de acceso a la profesión y a la renovación de la credencial profesional implican una modificación de comportamientos, mentalidades y actitudes en la diaria actividad

profesional.

A pesar de poder considerar este nuevo "Sistema de Calificación y Admisión" como algo revolucionario, la OF está lejos de propiciar una revolución. Procuraremos que paulatinamente se progrese en el sentido de dignificar cada vez más a la profesión y que los profesionales se adapten a las realidades y a las demandas con que se enfrentan tanto en la oficina de farmacia, en la mesa del laboratorio de investigaciones, como en cualquier otra función en que el farmacéutico ejerza su actividad.

● Dignificar la profesión

La promoción de una constante renovación de la profesión que contribuya a dar respuesta a los desafíos que la evolución de los sistemas de salud proponen a los farmacéuticos es el principal objetivo de la nueva reglamentación del acceso al ejercicio de la profesión.

El mejoramiento del desempeño de los farmacéuticos, que comprenda un ejercicio profesional de calidad y excelencia, la consolidación y el fortalecimiento de la intervención del farmacéutico en la sociedad y una mayor realización personal son las principales ventajas del Sistema de Calificación y Admisión de la OF.

Los desafíos y los riesgos son grandes, pero sabemos que la profesión sabrá organizarse para mejorar nuestra intervención, tanto más que el sistema a implementar sólo depende de nosotros.

Será en este sentido que la OF continuará su actuación, asumiendo la formación de los farmacéuticos como una prioridad que conduzca a la consolidación de la autonomía y diferenciación y profesional. 🌐

Fuente: Orden de Farmacéuticos de Portugal (49), 2002.



Dr. Mario Castelli
 Farmacéutico
 Ex-Presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina

LOS FARMACÉUTICOS y el precio de los medicamentos

En el primer mundo el farmacéutico es un activo y eficaz integrante del equipo de profesionales sanitarios y la farmacia un establecimiento de atención primaria de la salud.

En el tercer mundo el farmacéutico es:
 - El legalizador del funcionamiento de la farmacia
 - Un vendedor de lujo; y
 - La farmacia: un almacén de medicamentos

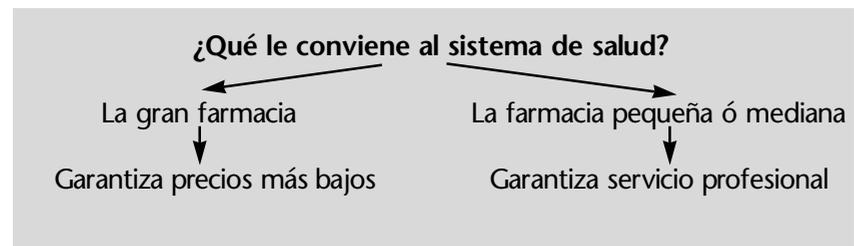
Como ven al farmacéutico los funcionarios

- El farmacéutico garante del medicamento en su calidad, provisión e información

Como ve la gente al farmacéutico

¿Donde se generan éstas imágenes?

La primera en la gran farmacia, las redes y cadenas. La segunda en las pequeñas y medianas farmacias, en general propiedad del farmacéutico.



El precio ¿responsabilidad de quién?

Podemos afirmar que el precio del medicamento es responsabilidad del Estado. Este concepto debiera ser entendido por los farmacéuticos que generalmente nos enredamos y confundimos con el concepto de medicamento como bien social.

Todos los ciudadanos pretendemos que el medicamento sea

un bien social. El principio de medicamento bien social esta asociado a la accesibilidad, es decir el sistema de salud debe implementar mecanismos que garanticen el acceso de todas las personas al medicamento.

El farmacéutico en ese sistema tiene que tener muy claro cuales son sus responsabilidades: es el garante de la calidad del medicamento

y del servicio al paciente.

El involucrarse en el precio ha hecho que se haya desvirtuado su rol y comprometido su futuro porque al no ser un profesional preparado para la competencia económica sino para la competencia por servicio ha fracasado.

Su fracaso económico no ha sido gratis para la sociedad, esta se



ha visto generalmente perjudicada en su salud porque el medicamento se ha transformado en un artículo de consumo lejos de aquel ambicionado bien social.

Nuestra sociedad ha permitido que el medicamento se encuentre en cualquier lugar: kioskos, almacenes, etc. Agravado por la actitud de un Estado que ha ignorado al farmacéutico al crear un sistema como Remediar (atención de 15.000.000 de carenciados) sin la presencia del profesional experto en medicamentos.

Agreguemos a esto el avance en la atención de los pacientes crónicos en su domicilio al entregar los medicamentos directamente las obras sociales y los mismos laboratorios.

El Estado ha avalado que hospitales, clínicas y sanatorios funcionen sin la presencia del profesional farmacéutico.

El Farmacéutico debe recapacitar que en la farmacia su responsabilidad no es el precio del medicamento. Debemos aprender a defen-

der nuestro honorario consecuencia del precio del fármaco, nuestra responsabilidad es garantizar la calidad y el uso racional de los medicamentos.

La sociedad Argentina ha adoptado la libertad del mercado.

En este sistema económico tienen prevalencia las corporaciones, sinónimo de concentración, con gran poder económico.

Las farmacias pequeñas y medianas formamos parte de corporaciones representadas por los Colegios de Farmacéuticos y la Confederación Farmacéutica Argentina a quienes hemos entregado la defensa de nuestros intereses económicos y profesionales.

Para entender hacia donde va nuestro futuro no muy lejano sino cambiamos la tendencia, basta ver hoy quienes son los líderes que van trazando las líneas en el mercado minorista, se llaman Farmacity, Dr. Ahorro, Central Oeste, Farmar, Taleb, Del Puente; cadenas de capitales extrafarmacéuticos que compiten económicamente generando concentración de trabajo que ha alcanzado porcentajes muy preocupantes.

En la atención a la seguridad social el 20% de las farmacias ya tienen entre el 60-70% del mercado, y los proveedores de esas cadenas son

nuestros proveedores. Los márgenes distorsionados de este mercado hacen imposible su normal funcionamiento. Este mercado necesita un moderador y quien tiene esa responsabilidad, el Estado se ha desentendido, solamente está preocupado por bajar el precio.

Los Farmacéuticos debiéramos ocupar ese lugar, poner un freno a ese desborde, nos hemos dejado arrastrar por necesidad o falsa ideología, pero estamos a tiempo. El medicamento no debe ser ni caro ni barato, debe tener el precio justo, concepto capital en cualquier política racional de medicamentos, caso contrario se caerá en excesos perjudiciales para la población.

Los errores de la década del noventa deben servirnos de experiencia, los precios altos nos llevaron a la actual situación donde la seguridad social está totalmente subsidiada por la misma industria y el beneficiario paga las consecuencias.

Hoy al invertir la ecuación podemos caer en el otro extremo con precios muy bajos que van a afectar seguramente la calidad, que van a reducir la innovación, vital para el sector, que van a generar cierres masivos de farmacias pequeñas y medianas, por honorarios reducidos dejando al sector minorista en manos de no farmacéuticos. En resumen también los perjudicados van a ser los ciudadanos.

Está claro el presente y muy oscuro el futuro si no tomamos conciencia que debemos participar en nuestras instituciones para cambiar la estrategia, saliendo de la lucha económica para llevarla al terreno de los servicios. Es casi una necesidad de supervivencia. El precio no es nuestra responsabilidad, nuestra responsabilidad es el servicio. ☹

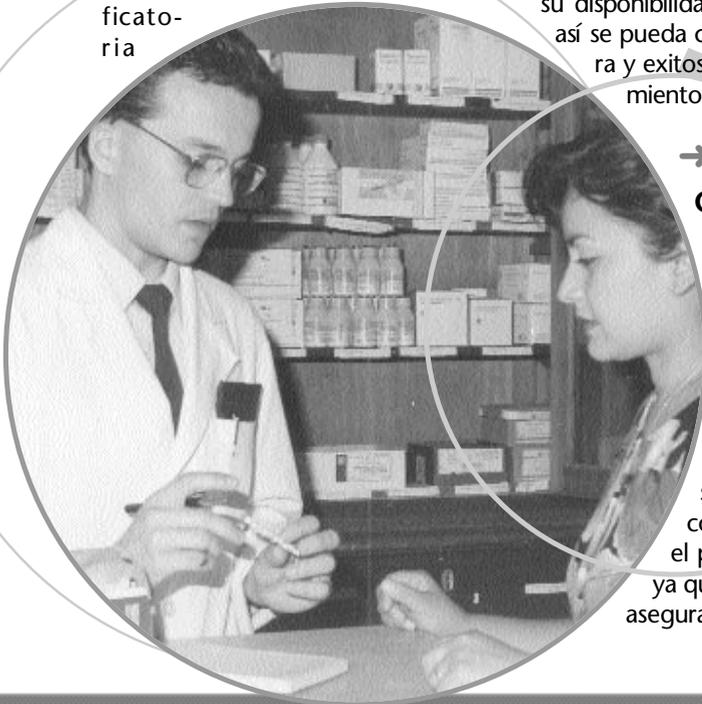
DECÁLOGO DEL PACIENTE QUE VA A

Estos son los DIEZ pasos para obtener el mejor resultado de una visita a la farmacia y lograr el máximo beneficio de los medic



→ 1. PREGUNTE POR EL FARMACÉUTICO

El farmacéutico es el responsable profesional de toda la actividad de la farmacia. Su formación universitaria y su actualización permanente lo respaldan como especialista en medicamentos. En toda farmacia, el nombre del farmacéutico está en una placa exterior visible, en su título universitario, colgado en el interior del local, y en su credencial identificatoria



con foto y número de matrícula exhibida en su chaquetilla.

→ 2. FARMACIA: ÁREA PROTEGIDA

La farmacia es, por lo general, Área Protegida por lo que si algún paciente – cliente sufre alguna descompensación recibirá atención, en la propia farmacia, a través de un sistema de emergencias que llegará para atenderlo. Además, algunos farmacéuticos brindan primeros auxilios a sus pacientes (curaciones, lavajes y vendajes) y controlan sus signos vitales (presión arterial, peso, talla, pulso, etc.).

→ 3. GASTE LO NECESARIO

La legislación vigente establece que el farmacéutico debe ofrecer al paciente las diferentes marcas que, conteniendo lo mismo, tienen distintos precios. De ahí que es importante que cada persona le comunique al farmacéutico su disponibilidad económica para que así se pueda cumplir en forma segura y exitosa la totalidad del tratamiento.

→ 4. SEPA QUÉ CONTIENE Y CÓMO TOMAR EL REMEDIO

Los principios activos de los medicamentos son los componentes responsables de su efecto en el organismo. Por eso, pregunte siempre al farmacéutico cómo está elaborado el producto de su interés, ya que conocerlo en detalle asegura cuál puede ser el me-

jor, peor o ningún efecto.

Además, lo mejor es tomar los medicamentos con agua. Cuando se indica tomar lo prescrito con agua, hacerlo con un vaso lleno de agua. Las gaseosas, jugos de frutas, café, té o yerba mate, pueden modificar el efecto de ciertos medicamentos. Las bebidas alcohólicas como cerveza, vino o whisky pueden aumentar los efectos del medicamento y causar intoxicaciones.

→ 5. CONOZCA CUÁNDO HARÁ EFECTO EL MEDICAMENTO

Los tiempos de respuesta de los medicamentos varían de acuerdo con la vía de aplicación y la forma farmacéutica empleadas. El fármaco que se toma por vía oral (boca) tiene etapas hasta llegar a la zona donde se encuentra el síntoma a tratar. Por lo general, beber un jarabe es similar a tomar un comprimido o una cápsula. Los supositorios se absorben más rápidamente y las inyecciones, mucho más. La cremas y pomadas producen un efecto instantáneo sobre la piel. Hay que tener en cuenta la opinión del profesional que haya indicado alguna de estas presentaciones del medicamento, porque cada paciente necesita que se lo atienda en forma individual.

→ 6. COMPLETE EL TRATAMIENTO

La mayoría de los medicamentos necesitan un lapso de tiempo para que los síntomas desaparezcan por completo. Las dolencias menores, como fiebre, dolor de cabeza o afecciones cutáneas, tratadas con medicamentos de venta libre, requieren generalmente de 2 a 7 días. Siempre hay que completar el tratamiento, aunque antes se

EL PACIENTE QUE VA A LA FARMACIA

ner el mejor resultado de una visita a la farmacia y lograr el máximo beneficio de los medicamentos: mejor prevenir que curar.

advierta la mejoría. Por ejemplo, un antigripal tiene un mínimo de 8 unidades; generalmente, con cuatro (4) dosis el paciente suele sentirse bien, pero terminar la "cajita" es lo correcto porque se completa el tratamiento. Suspenderlo puede hacer que vuelvan los malestares y retornen con más fuerza e importancia. Igual criterio debe tenerse para los antibióticos.

En las enfermedades crónicas, los envases de medicamentos contienen generalmente 30 unidades. Este número es suficiente para completar un mes de tratamiento, de forma que el paciente deba volver a la farmacia solo una vez por mes. Los remedios para enfermedades crónicas deben usarse durante períodos prolongados, ya que de lo contrario se exacerbará el problema. Nunca se debe repetir un medicamento sin antes consultar al médico. Recuerde que la administración del medicamento en las dosis e intervalos prescritos y durante el tiempo indicado, permite obtener los mejores resultados.

→ 7. COMUNIQUE EMBARAZO O PROBLEMAS DE SALUD

Si está embarazada o supone estarlo, comuníquelo para que se tomen precauciones indispensables. Muchos medicamentos están contraindicados durante el embarazo o deben administrarse con precaución. Algunos medicamentos se eliminan por la leche materna y pueden afectar al bebé, por lo que también debe avisar al médico o al farmacéutico si se está dando el pe-



cho. De igual modo debe actuar si tiene diabetes, hipertensión, asma, colesterol elevado u otra dolencia crónica, ya que nuevos medicamentos pueden empeorar problemas de salud preexistentes.

→ 8. PREVENGA EFECTOS SECUNDARIOS

Los medicamentos, además de las virtudes preventivas y curativas pueden provocar efectos no deseados como somnolencia, mareo, vértigo, nerviosismo, insomnio, alteración de la visión, etc. En caso de aparición de estos problemas es importante que se lo informe al farmacéutico a fin de recibir el asesoramiento adecuado, quien en consulta con el médico recomendará la suspensión del medicamento o la disminución de la dosis. Dígale al farmacéutico si se está utilizando otros medicamentos, incluyendo los que compra por su cuenta, pues pueden interactuar aumentando o disminuyendo sus efectos.

→ 9. EFECTIVIDAD Y VENCIMIENTO

Compre y tome únicamente medicamentos aprobados por la autoridad sanitaria (tienen un número de certificado de aprobación que aparece en el envase). Si bien cada organismo es diferente, se espera que los medicamentos que contengan el mismo principio activo en igual cantidad y presentación causarán similar efecto.

