



correo FARMACEUTICO

PUBLICACION OFICIAL DE LA CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

Año XVII N° 86 - Noviembre/Diciembre 2008 - www.cofa.org.ar



Colegio
de Farmacéuticos
de Buenos Aires

Colegio
de Farmacéuticos
de Catamarca

Colegio
de Farmacéuticos
de Córdoba

Colegio
de Farmacéuticos
de Corrientes

Colegio
de Farmacéuticos
de Chaco

Colegio
de Farmacéuticos
de Chubut

Colegio
de Farmacéuticos
de Entre Ríos

Colegio
de Farmacéuticos
de Formosa

Colegio
de Farmacéuticos
de Jujuy

Colegio
de Farmacéuticos
de Capital Federal

Colegio
de Farmacéuticos
de La Pampa

Colegio
de Farmacéuticos
de La Rioja

Colegio
de Farmacéuticos
de Mendoza

Colegio
de Farmacéuticos
de Misiones

Colegio
de Farmacéuticos
de Neuquén

Colegio
de Farmacéuticos
de Río Negro

Colegio
de Farmacéuticos
de Salta

Colegio
de Farmacéuticos
de San Juan

Colegio
de Farmacéuticos
de San Luis

Colegio
de Farmacéuticos
de Santa Fe I

Colegio
de Farmacéuticos
de Santa Fe II

Colegio
de Farmacéuticos
de Santiago
del Estero

Colegio
de Farmacéuticos
de Tierra del Fuego

Colegio
de Farmacéuticos
de Tucumán

*Paz, amor, felicidad y Salud
es nuestro deseo para todos*

EDITORIAL

Balance 2008

Llegamos al final de un año muy singular en la Argentina y en el mundo. Nuestro país lo inició con una demanda de consumo y de trabajo muy importante hasta que llegó el problema con el campo. Entonces todo se empezó a desmoronar y el año termina con un colapso mundial de características prácticamente desconocidas.

Los farmacéuticos somos parte de este país y de este mundo.

Expuesto el escenario, durante el año la COFA ha centrado su labor en la búsqueda de una legislación que la salud de la población necesita, como es la de sacar el medicamento de la calle.

Es verdaderamente intolerable desde lo sanitario, social y económico que el medicamento no se expenda exclusivamente en la Farmacia.

Hechos de público conocimiento pusieron al rojo vivo lo que significan los fármacos fuera de la Farmacia, no solo los de venta libre, sino los de alto precio y baja incidencia, que sufren un manejo muchas veces mafioso, como quedó expuesto en el asesinato de los tres empresarios.

También se impulsó como complemento de la ley antedicha, la de trazabilidad para darle transparencia al recorrido del fármaco, con la intención de garantizar que el paciente pueda verificar su origen.

En relación con las obras sociales, el convenio PAMI ha sido motivo de largas reuniones con la industria farmacéutica para la implementación definitiva del "on line", cuya aplicación ha reducido sensiblemente los débitos y ha acelerado la entrega de las notas de crédito.

Ha sido un año de intensa actividad institucional y gremial, con la presencia de los directivos de la COFA en numerosas provincias donde se han explicado los temas nacionales y se ha colaborado en la solución de problemas locales.

Un hecho profesional muy importante ha sido la firma de un convenio de colaboración con la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UBA, bajo la dirección del Dr. Rodolfo Rothlin, que ha creado un sistema de interacciones medicamentosas único en la Argentina, denominado Interdrugs, que hoy está a disposición de todos los farmacéuticos.

También se realizaron en la ciudad de San Luis, con el éxito al que nos tienen acostumbrados, las Olimpiadas Nacionales.

En síntesis, en un año difícil, la Confederación Farmacéutica Argentina, como entidad representativa de todos los farmacéuticos del país, ha trabajado en la búsqueda de soluciones para los problemas profesionales, políticos y económicos con la premisa de afianzar a la Farmacia como un establecimiento de salud y al farmacéutico como un agente sanitario. 

Consejo Directivo



Confederación
Farmacéutica
Argentina

FARMACIA



RESOLUCIÓN 273 / 2007
MINISTERIO DE SALUD

El farmacéutico tiene la obligación de ofrecer todos los productos que cumplen los iguales principios de acuerdo a la prescripción indicada, haciendo conocer el precio de cada uno de ellos para que usted elija el que le resulte conveniente. Es su Derecho.

**Yo ya firmé,
y Usted?**

¿Por qué los Colegios?

¿Por qué la Confederación?



Por el Dr. Carlos A. Fernández
Presidente
de la COFA

En el mundo que nos toca vivir en el que muchos de los códigos de convivencia y los principios que regían la relación de la sociedad se han perdido, los farmacéuticos debemos valorar la fuerza y la coherencia de las Instituciones que nos agrupan y nos representan.