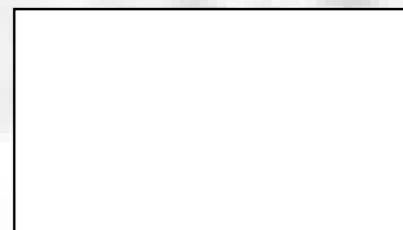
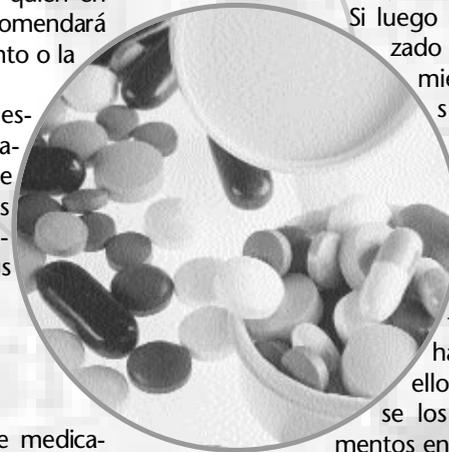
La fecha de vencimiento de un producto medicinal indica el último día

del mes y año de referencia. Es decir que 12/03 precisa el 31 de diciembre de 2003, y corresponde al momento en que el medicamento comienza a perder su efectividad. Si la fecha no está legible, diríjase a la farmacia y pídale al farmacéutico que lo revise y le aclare si puede o no tomarlo.

→ 10. CONSERVE BIEN SUS MEDICAMENTOS

Nunca guarde los medicamentos al alcance de los niños y trate de no tomarlos en su presencia. Consérvelos en su envase original, al abrigo de la luz directa, del calor y de la humedad. Lo ideal es un lugar fresco y seco, por ejemplo en el dormitorio, no en el baño. No se los "convide" a otra persona que le parece puede necesitarlos. Si el aspecto del medicamento ha variado notablemente, no lo tome.

Si luego de finalizado un tratamiento le sobran medicamentos, pregúntele al farmacéutico que hacer con ellos. Tómese los medicamentos en serio.



SELLO FARMACIA



El Ministro visitó la COFA

Fue el pasado 6 de agosto de 2003. En la oportunidad el Dr. Ginés Gonzalez García, Ministro de Salud de la Nación, compartió un almuerzo en la sede central de la Confederación junto a los presidentes de los Colegios de Farmacéuticos del país, quienes le formularon diversas

peticiones que hacen a las necesidades del sector. En una agradable velada se discutieron temas relevantes como la preocupación que produce la existencia de un programa Remediar que entrega medicamentos sin farmacéuticos y la distribución de la nueva edición de la Farmacopea por parte de Cofa. La autoridad se comprometió a dar respuesta a los reclamos efectuados. ↻



Vista de los participantes



El Ministro responde inquietudes planteadas



Otra vista de los participantes

El Gobierno quiere que los medicamentos de venta libre vuelvan a comercializarse sólo en farmacias

Lo dijo el Ministro de Salud en el XV Congreso Farmacéutico Argentino.

El Gobierno impulsará una iniciativa para que la comercialización de los medicamentos de venta libre sólo se realice en las farmacias, de acuerdo al anuncio realizado ayer por el ministro de Salud, Ginés González García, en Tucumán. El ministro de Salud dijo que el Gobierno enviará al Congreso un proyecto de ley que disponga que los medicamentos de venta libre vuelvan a comercializarse "solamente en farmacias", iniciativa que modifica la disposición que en 1991 autorizó el expendio en los quioscos. "Si estamos tratando de que en los quioscos no se venda alcohol, ¿por qué van a venderse medicamentos, que son drogas mucho más poderosas que el alcohol y que deben ser usadas con mucho cuidado?", se preguntó el ministro González García en declaraciones realizadas en la capital tucumana. El funcionario adelantó que el gobierno de Néstor Kirchner tiene previsto enviar al Congreso un proyecto de ley para modificar el decreto 2284/91, firmado por el ex presidente Carlos Menem, a propuesta de su ministro de Economía, Domingo Cavallo, según recordó. "La iniciativa seguramente va a tener un tratamiento parlamentario importante y con mucha discusión, pero lo importante es ir marcando políticas permanentes y por eso siempre tenemos nuevos proyectos para tratar de reconstruir la Argentina", señaló el

ministro. González García, que hizo el anuncio al inaugurar el XV Congreso Farmacéutico Argentino, sostuvo que la medida "ayudará a mejorar muchísimo la costumbre que tenemos los argentinos que es la automedicación y la venta de remedios bajo receta, sin receta". "Tenemos una relación desafiante hacia los medicamentos", sostuvo el ministro, y señaló que "años atrás, algunos apostaban a que los remedios se vendieran en los supermercados o en cualquier lado".

El texto de la iniciativa "fue redactado en el Ministerio de Salud", según informó un comunicado de prensa de esa cartera que, además, señaló que "será girada al Congreso en los próximos días". "Nosotros creemos que el farmacéutico es un eslabón importantísimo entre los profesionales sanitarios", remarcó el funcionario, y agregó que "no es un simple despachante de medicamentos sino que hace un acto profesional en cada dispensa de medicamentos".

Asimismo, mencionó que "estamos trabajando fuertemente con todas las entidades farmacéuticas y universidades para una capacitación de los farmacéuticos y de los médicos". En ese sentido, aclaró que "queremos que los farmacéuticos extiendan su tarea de dispensa al consejo a la hora de tomar el medicamento, al seguimiento de sus efectos sobre el paciente y tam-



bién al control y la evaluación de la población". "Porque, en general, el paciente tiene una relación más amena y amistosa con el farmacéutico que con el médico", sostuvo González García al fundamentar su propuesta.

"Generalmente el problema no está dentro del frasco de medicamentos, sino en lo que sucede fuera de él, como por ejemplo cuando se prescriben y dispensan, o en la manera de consumo". El ministro sostuvo que "el mayor problema de los medicamentos es que hay que ver los efectos en el largo plazo y cuando estos no son los mejores, quien mejor lo ve es el farmacéutico".

(DyN)

"La Confederación Farmacéutica Argentina provee información, educación continua y apoyo a todos los profesionales farmacéuticos para que mejoren el uso de los medicamentos y la atención de sus pacientes."





CURSO DE FARMACOLOGÍA Y FARMACOTERAPIA

Nº de Inscripción otorgado en el Curso			



Solicitud de Inscripción

MODULO VIII Farmacia Galénica y Tecnología Farmacéutica Básica

Nombre y apellido:

Calle:Nº:Piso:Dpto:.....

C.P:Localidad:Provincia:

Tel.:Fax:Email:

Colegio al que perteneceMatrícula:.....

Ámbito donde ejerce: Oficina de Farmacia Hospitalario Industria Otros

Facultad de egreso:Fecha de egreso:.....

El módulo será remitido al Colegio de su jurisdicción

Valor del módulo

Farmacéuticos Colegiados: \$ 50-
Farmacéuticos no Colegiados: \$ 90-

Forma de pago:

- Efectivo: pesos

- Cheque en pesos Nº:Banco:

A la orden de Confederación Farmacéutica Argentina (no a la orden).

- Depósito en pesos: Banco Credicoop, Sucursal 119 - Monserrat - Cuenta Nº 14726/7
CBU 1910119655011901472678

Lugar de pago:

En el Colegio de Farmacéuticos de vta. Jurisdicción, personalmente o por carta en la Sede de **Confederación Farmacéutica Argentina**: Julio A. Roca 751 - 2º Piso (C1067ABC) Capital Federal
Horario: lunes a viernes de 9 a 17 hs.

Informes:

Teléfonos: (011) 4342-1001 Interno 116 y 119 - **Telefax:** 118. **Email:** cursos@cofa.org.ar





Nuevas autoridades

Una mujer conduce el Colegio de la Provincia de Buenos Aires. Fue electa tras la última elección realizada el pasado 26 de julio de 2003. Su mandato se extenderá por 4 años.

Seguidamente, el cuerpo directivo en su totalidad.

Presidente:

Farmacéutico Sandra Graciela BRIKMAN (2003-2007)

Vicepresidente:

Farmacéutico Enrique Camilo PADIN (2001-2005)

Secretario:

Farmacéutico Claudio César CORONEL (2003-2007)

Tesorero:

Farmacéutico Norberto Daniel DIAZ (2001-2005)

Vocal Titular Primero:

Farmacéutico Carlos Alberto FERNANDEZ (2003-2007)

Vocal Titular Segundo:

Farmacéutico Gustavo Nelson DODERA MARTINEZ (2001-2005)

Vocal Titular Tercero:

Farmacéutico Catalina María GIRARDI (2003-2007)

Vocal Titular Cuarto:

Farmacéutico Fernando Luis BUENO (2001-2005)

Vocal Titular Quinto:

Farmacéutico Jorge Omar VATANO (2003-2007)

Vocal Titular Sexto:

Farmacéutico Gustavo Tomás TRAVERSO (2001-2005)

Vocal Suplente Primero:

Farmacéutico Juan Carlos CROVETTO (2003-2007)

Vocal Suplente Segundo:

Farmacéutico María Cristina AMOR (2003-2005)

Vocal Suplente Tercero:

Farmacéutico Pablo Eduardo DOMINGUEZ (2003-2007)

Vocal Suplente Cuarto:

Farmacéutico Néstor Hernando LUCIANI (2001-2005)

Vocal Suplente Quinto:

Farmacéutico Angélica Estela GARCIA (2003-2007)

Vocal Suplente Sexto:

Farmacéutica Miriam Elisabet MOSCOVICH (2001-2005)



Dra. Sandra Brikman
Farmacéutica
Presidenta CFBA



Renovaron autoridades en Cuyo

El Colegio de Farmacéuticos de San Juan informa sus nuevas autoridades 2003 - 2004. Les auguramos éxito.

Tras la Asamblea Anual de agosto 2003, la Comisión Directiva quedó conformada de la siguiente manera:

Presidente

Farm. Rubén NAFÁ

Vice-Presidente

Farm. Sergio CORNEJO

Secretario

Farm. Sergio RIVEROS

Tesorero

Farm. Gabriela SCOGNAMILLO

Vocal Titular 1°

Farm. Richard CORIA

Vocal Titular 2°

Farm. Mónica KUMMEL

Vocal Titular 3°

Farm. Oscar ZABALA

Vocal Suplente 1°

Farm. Cristina Mut

COMISION REVISORA DE CUENTAS

Titular 1°

Farm. María Luz PRAT

Titular 2°

Farm. Cecilia GÓMEZ

Suplente

Farm. Mónica LUCERO

TRIBUNAL DE HONOR

Titular 1°

Farm. José GIMÉNEZ

Titular 2°

Farm. Luis FRANCILE

Titular 3°

Farm. Juan Carlos GALABURRI

Suplente 1°

Miryam RUIZ

Suplente 2°

Farm. Gloria LÓPEZ





Dra. Andrea Paura

Farmacéutica

Directora del Departamento de Atención Farmacéutica

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires

La atención farmacéutica de la provincia de Buenos Aires



Departamento de Atención Farmacéutica

En octubre del año 2000 se crea el Departamento de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires. La misión que se le encomienda es desarrollar un Programa de Atención Farmacéutica que permita difundir el tema a todos los colegiados, diseñar y validar una metodología aplicable en el contexto de ejercicio profesional del farmacéutico bonaerense, adaptándose a las diferencias geográficas y socio-económicas de la región.

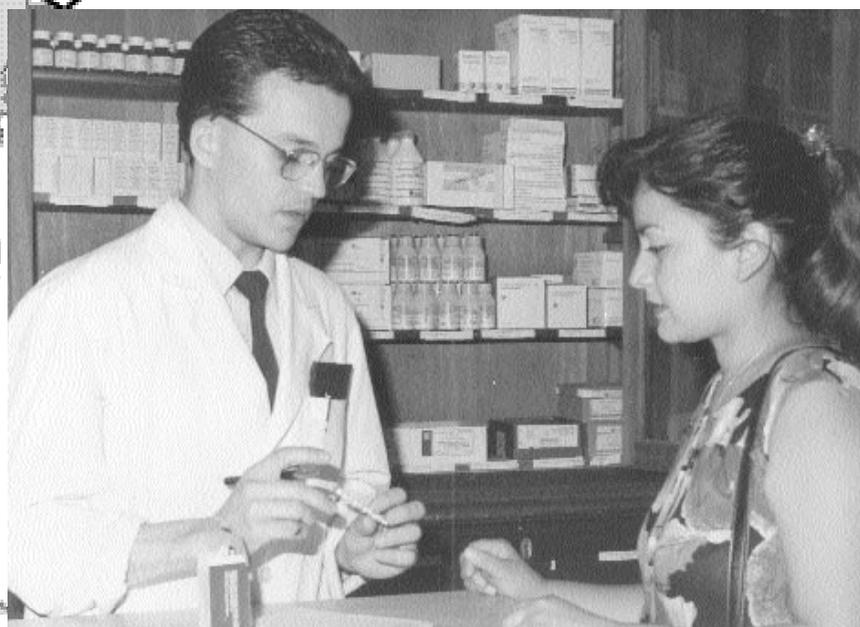
Teniendo en cuenta a la población estimada de la Provincia de Buenos Aires, de 10.000.000 de habitantes, y 4800 farmacéuticos de oficina de farmacia en ejercicio, se requirió iniciar un trabajo multiplicador para poner en conocimiento el tema y sumar a los interesados. Para poder cumplir los objetivos propuestos se analizó el marco conceptual de la Atención Farmacéutica y se ideó un premodelo planificando un Programa de implementación a mediano y largo plazo.

Programa de Atención Farmacéutica

Primera etapa: noviembre de 2000-noviembre de 2001: Difusión del concepto de Atención Farmacéutica y obtención de experiencias en Atención Farmacéutica desde el inicio.

Segunda etapa: julio 2001-julio 2003: Afianzar la prestación de Atención Farmacéutica.

Tercera etapa: comenzará a fines del 2003-Calidad de Atención Farmacéutica.



En la Primera etapa se tomó una metodología para la clasificación de los problemas que pueden surgir de la farmacoterapia incorporando conceptos distintivos con respecto a otros programas ya implementados en el mundo. La Atención Farmacéutica dio el marco necesario para aplicar los servicios que el Colegio de Farmacéuticos venía brindando hace años, (CIMF, Laboratorio de

Control de Calidad ; Red Provincial de Vigilancia Farmacéutica) en beneficio del paciente.

Esta primer etapa se llevó a cabo entre octubre del 2000 a noviembre del 2001. Para difundir el concepto se realizaron 34 charlas sobre el tema: "Bases Conceptuales de la Atención Farmacéutica y su desarrollo en la Provincia de Buenos Aires", con una asistencia de 583 farmacéuticos.

Se subdividió la provincia en 39 zonas, que agrupan el total de 126 partidos los cuales ya recibieron la Guía de Pautas Básicas en Atención Farmacéutica. Se sumaron 2 Hospitales. Se designaron 69 tutores, que recibieron una capacitación intensiva de dos días de duración, y se adhirieron al programa en forma voluntaria 424 farmacéuticos. Se distribuyó el material de trabajo para registro de casos.

La base de clasificación de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) fue tomada de la clasificación de Strand y col., publicada en 1998, la cual se revisó y modificó para adaptarla a las necesidades locales. Se complementó la clasificación, definiendo los problemas relacionados con el estilo de vida o hábitos higiénico sanitarios (PRH).

Para registrar la actuación del farmacéutico con el paciente, se diseñaron 3 planillas, que resume la historia de salud del paciente, el perfil farmacoterapéutico y el análisis de situación que se razona según la metodología de resolución de conflictos.

Los objetivos planteados para esta Primera etapa se han cumplido y hay una red trabajando. Nuestro primer objetivo era el cambio de actitud del farmacéutico y se logró, algunos ya empiezan a realizar sus primeras experiencias con pacientes. El reconocimiento del farmacéutico por parte del paciente se incrementó y se valoró positivamente la dedicación del profesional comprometido en buscar una solución adecuada a un problema referido al medicamento. Es fundamental la comunicación con el médico u otro profesional de la salud para continuar avanzando en Atención Farmacéutica,

por lo tanto desde el Colegio se organizan talleres conjuntos, entre los referentes médicos de los Distritos sanitarios y los tutores del programa.

La segunda Etapa está basada en afianzar la prestación de Atención Farmacéutica siendo el objetivo propuesto "Adquirir conocimientos y habilidades frente al proceso de atención al paciente, la interrelación con otros profesionales del área de la salud para poder prestar AF en forma continua y definir las exigencias de un sistema de documentación de la asistencia al paciente".

Actualmente hay 465 farmacéuticos adheridos al programa, distribuidos en 41 zonas, y contando con un total de cinco Hospitales. El 45,7% de los farmacéuticos adheridos en el Programa, asiste a los talleres presenciales, pero hay que destacar que a estos talleres se han incorporado 101 Farmacéuticos en calidad de oyentes, representando el 34% de los asistentes.

Cabe señalar que el Programa tiene 79 tutores, que supervisan a los distintos grupos de Farmacéuticos

Para adquirir habilidades en comunicación con el paciente y en el proceso de Atención Farmacéutica se diseñó el Curso a Distancia en Atención Farmacéutica on line, en conjunto con la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata, coordinada por tutores, que en su mayoría pertenecen al Programa de Atención Farmacéutica. Los 221 alumnos inscriptos al curso, son tanto de Argentina como de Latinoamérica y están subdivididos en dos comisiones.

Dado que es necesario establecer vías de comunicación con otros profesionales de la salud, se trabajó en la relación médico-farmacéutico. Si analizamos como actuaron los farmacéuticos que derivaron los casos en la primer etapa, pudimos observar que el 69,7% de los PRMs (Problemas relacionados con los medicamentos) detectados habría que haberlo derivado al médico y sólo se derivaron el 55,8%, o sea que faltaron derivar un 20% de los proble-

mas cuya solución no estaba en manos del farmacéutico. Gracias a la concientización de la importancia de trabajar en equipo con el resto de los profesionales y a la actitud tomada en cada caso, en la segunda etapa estamos observando que a la fecha solo faltó derivar un 9 %.

Esta tarea también fue apoyada desde lo institucional con las mesas redondas de comunicación médico-farmacéutico que se desarrollaron en el contexto de las Jornadas de Actualización: "Herramientas necesarias para fortalecer el ejercicio del Farmacéutico Comunitario" realizadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Bs. As., en la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), San Nicolás, Mar del Plata y Bahía Blanca. Es importante destacar la repercusión que tuvieron estas reuniones, dado que los médicos nos han elogiado con sus comentarios y apoyaron la buena labor que hacemos los farmacéuticos. También hay que destacar el taller de prescripción y dispensación por nombre genérico realizado en conjunto con Femeba.

La aplicación de las pautas de búsqueda dadas en la Guía de Pautas Básicas y en la capacitación de Tutores se han visto reflejadas en un aumento del 20% de las consultas al CIMF de nuestro colegio provenientes del grupo de Atención Farmacéutica.

BIBLIOGRAFIA

-Guía de Pautas Básicas en Atención Farmacéutica, Publicado por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires. pp 1-44, 2000.





Farmacología pediátrica consensos multidisciplinarios

Como parte de los proyectos del Departamento de Asuntos Profesionales del Colegio de Farmacéuticos de Mendoza, se llevaron a cabo las 2das Jornadas Nacionales de Farmacología Pediátrica, los días 14 y 15 de diciembre de 2002. Mantuvieron el éxito y la envergadura de las 1eras., realizadas el año anterior en la misma ciudad. La profundidad y calidad de la temática, convocó a muchos colegas mendocinos y del interior del país. Aquí las conclusiones relevantes.

HIPOTENSORES EN PEDIATRÍA

Dra. Patricia Vallés

El 85% de las causas de hipertensión en el área pediátrica son de origen renal. A fin de revisar la elección del hipotensor a usar, se debe tener en cuenta no solamente la hipertensión sistémica, sino también la hipertensión glomerular.

Se debe diferenciar la Hipertensión esencial que es la hipertensión sistémica, sin hipertensión glomerular y la hipertensión Renovascular que comprende ambas, es decir la sistémica con hipertensión glomerular, donde hay fallo del parénquima renal. La hipertensión glomerular sin hipertensión sistémica, se trata de nefropatía diabética.

Dados los efectos colaterales que presentan los hipotensores es necesario diagnosticar la causa de hipertensión

En pediatría, los diuréticos del asa

(furosemida) sólo tienen indicación en glomerulonefritis difusa aguda por hipovolemia.

INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR E INFERIOR

Dr. Héctor Abate

Las infecciones del tracto respiratorio tanto superior como inferior son motivo frecuente de consulta pediátrica.

La mayoría de los procesos infecciosos son de causa viral, por lo que no debe indicarse antibiótico terapia.

En alguna patología específica como las anginas por estreptococo B-hemolítico del grupo A, debe certificarse el diagnóstico por Bacteriología a través de cultivo de fauces. En caso de confirmarse debe recibir penicilina por vía oral durante 10 días.

Los antibióticos Macrólidos se reservan para alérgicos a penicilina, ya que existe un porcentaje importante de gérmenes resistentes a los mismos.

OMA: otitis media aguda. También en su mayoría son

de origen viral y en caso que la etiología sea bacteriana, el agente más frecuente es el neumococo. Si bien en un 70-80% de los casos se autolimitan, la indicación de Amoxicilina como droga de elección, se justifica como precaución de complicaciones, entre ellas, la mastoiditis, abscesos cerebrales o meningitis.

Las Bronquiolitis son procesos inflamatorios de la pequeña vía respiratoria, que se expresa como una obstrucción bronquiolar que en un 70% de los casos es producto por V.S.R. (virus sincicial respiratorio). Otros son virus influenza, adenovirus, etc., que también son causantes de otras patologías de vía aérea inferior como la Neumonía.

En infecciones altas y bajas de vías respiratorias, se debe trabajar la prevención:

- Alimentación con leche materna.
- Respetar el esquema básico de inmunización.
- Evitar exponerlos al humo del cigarrillo y otros contaminantes ambientales..
- En grupos de riesgo, como patologías respiratorias o cardíacas crónicas, inmunizarlos anualmente con vacuna antigripal y antineumocócica aproximadamente cada 4 o 5 años.
- Corregir cualquier malformación craneofacial.
- Tratar enfermedades de base co-



Autoridades de las Jornadas de Farmacología Pediátrica

mo déficit inmunológico, trastornos metabólicos, etc...

- Y recordar que la prevención a través del uso de antimicrobianos va a prevenir la aparición de cepas resistentes a los mismos.

ANSIEDAD Y CRISIS DE PÁNICO

Dr. Eduardo Kotlik

¿Qué es la ansiedad?

Es la más común y universal de las emociones del ser humano. Es una reacción emocional ante la amenaza de peligro y su finalidad es la protección del individuo.

Se presenta con inquietud-intranquilidad-inseguridad.

La diferencia entre ansiedad normal y la patológica es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza.

"ansiedad" significa congoja-aflicción.

"angustia" proviene de angor-angina y significa constricción-sofocación por la sensación de opresión precordial y epigástrica que lo caracteriza.

La ansiedad se relaciona con: angustia-nerviosismo-inquietud-temor-tensión-miedo.

Respuesta ansiosa

Síntomas Fisiológicos

Taquicardias -palpitaciones-palidez-rubor-sensación de ahogo o falta de aire-ritmo respiratorio acelerado.

Náusea-vómitos-cólicos-diarreas.

Micción frecuente-dolor al orinar.

Eyacuación precoz-disminución del deseo sexual.

Sequedad de boca y mucosas.

Cefaleas-dolor de nuca.

Mareos-inestabilidad.

Síntomas mentales

Pensamientos negativos-inseguridad.

Indecisión-incapacidad de afrontar diferentes situaciones-sentimiento de amenaza.

Comportamiento

Inquietud o hiperactividad.

Parálisis motora (quedarse congelado)

Tics-tartamudeo-comportamiento de evitación.

La ansiedad se considera normal cuando es una reacción adaptativa a un peligro identificable.

La ansiedad patológica es desproporcionada frente a cualquier estímulo y persiste

por encima del nivel de adaptación.

Para establecer el diagnóstico, el paciente debe sufrir todos los síntomas descriptos anteriormente, los cuales no deben ser causa de la ingestión de sustancias o por una determinada enfermedad.

FOBIA

Es un miedo persistente-excesivo y desproporcionado a determinados objetos o situaciones que se acompaña por una marcada tendencia a evitarlos.

Agorafobia: miedo y ansiedad a lugares o espacios abiertos ej. plazas-parques, etc. donde escapar resulta difícil.

Fobia social: miedo y ansiedad clínicamente significativas a estar o actuar en público. Ej. Cuando un estudiante no rinde un examen, por temor a ser evaluado.

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en la presencia de ansiedad y preocupación de carácter excesivo y persistente durante 6 meses por lo menos.

Medicamentos que pueden causar ansiedad

Anfetaminas-antihipertensivos-cafeína-digital

L-Dopa-Broncodilatadores-simpaticomiméticos-corticoides.

Patologías que pueden producir ansiedad

Angina de pecho-arritmia-enfermedad valvular.

Epilepsia- lesiones del SNC

Hipertiroidismo-asma-Epoc.

Hiper glucemia-Hipoxia.

Existe elevada comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Un tercio de los pacientes abandona la medicación durante la primera semana y el problema está en que la respuesta terapéutica se observa a las dos semanas.

Para llegar a la remisión del cuadro se requiere más de tres meses de tratamiento, pero se recomienda realizarlo seis a nueve meses.

Si hay una primera recaída: 2 años

Y otra recaída requiere tratamiento de por vida.

Ansiolíticos

Benzodiazepinas: acción corta- media-prolongada

-acción sedante.

-ansiolítica



-anticonvulsivante
-miorrelajante
-inductor del sueño
-amnésica

todas las Benzodiazepinas interactúan con el GABA que es el Neurotransmisor inhibidor por excelencia.

Al incrementar la inhibición mediada por el GABA producen ansiólisis, relajación muscular. Etc.

PSICOSIS

Dr. Carlos Manassero

Esquizofrenia

Es un trastorno mental con tendencia a la cronicidad, caracterizado por síntomas psicóticos que incluyen alteraciones del pensamiento y la conducta.

Síntomas: ideas delirantes-alucinaciones-lenguaje desorganizado-comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y/o síntomas negativos (aplanamiento afectivo-abulia-alogia).

Esquizofrenia tipo I

Presenta síntomas positivos que están relacionados con menor actividad de Dopamina en el área mesocorticolímbica.

La TAC demuestra imágenes cerebrales intactas.

Esquizofrenia tipo II

Caracterizado por síntomas negativos y alteración de los ventrículos cerebrales.

Fármacos Antipsicóticos

Bloquean recaptación de DA (Dopamina) y los de última generación también lo hacen con 5-HT (Serotonina), además de bloquear receptores adrenérgicos-histaminérgicos H2 y muscarínicos M2

Acciones clínicas

Inhiben la agresividad y excitación psicomotriz (antagonista D2)

Acción alucinolítica y antidelirante.

Acción antiemética y analgésica.

Aumento de liberación de prolactina, aumento de peso y del apetito.

Por su acción antimuscarínica provocan:



- retención urinaria.
- impotencia sexual.
- glaucoma – visión borrosa.
- constipación.
- hipotensión ortostática.

Clasificación

1) Típicos- clásicos

A) Sedativos: clorpromazina-levomepromazina

B) Incisivos: Haloperidol-Pimozida-Piprotiazina

C) Transición: clotiapina-tioridazina-zuclopentixol

2) Atípicos o de última generación

Ziprazidona-quetiapina-clozapina-Risperidone

Olanzapina-sulpirida.

Efectos adversos generales

- Síndromes extrapiramidales o parkinsonismo iatrogénico por bloqueo de Receptores D1 que incrementa Acetilcolina que provoca trastornos de la marcha-tremor.
- *Disminuye el umbral convulsivo.
- Trastornos metabólicos.
- Amenorrea-Ginecomastia-impotencia sexual.

Rol del farmacéutico

+Necesidad

+Efectividad

+Seguridad

en el contexto de AF (atención farmacéutica) un medicamento debe ser necesario-efectivo-seguro. El rol del farmacéutico se basa en la detección de PRM (problemas relacionados con medicamentos) en particular PRM3 (medicamentos inefectivos) y PRM6 relacionados a RAM (reacciones adversas a medicamentos).

+ Debe ser efector activo de FVG (farmacovigilancia) a través de una ficha amarilla en la que debe notificar la falta de eficacia o aparición de efectos adversos de medicamentos.

+ Garantizar la calidad de medicamentos dispensados.

Por ello la AF es tan importante para favorecer la calidad de vida del paciente y además para jerarquizar la profesión, porque el farmacéutico es el especialista en medicamentos.

LA FIEBRE, ¿ALIADA O ENEMIGA DEL NIÑO ?

— Dra. María Cristina Méndez de Feu

El ser humano, al igual que todos los mamíferos, es un animal homeotermo y como tal, capaz de regular la temperatura corporal central dentro de un estrecho margen ($37 \pm 1 \text{ C}^\circ$) en forma independiente de las variaciones de la temperatura ambiente.

Nosotros producimos calor, la transportamos del centro a la periferia, y en la periferia lo disipamos. Todo esto finamente regulado desde el SNC por un termostato ubicado en el hipotálamo anterior, altamente sensible a pequeñas centésimas de grado centígrado de la sangre que lo irriga y a la información que se recibe de receptores cutáneos - mucosos periféricos.

El aumento de la temperatura corporal, comúnmente denominado fiebre, es un síntoma frecuente en pediatría. Es importante definirla claramente, diferenciarla de la hipertermia y conocer su fisiopatología para tomar luego una conducta.

Se conoce que la Fiebre es un trastorno de la termo regulación en el que la temperatura corporal es regulada alrededor de un nivel superior al normal, por un ajuste hacia arriba del termostato. Esto sucede por diversas interacciones biológicas (Infecciones, colagenopatías, enfermedades tumorales) que liberan pirógenos endógenos de los cuales el principal es la Interlequina 1 (IL1). Esta IL1 viaja hasta el cerebro donde, por la acción de la ciclooxigenasa2 produce la liberación de Prostaglandinas, verdaderas protagonistas de la Fiebre.

Pero a su vez, la IL1 funciona como Factor activador de los Linfocitos, mejorando los mecanismos de defensa del huésped.