Estamos en las vísperas de un nuevo año que se presenta a priori con dificultades que para atravesarlas obligarán al trabajo mancomunado de todos y cada uno de nosotros. Por suerte tenemos a nuestro favor Entidades fuertes y prestigiosas que son consecuencia de preclaros colegas, que hace muchos años entrevieron la necesidad de la unidad y el trabajo conjunto para poder llevar adelante un ejercicio profesional que tiene una carga muy grande de compromiso social y sanitario en un medio muy difícil por el enorme peso económico del medicamento en la salud de la población.

La trascendencia que han tenido los Colegios de Farmacéuticos y la Confederación Farmacéutica en nuestro ejercicio profesional surge claramente en la comparación de la farmacia argentina con el resto de Latinoamérica. La distancia es sideral, para meritarse alcanza con dar dos o tres ejemplos demoledores: en Ecuador, para hacer la dirección técnica,

a un farmacéutico le pagan u\$s 5, y no hay error. En México, un colega puede hacer cinco direcciones técnicas a la vez y no le alcanzan para vivir y en Colombia no es obligatorio que una farmacia tenga la dirección técnica de un farmacéutico.

Quizás es un buen momento para recapacitar sobre nuestro futuro atado a nuestras instituciones, sobre los dirigentes que han pasado y han sostenido las bases de aquellos colegas que en sus orígenes creyeron en los principios de la solidaridad y de la unidad como los fundamentos sobre los que se debía asentar una profesión como la farmacéutica, tan comprometida con la necesidad y el sufrimiento de la gente. También es un mandato para todos, pero en especial para los dirigentes que tenemos la responsabilidad de defenderlas y fortalecerlas.

Al terminar un año cambiante, y en muchos momentos dramático, es que debemos estar agradecidos de formar parte de entidades que a lo largo del tiempo han conseguido perdurar sobre la base de la unidad que debemos defender a cualquier costo, sobre todo de aquellos que nos quieren fracturar para debilitarnos a favor de intereses que no son justamente los intereses de los Farmacéuticos y la Farmacia. 🇵🇦

Nuevo formato de liquidación a Farmacias

A partir de la liquidación de la 1º quincena de septiembre, un viejo anhelo de los farmacéuticos prestadores del convenio PAMI se ha concretado: la puesta en marcha de la emisión de un nuevo formato de información del comportamiento de la liquidación PAMI de cada farmacia, con más datos y un ordenamiento de mejor comprensión para la lectura.

No solamente constituye una novedad el nuevo formato, sino que la información que se provee a partir de ahora es más abundante y de mayor claridad; ya que a los tradicionales informes de liquidación de PAMI Ambulatorio y de Insulinas se suman un resumen de Liquidación para la mo-

dalidad Resolución 337 y un Cuadro Resumen de Liquidación General, dos servicios nuevos incluidos en esta intención de mejorar el acceso a la información de su prestación. La información es hoy un insumo muy valioso, y usted merece contar con una herramienta de rápido acceso que reúne la totalidad del comportamiento de la prestación PAMI en su farmacia en detalle.

Acceda a la información de su farmacia desde nuestra web, www.cofa.org.ar, clickeando en "Notas de Crédito y Liquidaciones".

Veamos las ventajas de este nuevo formato en la modalidad ambulatoria:

•Las Recetas Puras exponen la prestación del Convenio Ambulatorio Tradicional
•Las Recetas Mixtas Ambulatorias Res. 337 son productos de la Res. 337 con cobertura en convenio (ej: 40% Convenio - 60% Fondo Fiduciario)

Liquidación Ambulatorio

El importe Nota de Recuperación Definitiva es la suma de NAF + NRF

El importe Total a Pagar es la suma de APF + Efectivo

Recetas con débitos

Bonificación

A Cargo O.S.

RECETAS Y MONTOS CONCEPTOS	CANTIDAD RECETAS	IMPORTE TOTAL	IMPORTE ENTIDAD
TOTAL PROCESADAS	630		
TOTAL RESEÑADAS	0		
TOTAL RECHAZADAS	0		
TOTAL AJUSTES	1		
TOTAL REC. AMBULATORIAS PURAS MANUAL	3	123.870	93.534
TOTAL REC. AMBULATORIAS PURAS ONLINE	251	17.647.290	9.481.009
TOTAL REC. MIXTAS AMBULATORIAS - INSULINAS ONLINE	2	70.090	30.363
TOTAL REC. MIXTAS AMBULATORIAS - R-337 MANUAL	374	50.574.120	20.511.928
TOTAL ACEPTADO	630	74.415.430	40.126.854
DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CONCEPTO		PORCENTAJES	DESCUENTOS
APORTE FARMACIA		11,700	8.706.196
IMPORTE A COBRAR			31.413.959
IMPORTE NOTA DE RECUPERACION DEFINITIVA			17.073.640
IMPORTE NOTA DE RECUPERACION ANTICIPADA (NAF)			2.794.909
IMPORTE DE NOTA DE RECUPERACION ADICIONAL (NRF)			14.379.031
AJUSTE CREDITO ANTICIPADO EN EXCESO			0.000
IMPORTE DE NOTA DE RECUPERACION DIRECTA (NRFD)			0.000
AJUSTES ANTERIORES			0.000
IMPORTE TOTAL A PAGAR			14.340.219 (*)
IMPORTE AUTORIZACION DE PAGO (APF)			11.199.833
IMPORTE AUTORIZACION PAGO DIRECTA (APFD)			0.000
IMPORTE A PAGAR EFECTIVO			3.141.386
IMPORTE AJUSTES POSTERIORES			0.000