Existe un continuo debate sobre si es conveniente o no reducir la Fiebre que acompaña a procesos infecciosos. Una serie de datos parecen apoyar el efecto benéfico de la Fiebre. Es por eso que fren-

te al niño febril se plantea el dilema de si esta fiebre es dañina o beneficiosa, ¿ aliada o enemiga del niño?

Para responderla y poder actuar, será necesario recordar y transmitirle a los papás en el proceso de educación para la salud, durante la Puericultura:

- que la mayoría de los cuadros febriles son de corta duración y autolimitados.

- que no siempre es necesario tratarlas

- que no es necesario actuar con febrículas ($37 - 38 \text{ C}^\circ$)

- que tampoco es necesario normalizarla por completo

Si decidimos tratarla para disminuir el malestar del niño, calmar los temores familiares o evitar temperaturas extremas superiores a $41,6 \text{ C}^\circ$, se debe:

1) Modificar el termostato con drogas anti-prostaglandinas, las que actúan inhibiendo a la cox 2. De ellas, el antitérmico de elección en Pediatría es el Paracetamol, por su buena tolerancia, por no agredir la mucosa gastrointestinal ni modificar los mecanismos de coagulación y por no poseer propiedades antiinflamatorias permitiendo llegar al diagnóstico de enfermedades febriles no infecciosas, como son las inflamatorias.

2) Sumar al antitérmico, medidas complementarias que ayuden a la disipación del calor: temperatura ambiental confortable ($20-21 \text{ C}^\circ$), evitar el excesivo arropamiento. Priorizar una correcta hidratación y enfriar con medios físicos que disminuyan la temperatura corporal por conducción y convección aplicando paños húmedos o el baño de inmersión (que de templado, baje lenta y paulatinamente la temperatura del agua). Respetar la anorexia, evitar el ingreso calórico elevado y las actividades físicas.

Es importante llegar a resolver el dilema de medicar o no la fiebre, en cada caso individual, siempre en beneficio del niño, gracias a la experiencia del profesional actuante, el sentido común, la paciencia, el acompañamiento a los padres, la observación reiterada, junto al conocimiento de la fisiopatología que permita llegar a detectar la causa. Y esto, es lo más fascinante de todo. ☺

DESOLADOR DIAGNOSTICO SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DEL SIDA

Kofi Annan dijo que no se cumplió ninguno de los objetivos fijados para este año en las Naciones Unidas en 2001. Según denunció, de los 42 millones de infectados, sólo el 5 por ciento accede a tratamiento médico. González García destacó los avances en Argentina.



Hay que dejar de lado las excusas y reforzar la lucha contra el sida de manera drástica, porque no se ha logrado ninguno de los objetivos fijados para este año", advirtió en Nueva York el secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, frente al plenario de representantes de esa organización al hacer un balance sobre el avance del programa mundial de lucha contra el sida firmado hace exactamente dos años por 133 países. De la asamblea participaron además el ministro de Salud argentino, Ginés González García, y el secretario de Estado norteamericano, Colin Powell, quien definió la enfermedad como el peor flagelo del siglo. "Sus efectos son muchos más devastadores que cualquier atentado", sostuvo, tras recordar que en el África Subsahariana hay países - como Botswana o Zimbabwe- donde el 30 por ciento de la población ya contrajo la enfermedad, lo que pone en duda la supervivencia misma de esas naciones.

Unos 42 millones de infectados, de los cuales sólo el 5 por ciento accede a tratamiento médico, y 15 millones de niños huérfanos sin ninguna protección son algunos de los datos que describen lo que el sida le ha hecho al mundo en sus 20 años de vida. Frente a esta realidad, en el año 2001 los países miembro de las Naciones Unidas firmaron la denominada "Declaración de compromiso mundial sobre el sida", que entre sus principales objetivos tenía el de movilizar, para el año 2005, 10 mil millones de dólares para combatir la enfermedad y lanzar una serie de campañas de información y prevención a

escala mundial.

Sin embargo, nada de eso se cumplió, lo que motivó al secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, a dar uno de los discursos más fuertes de los que se tenga memoria. "Para este año se tendría que haber reducido en un 25 por ciento el número de jóvenes portadores de VIH. También se debería haber reducido a la mitad el ritmo de contagio entre los niños. Pero eso no sucedió. Si seguimos de esta manera, no cumpliremos ninguna de las metas que habíamos fijado para 2005", sostuvo Annan, al inaugurar la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida.

El secretario general añadió además que más de un tercio de los países miembro de la organización no cuenta con ningún programa de protección de los huérfanos del sida, niños y niñas que en la actualidad suman unos 15 millones pero que, según todos los pronósticos, llegarán a los 25 para fines de esta década, y señaló que sólo una de cada 20 embarazadas recibe tratamientos para impedir el contagio del virus al feto, precaución que en la Argentina, según lo planteado por el ministro de salud Ginés González García, se cumple en la totalidad de los casos.

"La Argentina ha avanzado rotundamente hacia el cumplimiento de las metas acordadas en la declaración de 2001, proporcionando gratuitamente el 100 por ciento de los tratamientos antirretrovirales y realizando el seguimiento a un total de 25 mil personas que viven con la enfermedad", puntualizó el ministro, quien aseguró que la Argentina se puso al frente en América Latina de la lucha contra los laboratorios por la baja de medicamentos. "Hemos contribuido para que otros diez países hayan po-

dido acceder a precios hasta un 90 por ciento por debajo de lo que estaban pagando", explicó.

Es que para los países del tercer mundo, gran parte del problema en relación con la enfermedad pasa por su incapacidad financiera para combatirla. De hecho, luego de un gigantesco esfuerzo, en el último año se elevó en los países medios y pobres un 20 por ciento el presupuesto para prevención y tratamiento del VIH, con lo que se llegó a los 4700 millones de dólares, el doble de lo destinado en 1999, pero la mitad de los 10 mil millones acordados para 2005, cifra que de todos modos muchas organizaciones -como la Cruz Roja- consideran largamente insuficiente.

"Utilizando los números más conservadores sobre la cantidad de personas que conviven con el VIH, esos 10.000 millones representan tan sólo 250 dólares por año y por persona; es decir, menos de un dólar diario para cada infectado", subrayó el español Juan Manuel Suárez del Toro, representante de la Federación que agrupa a la Cruz Roja Internacional y a la Media Luna Roja, organizaciones que viven de cerca la destrucción que esta enfermedad provoca en los pueblos y que llevó al propio Colin Powell a definirla como el peor flagelo del siglo.

"El sida mata indiscriminadamente y sin perdón, socava gobiernos y puede incluso destruir países y desestabilizar regiones enteras. Debemos detenerlo", sostuvo el norteamericano al cierre de la conferencia, luego de que más de 100 oradores hubieran hecho uso de la palabra.





SIN GÓNDOLAS, VUELVEN CADENAS DE FARMACIAS

Esenzia, Proética, Topky, Farma Plus... Hace una década, estos y otros nombres intentaron sin éxito lo que otros empresarios encaran hoy: consolidar cadenas de farmacias bajo una marca común. Hoy los nombres son -entre otros- Zona Vital (de la familia Roiz), Farma City (de un fondo de inversión), Vantage y Esencia (las dos sobrevivientes de la primera época, hoy en manos del laboratorio Sidus y Droguería del Sud respectivamente), los mexicanos del Dr. Ahorro (cuyos accionistas son un misterio, aún para la gente de la industria) y el grupo Selma.

La pelea no parece fácil: en la Argentina hay unas 12.000 farmacias, y sólo el 2 por ciento (alrededor de 250) está agrupado en algún tipo de cadena, club de compras, etcétera. Pero todos pelean por una porción del mercado de medicamentos -que el año pasado representó una facturación de \$ 4.000 millones- y sobre todo de los remedios de venta libre y los cosméticos.

El proceso empezó a mediados de la década del '90, cuando los laboratorios comenzaron a quedarse con las droguerías a cambio de las fuertes deudas que éstas mantenían con sus proveedores. Pero casi todas las droguerías grandes tenían sus cadenas de farmacias asociadas (por caso, Droguería Monroe tenía

Vantage), y casi todas esas redes desaparecieron como tales. Es que el mercado no está bien visto que un laboratorio tenga bocas de venta propias (o asociadas); esto no fue óbice para que Sidus conservara Vantage.

Hoy el juego parece diferente: la propia composición de las redes (y el perfil de sus dueños) diferencia esta etapa de la anterior. Se trata de cadenas de locales propios (y no de clubes de compras); por caso, Zona Vital tiene 19 bocas propias; Farma City, otras 30; Selma, 10 en zona norte del GBA; Dr. Ahorro -que habría copiado su marca de las mexicanas Farmacias del Ahorro-, menos de una docena en Capital. Cada una de ellas también tiene características diferenciales: por caso, la red mexicana vende sólo "segundas marcas" (la misma droga pero no de laboratorios líderes); Zona Vital es muy fuerte en los "no medicamentos" (léase cosméticos, perfumería, etc.) pero se ufana de tener dos farmacéuticos por local; Farma City apunta a estar "en todos lados"...

Rentabilidad

"Desde siempre, el negocio de los cosméticos y perfumes representa 40 por ciento de la facturación, pero casi toda la rentabilidad, junto con los remedios de venta libre. El año pasado, se ha-

bía caído muchísimo pero en los últimos meses se ha vuelto a vender importados", dice una fuente del mercado. "Los recetados se venden a pérdida, y además las obras sociales pagan poco, mal y tarde". Por eso en la década pasada, las farmacias ensayaron con el formato "convenience store", en el que se ofrecían desde antibióticos hasta pelotas de tenis. "Era obvio que fracasaría: los clientes se confundían en las góndolas; no se sabía si estaban en un autoservicio o en un lugar para comprar medicinas, y al final no compraban nada".

Por eso las nuevas cadenas reenfocaron la oferta en tres áreas básicas: salud, belleza y servicios. La excepción es, claramente, Dr. Ahorro, que solo ofrece precio (con resultados no demasiado halagüeños hasta ahora, por lo que se sabe).

Como ejemplo, puede valer el caso de Zona Vital, que partió con un local en la localidad de Virreyes en 1985 y hoy estima cerrar 2003 con una facturación de \$60 millones. Según fuentes de la empresa, "la cifra representa una suba de 20% respecto del año pasado, en parte porque abrimos más locales y en parte porque subieron los precios; la suba en el volumen vendido es mínima... Lo mismo vale para toda la industria".



APOYO A LOS GENÉRICOS

El 92% de los farmacéuticos de la Capital Federal está de acuerdo con la ley de genéricos, mientras que solo el 6% se opone a la medida. Los datos se desprenden de un estudio de la consultora Análisis e Inteligencia de Mercado (AIM) para el Colegio Oficial

de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal. Que destaca que la promoción de los genéricos se convirtió en una herramienta de marketing para gran parte de las farmacias porteñas. Un 41% de los farmacéuticos promociona los genéricos activamen-

te en el mostrador, mientras que otro 24% tiene carteles en el frente o en el interior de la farmacia. "Esta tendencia se acentúa en las farmacias pequeñas y en la zona sur de la ciudad", explicó Ignacio Perrone, director de AIM.



RENOVAMOS NUESTRO COMPROMISO CON SU FARMACIA.

Porque **Tafirol** es sinónimo de Paracetamol en Argentina.

Por el respaldo y la garantía de calidad SIDUS.
Por ser el analgésico más eficaz y seguro del mercado.
Por el permanente compromiso con su farmacia.
Por su completa gama de nuevas presentaciones.

Tafirol es el analgésico más rentable del mercado.

-  **Más rentabilidad**
-  **Más rotación**
-  **Más presentaciones**
-  **Más difusión publicitaria**
-  **Más clientes**

Tafirol, un éxito comprobado en su farmacia.



PACK 500
50 BLISTERS



POUCH
1 COMPRIMIDO

NUEVO
BLISTER
10 COMPRIMIDOS

PACK 50
5 BLISTERS

NUEVO
PACK 100
10 BLISTERS



Tafirol
PARACETAMOL 500 mg

ANALGÉSICO SIN MOLESTIAS GÁSTRICAS.



Atenolol Microsules ATENOLOL

50 mg x 28 comp. \$ 6,90
 50 mg x 56 comp. \$ 13,81
 100 mg x 28 comp. \$ 13,00
 100 mg x 56 comp. \$ 24,00

PRECIO PUBLICO

MICROSULES



MICROSULES ARGENTINA



Tanavat SIMVASTATIN

5 mg x 30 comp. \$ 22,18
 10 mg x 30 comp. \$ 40,77

PRECIO PUBLICO



Enromic LOSARTAN

50 mg x 30 comp. \$ 52,81

PRECIO PUBLICO



Microsulf CIPROFLOXACINA

250 mg x 10 comp. \$ 24,40
 500 mg x 10 comp. \$ 34,00

PRECIO PUBLICO



Notrab 300 RANITIDINA

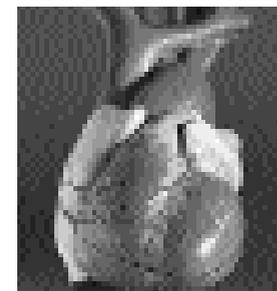
300 mg x 30 comp. \$ 26,11

PRECIO PUBLICO

Mucho
 más
 económicos
 que otras
 marcas
 conocidas.

Asesore seguro sobre nuestros productos
MICROSULES ARGENTINA
 está junto a Usted

ROSUVASTATINA: NUEVA DROGA CONTRA EL COLESTEROL



ESTUDIOS CLINICOS DEMUESTRAN MAYOR EFICACIA
A continuación información de importancia para el farmacéutico.

Es la rosuvastatina y estaría próximamente disponible en la Argentina, donde más de un 20% de los adultos tiene colesterol alto. Actúa en el hígado y dicen que interfiere poco en el resto del organismo.

Un laboratorio europeo dice tener el medicamento más eficaz para combatir el colesterol. Su nombre es rosuvastatina (el comercial es Crestor) y en estudios clínicos recientes demostró lograr una reducción superior de colesterol malo, en comparación con la estatina, que era la droga disponible hasta el momento en el mercado.

El nuevo fármaco acaba de obtener la aprobación para ser comercializado en el mercado estadounidense. Fuentes de la oficina Buenos Aires de AstraZeneca -el laboratorio que lo fabrica- indicaron ayer a Clarín que "próximamente" estará a la venta en el país, aunque no precisaron la fecha de su lanzamiento. El medicamento desde hace unos meses se vende en Gran Bretaña, Holanda, México y Canadá.

En la Argentina, donde se estima que entre un 20 y un 30 por ciento de la población mayor de 18 años tiene problemas de colesterol, las estatinas disponibles y ampliamente prescritas son la atorvastatina, pravastatina y sinvastatina.

En un estudio comparativo entre rosuvastatina (la droga del Crestor) y atorvastatina entre pacientes con niveles leves o moderados de colesterol, el 82% de los pacientes que recibieron rosuvastatina alcanzaron su meta de colesterol, en comparación con el 59% de quienes recibieron atorvastatina.

El investigador principal de este estudio, el Profesor Anders Olsson, catedrático

de Medicina Interna del Hospital de la Universidad Linköping, de Suecia, afirmó que cerca de la mitad de los pacientes tratados con medicamentos reductores de colesterol no están alcanzando sus metas de tratamiento, por lo que presentan riesgo de sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

La rosuvastatina, según sus creadores, es un agente que actúa en el hígado e interfiere poco a nivel de los otros tejidos.

El colesterol es un tipo de grasa que produce naturalmente el organismo y proviene, además, de los alimentos de origen animal. Actúa de manera negativa en el sistema circulatorio, en especial, arterias y cerebro. Existen numerosos trastornos que pueden ocasionar hipercolesterolemias graves, si bien su desarrollo se debe normalmente a factores genéticos.

Los médicos, además de prescribir fármacos para reducir el colesterol de sus pacientes, insisten con modificar el estilo de vida e incorporar actividad física.

Actualmente se discute cuál es el nivel adecuado de colesterol. Si el número es 200 o 240. Estadísticamente, los pacientes que tienen 220 tienen menor riesgo de morir que los que tienen más de 240, pero más que los que tienen menos de 200. Por eso muchos expertos indican que los niveles ideales de colesterol total, deben estar por debajo de los 200 miligramos. Dicen que no alcanza con la dieta y la gimnasia, y concluyen que con niveles superiores a 200 se debe tratar a los pacientes con medicamentos, como si ya hubieran sufrido un episodio cardíaco.

Muchos cardiólogos recetan las estatinas por considerar que demostraron ser

muy eficaces a la hora de prevenir enfermedades coronarias -porque al reducir el colesterol mejora el funcionamiento de las arterias- y también para tratar a quienes ya sufrieron infartos.

El uso de las estatinas comenzó hace unos 20 años. Algunas, como la sinvastatina, la pravastatina y la atorvastatina, se siguen recetando.

Claro que tienen efectos secundarios. Estas sustancias son tóxicas para el hígado y pueden producir cansancio y cefalea. También se advierte que pueden producir graves problemas musculares. Son contraindicadas para los que sufren insuficiencia hepática o enfermedades musculares.

La buena imagen de este tipo de drogas estuvieron a punto de caer en desgracia cuando en agosto de 2001 dos medicamentos que tenían como droga base la cerivasatina -un tipo de estatina- causaron más de 30 muertes en EE.UU al usarla combinada con otra llamada gemfibrozil.

Según publicó el diario francés Le Monde, "cerca de mil millones de dólares" invirtió AstraZeneca para lanzar el Crestor en los Estados Unidos. Se anticipa que habrá una pulseada por ganar una porción de los 36 millones de estadounidenses que deben reducir sus niveles de colesterol.

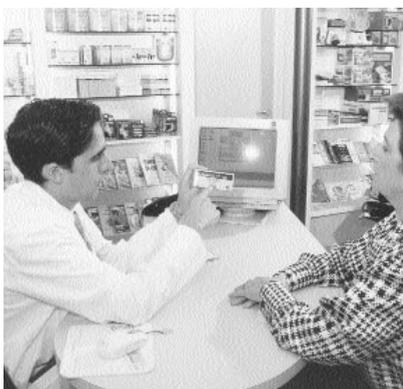
Según el centro de investigaciones norteamericano Decision Resources, las ventas mundiales de medicamentos para el colesterol aumentaron en 2002 a 17 mil millones de dólares. En los Estados Unidos, el medicamento estrella contra el colesterol es el Lipitor, del laboratorio Pfizer. Lo consumen 18 millones de personas. ➔



CONSENSO SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

España ha consensuado aspectos centrales de la Atención Farmacéutica. Aquí la segunda parte de los conceptos básicos:

SEGUNDA PARTE



3. LA CONSULTA O INDICACIÓN FARMACÉUTICA (MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

3.1 Concepto

Se entiende por consulta o indicación farmacéutica, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Esta intervención es de gran importancia, ya que, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto de usuario con el sistema de salud. Se simboliza con la frase «¿Que me dá para...?». Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de atención farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.

Parte de los objetivos han de ser comunes a dos descritos para la dispensación. La ventaja en este caso es que el paciente o usuario demanda la actuación del farmacéutico.

3.2 Objetivos de este servicio en el entorno de la atención farmacéutica

Ante una persona que realiza una consulta en la farmacia sobre un problema de salud, el farmacéutico debe tener como objetivos los siguientes:

a) indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso seleccionar un medicamento,

b) resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información detectadas por el farmacéutico,
c) proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos, y
d) evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia del un problema relacionado con un medicamento.

Esto supone que en el momento en que el farmacéutico es consultado, debe detectar otras necesidades y ofertar, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica clínica (identificar pacientes susceptibles de recibir educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico personalizado, etc.), o si es necesario, la remisión al médico.

3.3 Requisitos de este modelo de consulta o indicación farmacéutica

El servicio que ofrece el farmacéutico al ser consultado sobre la especialidad farmacéutica que, sin requerir receta médica, sea más adecuada para el tratamiento de un síntoma menos, debe cumplir los siguientes requisitos:

a) Disponibilidad y cobertura del 100% de los consumidores en España. Todo aquel que requiera asesoría sobre un medicamento o problema de salud debe recibir este servicio profesional de forma adecuada, independientemente de si es cliente habitual u ocasional de esa farmacia. Compromete igual a las farmacias con usuarios habituales que a aquellas con usuarios de paso.

b) Responder a las expectativas del paciente: Profesionalidad y eficiencia en el servicio, suficiente grado de agilidad y confidencialidad si es requerida.

c) Garantizar la seguridad en las reco-

mendaciones y la asunción de responsabilidad sobre las consecuencias.

d) Poderse integrar en el funcionamiento operativo de la farmacia.

3.4 Diseño del servicio de consulta o indicación farmacéutica

De acuerdo con los objetivos perseguidos ante la consulta de indicación farmacéutica y con relación a los requisitos que deben cumplirse, el servicio debe diseñarse teniendo en cuenta los siguientes elementos:

I. La necesidad de realizar la consulta o indicación farmacéutica con seguridad, eficiencia y profesionalidad, exige la realización de guías clínicas sencillas pero robustas, para el tratamiento de aquellos síntomas para lo que la legislación faculta al farmacéutico a indicar un medicamento. Sería muy recomendable que cada farmacia dispusiera de su propia guía farmacoterapéutica de especialidades destinadas a tratar estas situaciones.

II. Debería disponerse de procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la consulta farmacéutica, que respondan a las cinco preguntas básicas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo? y ¿Dónde? en cuanto a la realización de esta actividad.

III. Al ser consultado, el farmacéutico realizará sistemáticamente:

a) Una entrevista breve al paciente o usuario para recoger la información imprescindible, que es al menos:

- motivo de consulta, descripción del problema de salud
- otros problemas de salud
- medicación en uso concomitante.



b) La evaluación del problema planteado,

c) La toma de decisión correspondiente, que puede consistir en:

- Recomendar medidas conservadoras, dietéticas o físicas,
- Indicar una especialidad farmacéutica que no requiera receta médica y seleccionada de acuerdo con la situación concreta,
- Ofrecer al paciente la posibilidad de recibir otro tipo de servicio de atención farmacéutica clínica (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico),
- Remitirle a su farmacéutico habitual (posible información entre farmacéuticos,
- Y/o derivarle al médico y otro profesional sanitario (odontólogo, fisioterapeuta....).

d) Siempre se dará información adecuada al paciente o usuario de la recomendación realizada, preferiblemente por escrito, incluso en el caso de derivación a otro profesional.

IV. Debe evitarse un tratamiento farmacológico a un paciente del que no se disponga de suficiente información, por no querer proporcionarla o por no acudir él mismo a la farmacia y no conocer su situación la persona que solicita el medicamento.

V. Al igual que en la dispensación, en la consulta farmacéutica los criterios



de derivación a otros servicios sanitarios deberían ser consensuados con los profesionales implicados en la medida de lo posible (ej.: manejo de síntomas gripales en pacientes no de riesgo y derivación al médico con criterios pactados). Esto supone el establecimiento de canales fluidos de comunicación con los profesionales de otros niveles asistenciales, fundamentalmente de atención primaria. También puede suponer la cooperación con servicios sociales.

VI. En caso de derivación, debe elaborarse una nota o breve informe de remisión, normalizado, del que debe quedar copia en la farmacia.

VII. La información al paciente sobre el medicamento indicado, pauta y duración del tratamiento debe suministrarse preferiblemente por escrito.

VIII. Es necesario realizar un registro adecuado de la actividad. En todos los casos deberá contener:

- a) motivo de consulta
- b) decisión del farmacéutico (tratamiento indicado, derivación, otras medidas...)
- c) evaluación del resultado en la medida de lo posible

3.5 Evaluación del servicio de consulta o indicación farmacéutica

Para garantizar el adecuado desarrollo de la consulta o indicación farmacéutica, y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada.

La evaluación del proceso se basará en la valoración del grado de cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo para esta actividad. Ésta se podrá realizar mediante:

- Análisis del sistema de registro que permite medir la actividad,

→ continua → → →



SEGUNDA PARTE

- Observación directa del funcionamiento,
- Entrevista a pacientes.

La evaluación del servicio puede hacerse internamente por el propio farmacéutico responsable o por un evaluador externo.

3.6 Resumen : Elementos indispensables para la adecuada consulta o indicación farmacéutica:

- Debe ser realizada por un farmacéutico.
- Debe cumplir los requisitos establecidos por la legislación en cuanto a la exigencia de receta médica.
- Requiere la disponibilidad de guías clínicas para la indicación al paciente de especialidades farmacéuticas que no requieren prescripción médica y selección de principios activos para estas situaciones (guía farmacoterapéutica).
- Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades, realizadas, incluyendo informes de remisión por escrito e información al paciente, por escrito si es necesario.
- Debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.



4. EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PERSONALIZADO

4.1. Concepto

Conforme a la definición, el seguimiento farmacoterapéutico personalizado es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

El seguimiento farmacoterapéutico es un elemento necesario de la asistencia sanitaria y debe estar integrado con los otros elementos. Este servicio es proporcionado para el beneficio directo del paciente y por tanto el farmacéutico es responsable directo ante éste de la calidad de la asistencia.

Conviene destacar que el seguimiento farmacoterapéutico personalizado no constituye, en ningún caso, un intento de invadir competencias de otros miembros del equipo de salud. La colaboración multidisciplinar es indispensable para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa. La existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada al uso de fármaco hace que la participación de farmacéutico en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos sea una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como, lo que es más importante, por ética profesional.

En el ejercicio profesional del farmacéutico, el adecuado desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico personalizado un esfuerzo especial del estudio y formación continua. Es-

te esfuerzo debe estar orientado a la búsqueda de soluciones a las necesidades concretas de un sujeto determinado que acude a la farmacia.

El farmacéutico deberá desarrollar habilidades nuevas, que le permitan mejorar su comunicación con el paciente y con otros profesionales sanitarios (farmacéuticos de otros ámbitos, médicos, personal de enfermería, odontólogos, fisioterapeutas...). Esta comunicación deberá ser verbal y escrita. Debe respetarse además el derecho del paciente a la información adecuada, a su autonomía de decisión, y a la protección de sus datos de carácter personal.

4.2 Objetivos de este servicio en el entorno de la atención farmacéutica

El servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado debe pretender los siguiente objetivos:

- a) Buscar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.
- b) Minimizar los riesgos asociados al uso de los medicamentos, y por tanto, mejorar la seguridad de la farmacoterapia.
- c) Contribuir a la racionalización del uso de medicamentos como principal herramienta terapéutica de nuestra sociedad.
- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4.3 Requisitos del servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado

La oferta y realización del seguimiento farmacoterapéutico de un paciente concreto es un servicio novedoso y complejo que conlleva una serie de exigencias y requisitos ineludibles, expuestos a continuación:

- a) Compromiso del farmacéutico con los resultados de la farmacoterapia en cada paciente. Puesto que el contrato asistencial es un contrato de medios, esto significa que el farmacéutico, de acuerdo con el paciente, asume la responsabilidad de haber puesto todos los medios a su alcance para que los

medicamentos que éste utilice le produzcan efectos beneficiosos para la salud.

b) Garantía de continuidad en el servicio. Esto implica que el compromiso anteriormente adquirido va a ser ofrecido o prestado mientras el paciente esté de acuerdo con ello.

c) Disponibilidad de información actualizada sobre el paciente y su tratamiento.

d) Documentación y registro de la actividad, tanto de las intervenciones realizadas como de los resultados obtenidos.

4.4 Diseño del servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado

De acuerdo con los objetivos asistenciales perseguidos con la realización de este servicio, y respetando los requisitos exigidos, el seguimiento del tratamiento en un paciente debe diseñarse conforme a las siguientes premisas:

I. Debe disponerse de procedimientos normalizados de trabajo para cada una de las actividades que comprenden el servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

II. El servicio en este caso deberá ser ofertado al paciente, ya que actualmente el consumidor raramente lo demanda por sí mismo. Para ello se establecerán criterios de inclusión o elementos de cribaje que permitan identificar los pacientes más susceptibles de beneficiarse de este servicio, pero en una perspectiva de universalidad y equidad. Dado que la colaboración del paciente es imprescindible, es necesario informarle adecuadamente y obtener su consentimiento.

III. La necesidad de información detallada sobre los medicamentos que el paciente utiliza, exige la apertura de una historia farmacoterapéutica obtenida mediante una entrevista inicial e implica su adecuado mantenimiento posterior. En éste deben constar como mínimo los problemas de salud del paciente, los medicamentos que utiliza (con o sin prescripción médica) y los estilos de vida relevantes. Debe

respetarse la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal, registrando el fichero correspondiente y garantizado con confidencialidad de la información.

IV. El seguimiento farmacoterapéutico implica satisfacer las necesidades del paciente en relación con los medicamentos. Para ello debe evaluarse la existencia de problemas relacionados con los medicamentos, o la posibilidad de su aparición. Esto exige el estudio de la situación concreta del paciente y de las posibles intervenciones farmacéuticas.

V. En el caso de detectar posibles problemas de salud relacionados con los medicamentos en ese paciente, debe producirse la intervención farmacéutica para prevenir o resolver dichos problemas. Cuando la intervención pudiera suponer una modificación del tratamiento prescrito por un médico, o ante cualquier otra circunstancia que lo recomiende, se establecerá comunicación con éste, informándole del posible problema encontrado. El facultativo valorará la decisión a tomar en el contexto de la enfermedad de ese paciente.

VII. Siempre se dará adecuada información al paciente de los problemas detectados y de las soluciones propuestas, respetando su autonomía de decisión.

VIII. Todas las actividades e intervenciones deben ser convenientemente registradas. El compromiso con los resultados de la intervención exige una evaluación rigurosa de los mismos.

4.5 Evaluación de la práctica del seguimiento farmacoterapéutico personalizado

Para garantizar el adecuado desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico, y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada.

La evaluación se basará en la valoración del grado de cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo para esta actividad.

Ésta se podrá realizar mediante:

- Análisis del sistema del registro que permite medir la actividad,
- Observación directa del funcionamiento,
- Entrevista a paciente.

La evaluación del servicio puede hacerse internamente por el propio farmacéutico responsable o por un evaluador externo.

Debería realizarse una valoración de las actuaciones en función de los resultados obtenidos en salud, clasificados en función de su relevancia o importancia y, en la medida de lo posible, haciendo una evaluación de impacto económico de la actividad. Además, puesto que se pretende una práctica integrada en el Sistema de Salud, debe tenerse en consideración la valoración de este servicio por parte de los demás profesionales sanitarios.

4.6 Resumen: Elementos indispensables para el adecuado seguimiento farmacoterapéutico personalizado

- Acuerdo previo farmacéutico-paciente
- Disponibilidad de procedimientos normalizados de trabajo para la información al paciente, entrevista inicial, evaluación de la situación, intervención farmacéutica, y comunicación con otros profesionales.
- Recogida de información suficiente sobre las necesidades del paciente en relación con su farmacoterapia.
- Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades realizadas, incluyendo informes de remisión por escrito e información al paciente por escrito.
- Debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.





SEGUNDA PARTE

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El ejercicio de la atención farmacéutica de forma integral es un proceso evolutivo que parte de la práctica profesional tradicional. Este proceso requiere una adaptación del farmacéutico y de su entorno, con el fin de que toda la práctica se dirija hacia la satisfacción de las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza.

Es un hecho que los ciudadanos a menudo tienen problemas cuando utilizan los medicamentos, por múltiples motivos, asociados a la complejidad de nuestra sociedad y de la propia terapia. Ante este suceso el farmacéutico no puede eludir su responsabilidad en el proceso asistencial, utilizando sus conocimientos para minimizar en lo posible la aparición de esos problemas, y contribuyendo a resolverlos lo antes posible cuando aparezcan. Este objetivo sólo puede lograrse orientando todas las actividades de la farmacia hacia una misma dirección, e implicándose en el equipo asistencial.

Esto requiere un esfuerzo indudable, y la superación de dificultades que son menores a medida que se avanza en la tarea. Ante el reto planteado, los avances de la tecnología y, sobre todo, el trabajo en equipo, son herramientas de gran ayuda para el crecimiento y desarrollo de una buena labor asistencial. El marco legislativo existente, y el aval de las publicaciones científicas,



constituyen un respaldo suficiente para aquellos que se inician ahora en este camino.

Este documento es un punto de partida. A partir de los conceptos básicos planteados, es lógico que los profesionales desarrollen su práctica habitual conforme a su propio criterio y situación, puesto que la existencia de diferencias es algo innato al desarrollo de cualquier profesión. El objetivo perseguido merece el esfuerzo a realizar.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez de Toledo F. Estudio TOMCOR. Ponencia presentada en el «I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica». San Sebastián 1999.
- Asociación Farmacéutica Americana. Obra'90. Guía práctica para poner en marcha la atención farmacéutica.
- Baos V. Sin receta. La automedicación correcta y responsable. Madrid. Colección Fin de Siglo. Ediciones Temas de Hoy. 1996.
- Barbero JA, Alfonso T. Detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos en la farmacia comunitaria: una aproximación. Pharm Care Esp 1999; 11:13-122.
- Bates DW, Spell N, Cullen Di et al. The cost of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997; 277:3703-11.
- Cipolle R, Strand L, Morley P. El ejercicio de la Atención Farmacéutica (traducción de Pharmaceutical Care Practice, 1998). McGraw-Hill, 2000.
- Cipolle R, Strand LM, Morley P et al. The outcomes of pharmaceutical care practice. Pharm Care Esp 2000; 2:94-106.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa. I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. San Sebastián, 1999.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya. Manual de gestión de la calidad en la oficina de farmacia / Osasun. Bilbao, 2000.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid 2000.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe Libro Blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España.
- Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Pharm Care Esp 1999; 11:07-12.
- Domínguez-Gil Hurlé, A. «Los acontecimientos adversos producidos por medicamentos: una patología emergente». Discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia. Real Academia de Farmacia. Instituto de España. Madrid, 1999.
- Faus MJ, Martínez F. La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm Care Esp 1999; 1:52-61.
- Fidalgo García ML, Martínez Cortez M, Gil Nebot MA. Automedicación en un área sanitaria rural: análisis a través de las oficinas de farmacia. Farm Clin 1992; 9:844-853.
- Fundación Pharmaceutical Care España. Manual de procedimientos en Atención Farmacéutica. Barcelona, 1999.
- Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. Pharm Care Esp 1999; 1:323-28.
- Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1990; 47:533-43.
- Hepler CD. Práctica y formación farmacéutica para el 2010. Farm Clin 1997; 14: 39-41.

EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA LA EFC SE PUSO EN MARCHA

Con gran éxito Cofa puso a disposición de los Colegios del país la oferta de cursos presenciales. Aquí los principales realizados en el primer semestre de 2003.

JUJUY: "Vacunación en la farmacia", 2 y 3 de mayo de 2003. Directora Dra. Carina Cremona.

TUCUMÁN: "Medicamentos Genéricos", 28 de junio de 2003. Director Dr. Guillermo Bramuglia.

CÓRDOBA: "Nutrición", 26 de julio de 2003. Director Dr. Carlos Markmann. "Vacunación en la farmacia", 2 y 3 de abril de 2003. Directora Dra. Carina Cremona.

MENDOZA: "Atención farmacéutica a pacientes con asma", 5 y 6 de septiembre de 2003. Directora: Dra. Diana Parma. "Buenas Prácticas de Dispensación", 24 de octubre de 2003. Director Dr. Marcelo Peretta.

MAR DEL PLATA: "Vacunación en la farmacia", 15 y 16 de abril de 2003. Directora: Dra. Carina Cremona.

LA PAMPA: "Medicamentos Genéricos", 6 de setiembre de 2003. Director: Dr. Guillermo Bramuglia.

SAN JUAN: "Farmacia experta en diabetes", 26 de setiembre de 2003. Director: Dr. Carlos Markmann.

NEUQUEN: "Nutrición", 4 y 5 de octubre de 2003. Director: Dr. Carlos Markmann.

CAPITAL FEDERAL: "Buenas Prácticas de Elaboración de Magistrales", 13 al 29 de mayo de 2003. Director: Dr. Javier Valverde. "Vacunación en la farmacia", 15 y 16 de marzo de 2003. Directora: Dra. Carina Cremona.

Consulte la oferta de cursos presenciales de COFA, elija una fecha de su conveniencia y le llevaremos el curso de su agrado. cursos@cofa.org.ar





CONFEDERACIÓN
FARMACÉUTICA
ARGENTINA

Educación Farmacéutica Continua

Cursos a distancia válidos para la certificación profesional

PROGRAMA
EFC
EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA



1
Mód. 1
\$ 80.-*
Mód. 2 y 3
\$ 60.-*
Mód. 4, 5, 6 y 7
\$ 40.-*
Mód. 8
\$ 50.-*

Confederación Farmacéutica Argentina



2
\$ 375.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires



3
\$ 40.-*

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



4
\$ 40.-*

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



5
\$ 40.-*

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



6
\$ 15.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



7
\$ 50.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



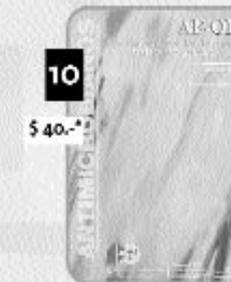
8
\$ 40.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



9
\$ 40.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



10
\$ 40.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba



11
\$ 15.-*

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe



12
\$ 40.-*

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal



13
\$ 360.-*

Asociación Argentina de Fotofarmacia



14
\$ 90.-*

Ediciones Isis SRL



15
\$ 60.-*

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Capital Federal

Documentos y libros de interés farmacéutico



17
\$ 5.-*

Confederación Farmacéutica Argentina



18
\$ 5.-*

Confederación Farmacéutica Argentina



19
\$ 5.-*

Confederación Farmacéutica Argentina



19
\$ 5.-*

Confederación Farmacéutica Argentina



16
Tomo 1
\$ 145.-*
Tomo 2
\$ 145.-*

Editorial Médica Panamericana



Cooperativas hoy

INTERÉS POR LA COMUNIDAD

El cooperativismo, responsable de proveer a la sociedad múltiples productos y servicios, ha demostrado en nuestro país gran interés por al comunidad. Aquí las bases de este movimiento en constante ascenso.

Los organismos internacionales y nacionales han reconocido que las cooperativas están pasando a ser un factor indispensable del desarrollo económico y social de las sociedades. En todo el mundo, millones de personas han optado por un modelo cooperativo empresarial, que les permite alcanzar sus objetivos de desarrollo personales y comunitarios.

El sector cooperativo otorga múltiples beneficios a la sociedad y es responsable de producir y abastecer alimentos, otorgar créditos justos y servicios seguros y de calidad. Por sobre todo practica la solidaridad y la tolerancia.

Aun hoy mucha gente subestima

el alcance y la dimensión del momento y, por ende, como este afecta las economías nacionales y a la sociedad en general. Más de 760 millones de personas en el mundo están asociadas a cooperativas. Las cooperativas constituyen la faz humana del desarrollo y como tal contribuyen a que se tengan en cuenta muchas de las cuestiones más acuciantes de la sociedad, al poner en práctica el más novedoso de los 7 principios cooperativos: EL INTERÉS POR LA COMUNIDAD.

Los valores, los principios, la ética y la competencia comercial son las ventajas que ofrecen las cooperativas tanto a sus miembros como a las comunidades en que operan. Estos obje-

tivos son comunes en todas las cooperativas del mundo.

Los representantes del sector, están seguros de haber logrado desarrollo y bienestar en millones de personas de nuestro país y el mundo; afirman que existe un espacio importante para el crecimiento cooperativo, que permitirá que millones de personas salgan de la pobreza. Sostienen que se debe sumar las experiencias y el trabajo a la larga lista de contribuciones, buscando socios, para llevar adelante un movimiento que permita convertir en realidad, el sueño de una vida mejor. ➡

AUMENTÓ LA VENTA DE MEDICAMENTOS ESTE AÑO

REMEDIOS DESPUÉS DE LA CRISIS

Las ventas de medicamentos al mercado interno aumentaron en un 35 por ciento en el segundo trimestre de este año con respecto al mismo período del año anterior, de acuerdo a mediciones del Indec. Ricardo Berón, coordinador de la muestra realizada por el organismo oficial, atribuyó dicho comportamiento de los consumidores a la estabilización de los precios a partir de mediados del año anterior, en particular desde el momento que entró en plena vigencia la ley de genéricos.

La facturación total de los laboratorios se incrementó en el período abril/junio en un 23,8 por ciento con respecto al año anterior y un 14 por ciento comparado con el primer trimestre del año.

Ello, a pesar de la caída de las exportaciones. La información surge de la encuesta que realiza el Indec sobre las 75 empresas que constituyen el núcleo del sector. Con los resultados del segundo trimestre, se completaron cinco períodos consecutivos con un nivel de facturación superior a los 1000 millones de pesos.

Las ventas al mercado interno en el último período trimestral, compuestas por medicamentos producidos localmente más los importados, crecieron 18 por ciento con respecto a los tres primeros meses del año. Los producidos localmente aumentaron en un 11 por ciento mientras que la reventa de medicamentos importados creció un 41 por ciento.

Según el Indec, durante el período

evaluado los medicamentos de mayor

facturación fueron los destinados al sistema nervioso (239 millones), seguidos por los específicos del aparato digestivo (190 millones), los antiinfecciosos (174 millones) y los que se aplican al aparato cardiovascular (142 millones). Estos cuatro grupos de medicamentos concentran el 60 por ciento de la facturación de la industria. Los productos destinados al sistema nervioso fueron los que más incrementaron su facturación con respecto al primer trimestre (42 por ciento), seguidos por los aplicados al aparato digestivo (32 por ciento). ➡

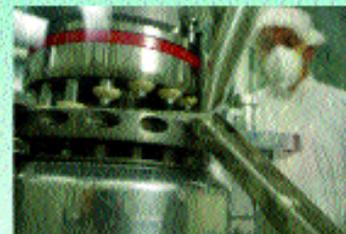
Máxima calidad para la salud de todos.



SEGURIDAD



CALIDAD



TECNOLOGÍA

Producimos y distribuimos productos farmacéuticos de alta calidad a un precio justo, asegurando su comercialización a través del profesional farmacéutico, optimizando la salud de la población.



Estadística

FEDERACION ARGENTINA DE COOPERATIVAS FARMACEUTICAS COOP. LTDA.
Av. Pte. Juan D. Perón 2742 - B1754AZV San Justo - Pcia. de Buenos Aires
Tel/Fax: 4482-5483/5493/5522 - ventasfe@fecofarcl.com.ar - www.fecofarcl.com.ar



MAGNUS

Sildenafil Sidus

Para Todos!



2 años de récords!

*El Sildenafil más prestigioso,
más recetado y de mayor venta que dejó
una marca en la Argentina.*

10

- ... en Recetas
- ... en Ventas
- ... en Imagen
- ... en Marca
- ... en Calidad, Seguridad y Potencia
- ... en Economía y en mantener una política de precio justo y no descuentos oportunistas
- ... en diferenciarse con un color cálido
- ... en blisters individuales
- ... en envases de 20 comprimidos
- ... en comunicación médica
- ... en comunicación farmacéutica
- ... en hablar técnica, educada y descontracturadamente, porque el sexo es de todos
- ... en no ser hipócritas y ponernos colorados hablando de sexo
- ... en conocer la necesidad de información sexual de todos los médicos para con sus pacientes
- ... en no descuidar a la mujer y favorecer el tratamiento en pareja
- ... en desarrollar las Clínicas Sexuales para médicos, farmacéuticos y pacientes

PRIMER PREMIO AL MARKETING FARMACEUTICO DE PRODUCTOS ETICOS
www.magnussidus.com.ar • magnus@sidus.com.ar • Tel.: 4796-6800 int. 6993


www.sidus.com.ar SIDUS



CRECEMOS PENSANDO EN USTED...

trypost@drofasa.com

Ser la Droguería Líder en Oncología, SIDA y Terapias Especiales significa tener el mayor de los compromisos.

Hoy, nos mudamos como muestra de ello. En nuestro nuevo edificio, optimizamos recursos nucleando las áreas de distribución, administración y ventas, brindándole más y mejores servicios.

En DROFASA tenemos el compromiso de seguir siendo la droguería líder.

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE
0-800-122-DROFASA (3763)
LINEA GRATUITA

ADMINISTRACION - CENTRO DE DISTRIBUCION
Piedras 1065/73 (C1070AAL) Buenos Aires - Argentina
4021-DROFASA (3763) - Fax: 4021 3700
info@drofasa.com.ar
www.drofasa.com.ar



DroFasa

Una empresa de Farmacéuticos Argentinos S.A.

VIII Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales

DEPORTE Y CONFRATERNIDAD, UNA SANA COSTUMBRE

Dr. Gustavo
Alberto Fontana
Farmacéutico
Comité Olímpico COFA



Acto inaugural

Seis meses trabajando ¿cómo saldrá todo? Es la pregunta que el grupo comandado por el farmacéutico Yimi Etcheverry se habrá realizado la noche del 14 de agosto, a horas del inicio de las Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales (OFN) edición 2003.

¿Para qué? Le respondimos desde aquí. Para lograr un afinado y muy bien programado desarrollo de estos juegos que, una vez más, permitieron la participación de más de 1000 colegas y más de 500 acompañantes. Desde el principio, pudimos observar cómo se cuidó hasta el mínimo detalle, cuando pasadas las 13 del viernes, dábamos por iniciadas las jornadas, en compañía de la presidente del Colegio de Farmacéuticos Santa Fe II, Dra. Graciela Penza. El día se había presentado a pleno sol y el espacio que ocupa el Parque Jorge Newbery constituyó un marco imponente para el desfile de las delegaciones, cada una, ataviada con sus colores distintivos y creando un arco iris de confraternidad farmacéutica.

Ese momento marcó el inicio del atletismo y, posteriormente, comenzó la práctica deportiva en conjunto.

La noche nos encontró en El Viejo Almacén con un poquito de frío,

pero con el corazón acalorado, latiendo a mil, por saber que una vez más, nuestras queridas OFN estaban en marcha. La jornada del sábado nada tuvo que envidiarle a la anterior.

Remeras mangas cortas, shorts y alguna que otra musculosa en pleno agosto, marcaron la cálida temperatura que nos acompañó.

En lo deportivo, ya se comenzaban a delinear los "candidatos" y los cuerpos empezaban a

competencia.

Vale destacar el buen comportamiento observado por los participantes, por el que tanto bregamos desde el Comité Olímpico, que permitió advertir una excelente disposición en cuanto a la "entrega" dentro de los campos de juego.

La noche del sábado posibilitó a algunos, recuperar el merecido descanso luego de tantos dobles, goles, saques o faltas enviadas cantadas.

Para otros, en tanto, fue la acumulación de más cansancio pero esta vez en "otros" estadios, disfrutando de la noche rosarina junto a compañeros de equipo y colegas de otras tierras.

El domingo, como verdadero día de gracia, coronó a los campeones de las distintas disciplinas mostrando la vigencia de algunos y la grata aparición de otros, renovando así el medallero.

El atardecer rosarino se colmo de varios "dale campeooooon" y fue el momento de advertir la satisfacción de los anfitriones por haber cumplido con creces el desafío.

La noche se reiteró en El Viejo Almacén. Ahora, calefactores de por medio, recibiendo medallas y trofeos pero, más aún, compartiendo el cariño y la buena onda de tanta gente.

Como corolario, queda compartir la mesurada alegría de este Comité Olímpico que, por disposición del Consejo Ejecutivo de COFA, ahora es comisión permanente. La decisión nos jerarquiza y permitirá, en el corto plazo, desarrollar acciones deportivas a lo largo y ancho del país, las que, obviamente, en el momento oportuno, serán anunciadas.

A los que fueron por primera vez, gracias. Los esperamos el año próximo. A los que reiteraron su participación. Sabemos plenamente que contamos con ustedes nuevamente.

Y a los que nunca pudieron participar. LOS ESPERAMOS con el corazón abierto y las ganas de compartir un fin de semana completo de experiencias enriquecedoras que nos permitan seguir en este camino de la UNIDAD FARMACÉUTICA.



Vista del público

sentir el trajín deportivo con dos días de

A la gente de Rosario, una vez más FELICITACIONES!!!
Y muchas gracias por tantas atenciones.

RESULTADOS FINALES (medallero)
JORNADA DE ATLETISMO

PRUEBA: 60 Mts. FEMENINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 13" 11
CRESPO Adelaida (Córdoba)
2º Puesto PLATA: 15" 44
JAIME Eva (Santa Fe II)
3º Puesto BRONCE: -

PRUEBA: 60 Mts. FEMENINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 10" 85
CONO Liana (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 10" 94
PERINETTI Cesarina (Santa Fe II)
3º Puesto BRONCE: 11" 11
GREGGIO Beatriz (Buenos Aires)

PRUEBA: 60 Mts. FEMENINO MAYORES

1º Puesto ORO: 8" 70
SARANDON Alejandra (Bs. Aires)
2º Puesto PLATA: 9" 06
GONZALEZ Rosa (Tucumán)
3º Puesto BRONCE: 9" 41
MIGUEZ Edit (Santa Fe II)

PRUEBA: 60 Mts. FEMENINO LIBRES

1º Puesto ORO: 8" 59
MACAGNO Marisa (Córdoba)
2º Puesto PLATA: 9" 05
UEMA María (Córdoba)
3º Puesto BRONCE: 9" 55
IGLESIAS Amalia (Córdoba)

PRUEBA: 100 Mts. MASCULINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 14" 04
LAGO Eduardo (Bs. Aires)
2º Puesto PLATA: 14" 60
BAUDINO Omar (San Juan)
3º Puesto BRONCE: 14" 81
DEIDDA Arnoldo (Bs. Aires)

PRUEBA: 100 Mts. MASCULINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 13" 65
NOBILES Adelqui (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 14" 38
DRAGO Jorge (Bs. Aires)
3º Puesto BRONCE: 14" 60
JUAN Carlos Raúl (Bs. Aires)

PRUEBA: 100 Mts. MASCULINO MAYORES

1º Puesto ORO: 11" 97
CHIARAMELLO J. José (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 12" 82
MARCHETTI Daniel (Bs. Aires)
3º Puesto BRONCE: 13" 56
SPERLI Horacio (Santa Fe II)

PRUEBA: 100 Mts. MASCULINO LIBRE

1º Puesto ORO: 11" 99
LOBERA Fabian (NEA)
2º Puesto PLATA: 12" 17
LAZARTE BADER Adrián (Tucumán)

3º Puesto BRONCE: 12" 82
USANDIVARAS Carlos (Jujuy)

PRUEBA: SALTO EN LARGO FEMENINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 2,12 m.
CRESPO Adelaida (Córdoba)

PRUEBA: SALTO EN LARGO FEMENINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 2,93 m.
CONO Liana (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 2,56 m.
PERINETTI Cesarina (Santa Fe II)
3º Puesto BRONCE: 2,50 m.
GREGGIO Beatriz (Bs. Aires)

PRUEBA: SALTO EN LARGO FEMENINO MAYORES

1º Puesto ORO: 4,37 m.
GONZALEZ Rosa (Tucumán)
2º Puesto PLATA: 4,36 m.
SARANDON Alejandra (Bs. Aires)
3º Puesto BRONCE: 3,95 m.
ROITMAN Claudia (Mendoza)

PRUEBA: SALTO EN LARGO FEMENINO LIBRES

1º Puesto ORO: 4,77 m.
MACAGNO Marisa (Córdoba)
2º Puesto PLATA: 4,20 m.
UEMAMaría (Córdoba)
3º Puesto BRONCE: 1,95 m.
CRESPO Adelaida (Córdoba)

PRUEBA: SALTO EN LARGO MASCULINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 4,12 m. BAODINO Omar (San Juan)
2º Puesto PLATA: 4, 20 m.
LAGO Eduardo (Bs. Aires)
3º Puesto BRONCE: 3,40 m.
DEIDA Arnoldo (Bs. Aires)

PRUEBA: SALTO EN LARGO MASCULINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 4,63 m.
NOBILE Adelqui (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 3,74 m.
BENIGNI Gabriel (NEA)
3º Puesto BRONCE: 3,66 m.
TORRES Elvio (Salta)

PRUEBA: SALTO EN LARGO MASCULINO MAYORES

1º Puesto ORO: 5,72 m.
MARCHETTI Daniel (Bs. Aires)
2º Puesto PLATA: 5,66 m.
CHIARAMELLO J. José (Santa Fe I)
3º Puesto BRONCE: 4,88 m.
VASALLO Adrián (Córdoba)

PRUEBA: SALTO EN LARGO MASCULINO LIBRE

1º Puesto ORO: 5,75 m.
FOSSA Sebastián (Santa Fe II)
2º Puesto PLATA: 5,46 m.
LOVERA Fabián (NEA)
3º Puesto BRONCE: 5,31 m.



Catamarca



Córdoba



Entre Ríos

→ continua → → →

GARCIA

Marcelo (Bs. Aires)

PRUEBA: BALA FEMENINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 6,99 m.
 CRESPO Adelaida (Córdoba)
 2º Puesto PLATA: 5,15 m.
 MIGUES Liliana (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: 4,69 m.
 HERRERA Rosario (Mendoza)

PRUEBA: BALA FEMENINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 6,68 m.
 PERINETTI Cesarina (Santa Fe II)
 2º Puesto PLATA: 5,56 m.
 MENDOZA Alicia (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: 5,39 m.
 GREGGIO Beatriz (Bs. Aires)

PRUEBA: BALA FEMENINO MAYORES

1º Puesto ORO: 10,46 m.
 SARANDON Alejandra (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 8,75 m.
 BUSTOS Viviana (Jujuy)
 3º Puesto BRONCE: 8,29 m.
 CAMUSSO Alejandra (Santa Fe I)

PRUEBA: BALA FEMENINO LIBRES

1º Puesto ORO: 7,98 m.
 ANGIOLINI Graciela (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 7,72 m.
 VICENTIN Viviana (Santa Fe I)
 3º Puesto BRONCE: 7,14 m.
 VILA Silvia (San Luis)

PRUEBA: BALA MASCULINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 11,12 m.
 LAGO Eduardo (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 10,68 m.
 BAULINO Omar (San Juan)
 3º Puesto BRONCE: 10,56 m.
 QUIROGA Héctor (San Juan)

PRUEBA: BALA MASCULINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 10,13 m.
 PISLILLI Luciano (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 9,82 m.
 OTERO Aldo (Entre Ríos)
 3º Puesto BRONCE: 9,62 m.
 JUAN Carlos Raúl (Bs. Aires)

PRUEBA: BALA MASCULINO MAYORES

1º Puesto ORO: 15,24 m.
 LUPINO Eduardo (Córdoba)
 2º Puesto PLATA: 12,56 m.
 TABORDA Juan (Entre Ríos)
 3º Puesto BRONCE: 12,07 m.
 ABDON Hugo (Córdoba)

PRUEBA: BALA MASCULINO LIBRES

1º Puesto ORO: 12,56 m.

PERESON Dante (Santa Fe I)
 2º Puesto PLATA: 11,95 m.
 ALBA Pablo (Salta)
 3º Puesto BRONCE: 11,85m.
 PESADO Andrés (Santa Fe II)

PRUEBA: MARATON 2500 Mts. FEMENINO LIBRES

1º Puesto ORO: 11'32"910
 STUPPA M. Alejandra (Córdoba)
 2º Puesto PLATA: 13'17"530
 AGUIRRE M. Del Pilar (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: 13'49"990
 BUSTOS Viviana (Jujuy)

PRUEBA: MARATON 5000 Mts. MASCULINO LIBRES

1º Puesto ORO: 17'54"290
 ASQUINAZI Sebastián (Neuquén)
 2º Puesto PLATA: 20'24"010
 TUBORES Hernan (Bs. Aires)
 3º Puesto BRONCE: 20'39"090
 FALVO Guillermo (Santa Fe I)

PRUEBA: MARATON 2500 Mts. FEMENINO MAYORES

1º Puesto ORO: 12'42"690
 SOSA Alicia (Santa Fe I)
 2º Puesto PLATA: 13'06"940
 BOSIO Alicia (Córdoba)
 3º Puesto BRONCE: 13'25"250
 SARANDON Alejandra (Bs. Aires)

PRUEBA: MARATON 5000 Mts. MASCULINO MAYORES

1º Puesto ORO: 18'58"540
 PEREZ ARIEL (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 19'27"550
 ALINI Gustavo (Catamarca)
 3º Puesto BRONCE: 20'55"900
 LOPEZ Alejandro (Bs. Aires)

PRUEBA: MARATON 5000 Mts. MASCULINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 18'32"580
 MARQUEZ Alberto (Bs. Aires)

PRUEBA: MARATON 5000 Mts. MASCULINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 27'36"500
 DEIDDA Arnoldo (Bs. Aires)

PRUEBA: MARATON 2500 Mts. FEMENINO SENIOR "A"

1º Puesto ORO: 13'56"460
 RODRIGUEZ Laura (Bs. Aires)
 2º Puesto PLATA: 14'49"190
 ZUCCHI Carla (San Luis)
 3º Puesto BRONCE: 17'27"690
 GREGGIO (Bs. Aires)

PRUEBA: MARATON 2500 Mts. FEMENINO SENIOR "B"

1º Puesto ORO: 18'23"920
 JAIME Eva (Santa Fe II)

AJEDREZ



Mendoza



Mendoza



Misiones



Prov. de Buenos Aires



Rosario



San



San Juan



Seleccionado de NOA

CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: DOMINGUEZ Jorge (Buenos Aires)
2º Puesto PLATA: GARCIA Fabián (Santa Fe II)
3º Puesto BRONCE: GUERRERO Oscar (Mendoza)

BASQUETBOL
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: MENDOZA
2º Puesto PLATA: NEA
3º Puesto BRONCE: (Tercer puesto compartido)
CORDOBA - BUENOS AIRES

BOCHAS MASCULINO
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: CORDOBA
2º Puesto PLATA: LA PAMPA "A"
3º Puesto BRONCE: BUENOS AIRES

BOCHAS FEMENINO
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: TUCUMÁN
2º Puesto PLATA: LA PAMPA
3º Puesto BRONCE: (Comparten el puesto por igualdad de puntos)
SANTA FE 1ª - MENDOZA

CANASTA
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: FIESTA - GUERRERO (SAN LUIS)
2º Puesto PLATA: WEDER - AGUSTINI (SANTA FE 1ª)
3º Puesto BRONCE: BONAPARTE - FACINO (SANTA FE 1ª)

CICLISMO MASCULINO
Prueba contrareloj 1000 mts
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: ASQUINAZI, Sebastián (NEUQUEN)
2º Puesto PLATA: TUGOREZ, Hernán (BUENOS AIRES)
3º Puesto BRONCE: FALVO, Guillermo (SANTA FE 1ª)

CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: JIMENEZ, Eduardo (SANTA FE 1ª)
2º Puesto PLATA: SEGURE, Hernán (BUENOS AIRES)

CATEGORÍA: SENIOR A
1º Puesto ORO: WIDMER, Carlos (LA PAMPA)
2º Puesto PLATA: YMADEL, J Carlos (SAN JUAN)

Prueba Pelotón 20 Km.
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: ASQUINAZI, Sebastián (NEUQUEN)
2º Puesto PLATA: TUGOREZ, Hernán (BUENOS AIRES)

3º Puesto BRONCE: FALVO, Guillermo (SANTA FE 1ª)

CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: JIMENEZ, Eduardo (SANTA FE 1ª)
2º Puesto PLATA: SEGURE, Hernán (BUENOS AIRES)

CATEGORÍA: SENIOR A
1º Puesto ORO: WIDMER, Carlos (LA PAMPA)
2º Puesto PLATA: YMADEL, J Carlos (SAN JUAN)

CICLISMO FEMENINO
Prueba Contrareloj 1000 mts
CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: BARBOZA, Nancy (SAN JUAN)
2º Puesto PLATA: ROITMAN, Claudia (MENDOZA)

Prueba Pelotón 15 Km.
CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: BARBOZA, Nancy (SAN JUAN)
2º Puesto PLATA: ROITMAN, Claudia (MENDOZA)

FUTBOL 11
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: SANTA FE II
2º Puesto PLATA: SANTA FE I
3º Puesto BRONCE: CORDOBA

FUTBOL 7
CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: CORDOBA
2º Puesto PLATA: BUENOS AIRES (A)
3º Puesto BRONCE: MENDOZA

FUTBOL 5 MASCULINO
CATEGORÍA: SENIOR
1º Puesto ORO: BUENOS AIRES
2º Puesto PLATA: SANTA FE II
3º Puesto BRONCE: MENDOZA

FUTBOL 5 FEMENINO
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: CORDOBA
2º Puesto PLATA: SANTA FE II
3º Puesto BRONCE: MENDOZA

GOLF MASCULINO
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: CARATTI MAURO (LA PAMPA)
2º Puesto PLATA: CONTINI ROBERTO (TUCUMAN)
3º Puesto BRONCE: PRETTE RUBEN (TUCUMAN)

NATACIÓN MASCULINO
PRUEBA: 50 m. LIBRE
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: SOLARI SERGIO (SANTA FE II)



Santiago del Estero

2º Puesto PLATA: AZQUINAZI SEBASTIAN (NEUQUEN)
3º Puesto BRONCE: ROMERO HECTOR (BUENOS AIRES)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: MUSANTE GUSTAVO (BUENOS AIRES)
2º Puesto PLATA: SOLARI CARLOS (SANTA FE II)
3º Puesto BRONCE: SEGURA HERNAN (BUENOS AIRES)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: SENIOR "A"
1º Puesto ORO: ZUQUELLI HORACIO (SANTA FE I)
2º Puesto PLATA: IRIGOITI EMILIO (ENTRE RIOS)
3º Puesto BRONCE: DAGNINO SERGIO (BUENOS AIRES)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: SENIOR "B"
1º Puesto ORO: ROMERO ARTURO (BUENOS AIRES)
2º Puesto PLATA: DIAZ DE AZEVEDO CARLOS (STA. FE I)
3º Puesto BRONCE: SALONIA JUAN CARLOS (SAN LUIS)

NATACIÓN FEMENINO
PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: PEREZ VIVIANA (SANTA FE II)
2º Puesto PLATA: SALOMONE PAOLA (CORDOBA)
3º Puesto BRONCE: FERNANDEZ M. DE LOS ANG. (STA. FE I)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: GUBINELLI ADRIANA (MENDOZA)
2º Puesto PLATA: SILVEYRA GABRIELA (BUENOS AIRES)
3º Puesto BRONCE: BOSIO ALICIA (CORDOBA)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: SENIOR "A"
1º Puesto ORO: TASCA ANA (CORDOBA)
2º Puesto PLATA: TEREZANO MARIA (CORDOBA)
3º Puesto BRONCE: ZELARRAYAN NELLY (SANTA FE II)

PRUEBA: 25 m. LIBRE
CATEGORÍA: SENIOR "B"
1º Puesto ORO: PRIOTTI ANTONIA (CORDOBA)
2º Puesto PLATA: ANDREOLLI BEATRIZ (CORDOBA)
3º Puesto BRONCE: CRESPO ADELAIDA (CORDOBA)
PRUEBA: POSTA 4 X 25 m. MIXTA
1º Puesto ORO: SOLARI - SOLARI - PEREZ - IRIGOITI (ENTRE RIOS)

2º Puesto PLATA: TUGORES - MUSBASTIAN - SILVEYRA - DAGNINO (BUENOS AIRES A)
3º Puesto BRONCE: ZUQUELLI - FERNANDEZ - GIMENEZ - GALLICI (SANTA FE I)

PADDLE FEMENINO
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: CHAVEZ SOLIS (NEA)
2º Puesto PLATA: MIERAS - PAREDES (MENDOZA)
3º Puesto BRONCE: DIORIO - WILLEZCO (ENTRE RIOS)

CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: MIGUEZ - VALENTINI (SANTA FE II)
2º Puesto PLATA: WEDER - ARAMBURU (SANTA FE I)
3º Puesto BRONCE: SERENELLI - VENTOLA (SANTA FE II)

CATEGORÍA: SENIOR
1º Puesto ORO: ALMIRON - BASALDELLA (SANTA FE II)
2º Puesto PLATA: GREGO - VARGAS (BUENOS AIRES)

PADDLE MASCULINO
CATEGORÍA: LIBRES
1º Puesto ORO: DI MARCO - BAIGORRIA (BUENOS AIRES)
2º Puesto PLATA: PRAT - PRETI (BUENOS AIRES)
3º Puesto BRONCE: MAGLIONI - REARTE (SANTA FE I)

CATEGORÍA: MAYORES
1º Puesto ORO: GIMENEZ - BEGNINI (NEA)
2º Puesto PLATA: NAVARRO - POBLETE (SAN JUAN)
3º Puesto BRONCE: PERESÓN - PERESÓN (SANTA FE I)

CATEGORÍA: SENIOR
1º Puesto ORO: LABORDE - ZUKELLI (ENTRE RIOS - SANTA FE I)
2º Puesto PLATA: (Comparten PLATA por abandono de Lilloy por lesión) JACKUBSON - PORTILLO (MENDOZA) FERRO - LILLOY (TUC MZA)

TENIS DE MESA MASCULINO SINGLE
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: ROLDAN (SALTA)
2º Puesto PLATA: BOSQUE (CORDOBA)
3º Puesto BRONCE: PERIS (CORRIENTES)

TENIS DE MESA MASCULINO DOBLE
CATEGORÍA: LIBRE
1º Puesto ORO: ROLDAN - AGUIRRE (SALTA - CBA)
2º Puesto PLATA: BOSQUE - CAMPS (CORDOBA)
3º Puesto BRONCE: PERIS - MONTAÑA (CTES - MZA)



Santa Fe I



Santa Fe I



Tucumán

TENIS DE MESA FEMENINO - SINGLE

CATEGORÍA: LIBRE
 1º Puesto ORO: BUSTOS, IVIANA (JUJUY)
 2º Puesto PLATA: SALAS CRISTINA (SAN LUIS)
 3º Puesto BRONCE: TERENSANO - VALVERDE (CBA - S. JUAN)

TENIS DE MESA FEMENINO - DOBLE

CATEGORÍA: LIBRE
 1º Puesto ORO: SCOGNAMILLO - VALVERDE (San Juan)
 2º Puesto PLATA: OTAMENDI - SARMIENTO (San Luis)
 3º Puesto BRONCE: PRAT - PONTORIERO (San Juan)

TENIS FEMENINO - SINGLE

CATEGORÍA: LIBRE
 1º Puesto ORO: HAUSMÜLLER, Federica (Santa Fe II)
 2º Puesto PLATA: CHAVEZ, Marisa (NEA)
 3º Puesto BRONCE: _____

CATEGORÍA: MAYORES

1º Puesto ORO: SOLOKOV, Maria Emilia (Santa Fe I)
 2º Puesto PLATA: CANTARUTTI, Alicia
 3º Puesto BRONCE: AMAYA, Lidia

TENIS FEMENINO - DOBLES

CATEGORÍA: LIBRES
 1º Puesto ORO: SOLOKOV - SOSA (Santa Fe I)
 2º Puesto PLATA: DANOVIS - ARRIGÜELLO (CORDOBA)
 3º Puesto BRONCE: _____

CATEGORÍA: MAYORES

1º Puesto ORO: CANTARUTTI - GONZALEZ (Buenos Aires)
 2º Puesto PLATA: SILVEYRA - VITARETTI (Buenos Aires)
 3º Puesto BRONCE: ALFONSO - SANTA CRUZ (Santa fe I)

TENIS MASCULINO - SINGLE

CATEGORÍA: LIBRES
 1º Puesto ORO: MUNTANE, Daniel (Santa Fe II)
 2º Puesto PLATA: BAIGORRIA, Carlos (Buenos Aires)
 3º Puesto BRONCE: JANDIRIZ, Esteban (Santa fe I)

CATEGORÍA: MAYORES

1º Puesto ORO: BERTOLDI, Luis (Córdoba)
 2º Puesto PLATA: PIRES, Rubén (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: ORIONI, Roberto (CORDOBA)



CATEGORÍA: SENIOR "A"

1º Puesto ORO: VLAGNERO, Jorge (Mendoza)
 2º Puesto PLATA: LILLOY, Ricardo (Mendoza)
 3º Puesto BRONCE: ALTAMIRANO, Ramón (Córdoba)

TENIS MASCULINO - DOBLES

CATEGORÍA: LIBRES
 1º Puesto ORO: BAIGORRIA - IRURZUN (Buenos Aires)
 2º Puesto PLATA: CACHI - PATAT (Buenos Aires)
 3º Puesto BRONCE: RUCCI - MANGIONI (Santa Fe II)

CATEGORÍA: MAYORES

1º Puesto ORO: BERTOLDI - CAMPS (CORDOBA)
 2º Puesto PLATA: BUSALASCHI - PIRES (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: LOPEZ - ALVARADO (Buenos Aires)

CATEGORÍA: SENIOR "A"

1º Puesto ORO: VLAGNERO - GIMENEZ (Mendoza)
 2º Puesto PLATA: JAKOBSON - LILLOY (Mendoza)
 3º Puesto BRONCE: GIOVINASO - MEROI (Santa Fe II)

TENIS DOBLE MIXTO

CATEGORÍA: LIBRES
 1º Puesto ORO: GIMENEZ - CHAVEZ (NEA)
 2º Puesto PLATA: BARBAGALLO - PENACHIONI (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: BASURTO - RUCCI (Santa Fe II)

CATEGORÍA: MAYORES

1º Puesto ORO: ALFONSO - PIRES (Santa Fe II)
 2º Puesto PLATA: SANTA CRUZ - CLETI (Santa Fe II)
 3º Puesto BRONCE: ALARCON - GARCIA (Santa Fe II)

CATEGORÍA: SENIOR "B"

1º Puesto ORO: PENA - MEROI (Santa Fe II)
 2º Puesto PLATA: IOVANOVICH - COSCE (Buenos Aires)
 3º Puesto BRONCE: _____

TRUCO

CATEGORÍA: LIBRE
 1º Puesto ORO: TRUJILLO - GUIÑAZU (SALTA)
 2º Puesto PLATA: AYBAR - VILDOZA (MENDOZA)
 3º Puesto BRONCE: VIGNOLO - ACINARI (SANTA FE I)

VOLEIBOL MASCULINO

1º Puesto ORO: MENDOZA
 2º Puesto PLATA: BUENOS AIRES
 3º Puesto BRONCE: SANTIAGO DEL ESTERO - TUCUMÁN

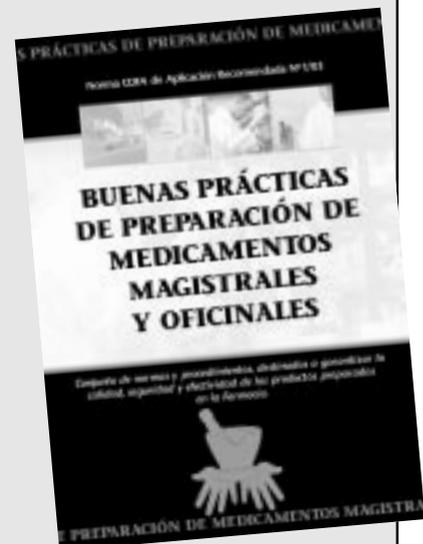
VOLEIBOL FEMENINO

1º Puesto ORO: BUENOS AIRES
 2º Puesto PLATA: TUCUMAN
 3º Puesto BRONCE: SANTA FE II

HOCKEY PROMOCIONAL

1º Puesto ORO: CORDOBA
 2º Puesto PLATA: TUC - SANTA FE II - BUENOS AIRES

Solicite esta documentación en su Colegio respectivo



Av. Julio A. Roca 751 2º Piso
 Tel. (011) 43421001



Dr. Armando Receta, farmacéutico

HOY: DECÁLOGO DEL PACIENTE

Por Kappel

QUE TAL DR., QUIERO APROVECHAR AL MÁXIMO MI VISITA A ESTA FARMACIA. EN MI LUGAR QUERÍA SABER: ¿UD. ES EL DE LA PLACA DE AFUERA?



...TAMBIÉN QUERÍA SABER SI ESTA ES UN ÁREA PROTEGIDA Y CUENTA CON SISTEMA DE EMERGENCIAS. POR OTRO LADO, QUIERO GASTAR LO NECESARIO, ASÍ QUE OFRÉZCAME VARIAS MARCAS DE REMEDIOS GENÉRICOS.



ADemás QUIERO QUE ME ASEBORE SOBRE SU CONTENIDO Y ADMINISTRACIÓN, Y SABER CUÁNDO ME HARÁ EFECTO. LE CUENTO QUE YO SIEMPRE COMPLETÉ EL TRATAMIENTO, Y QUE NO TENGO PROBLEMAS DE SALUD...



ACTUALMENTE NO ESTOY TOMANDO OTROS REMEDIOS, Y POR FAVOR FÍJESE BIEN LA FECHA DE VENCIMIENTO... AH, Y NO SE PREOCUPE QUE LO VOY A CONSERVAR EN UN LUGAR SEGURO...



GRACIAS DR., ME VOY CONTENTO POR HABER APROVECHADO MI "DECÁLOGO DEL PACIENTE"...



MÁS QUE "DECÁLOGO" DEL PACIENTE, ESTO "DEJÁLOGO" AL FARMACÉUTICO...



© KAPPEL

Aventis Pasteur

A large graphic consisting of two red, octagonal shapes with white borders, resembling a cracked sign. The left shape contains the letters "GR" and the right shape contains "IPE", together forming the word "GRIPE".

▶ Máxima eficacia ▶ Excelente perfil de seguridad ▶ Calidad garantizada

VACUNA ANTIGRIPE

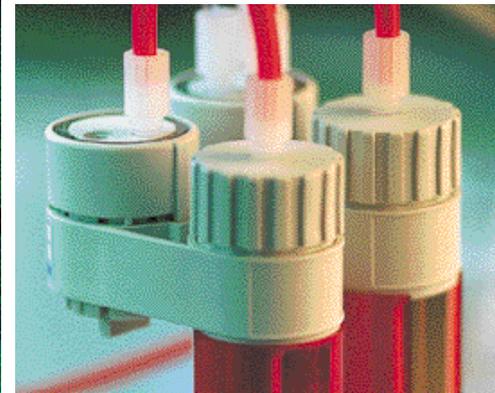
istivac



Túnel de lavado de frascos - Area Betalactámicos.



Termodestilador de agua para inyectables calidad USP.



Control de calidad con equipos validados.

Tecnología de Última Generación



- > Planta Modelo de Alta Productividad.
- > Principios Activos de Máxima Pureza.
- > Areas Dedicadas por Forma Farmacéutica y por Producto.
- > Controles Continuos de Proceso en todas las Líneas de Producción.

 **NORTHIA**
Calidad y Tecnología en Medicamentos

DESDE SIEMPRE EN LA FARMACIA