(*) Este importe es antes de efectuadas las retenciones de impuestos a las Ganancias e Ingresos Brutos.

Ahora observemos cómo se ve la nueva liquidación de la modalidad Insulinas:

• Las Recetas Puras son las que solo responden a prescripción de insulinas
 • Las Recetas Mixtas exponen la presencia de productos ambulatorios con insulinas

Liquidación Insulinas

En el caso de las Insulinas el porcentaje de bonificación no corresponde al de la localidad sino que es fijo a nivel país: 19%

El importe Nota de Recuperación Definitiva es la suma de NAF + NRF

RECETAS Y MONTOS CONCEPTOS	CANTIDAD RECETAS	IMPORTE TOTAL	IMPORTE ENTIDAD	IMPORTE A/C FONDO FIDUCIARIO
TOTAL PROCESADAS	3			
TOTAL OBSERVADAS	0			
TOTAL RECHAZADAS	0			
TOTAL AJUSTES	0			
TOTAL REC. INSULINAS PURAS ON-LINE	3	1,734,330	1,734,330	
TOTAL REC. MIXTAS INSULINAS - AMBULATORIAS ON-LINE	2	431,000	431,000	
TOTAL ACEPTADO	5	2,165,330	2,165,330	
DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CONCEPTO		PORCENTAJES	DESCUENTOS	
APORTE FARMACIA		11,700	0,000	
IMPORTE A COBRAR			1,753,341	
IMPORTE NOTA DE RECUPERACION DEFINITIVA			423,877	
IMPORTE NOTA DE RECUPERACION ANTICIPADA (NAF)			182,758	
IMPORTE DE NOTA DE RECUPERACION ADICIONAL (NRF)			241,219	
AJUSTE CREDITO ANTICIPADO EN EXCESO			0,000	
IMPORTE DE NOTA DE RECUPERACION DIRECTA (NFRD)			0,000	
AJUSTES ANTERIORES			0,000	
IMPORTE TOTAL A PAGAR			1,329,964 (*)	
IMPORTE AUTORIZACION DE PAGO (APP)			1,329,964	
IMPORTE AUTORIZACION DE PAGO DIRECTA (APPD)			0,000	
IMPORTE A PAGAR EFECTIVO			0,000	
IMPORTE AJUSTES POSTERIORES			0,000	

(*) Este importe es antes de efectuar las retenciones de impuestos a las Ganancias e Ingresos Brutos

A continuación una de las novedades, la información de los planes incluidos en la modalidad Resolución 337.

- Las Recetas puras son las que tienen productos sin cobertura en convenio, es decir 100% a cargo del Fondo Fiduciario
- Las Recetas Mixtas Ambulatorias - Res. 337 son productos de la Res. 337 con cobertura en convenio (ej: 40% Convenio - 60% Fondo Fiduciario)

Liquidación Resolución 337

RECETAS Y MONTOS CONCEPTOS	CANTIDAD RECETAS	IMPORTE TOTAL	IMPORTE ENTIDAD	IMPORTE A/C FONDO FIDUCIARIO
TOTAL REC. R-337 PURAS MANUAL	18	2,432,430	0,000	2,432,430
TOTAL REC. MIXTAS R-337 - AMBULATORIAS MANUAL	374	58,380,250	30,811,828	28,877,322
TOTAL ACEPTADO	390	61,812,680	30,811,828	31,300,752
DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CONCEPTO		PORCENTAJES	DESCUENTOS	
APORTE FARMACIA SOBRE MEDIC. SIN COBERTURA PAMI		11,700	0,000	0,000
IMPORTE A COBRAR			30,687,852	
IMPORTE AUTORIZACION DE PAGO (APP)				27,385,833
IMPORTE AUTORIZACION DE PAGO DIRECTA (APPD)				0,000
IMPORTE A PAGAR EFECTIVO				3,282,219 (*)

(*) Este importe es antes de efectuar las retenciones de impuestos a las Ganancias e Ingresos Brutos

Finalmente otra innovación, un Resumen General de fácil lectura y rápida comprensión.

Resumen General de la quincena

RECETAS ACEPTADAS SEGUN LOTES PRESENTACION FISICA DE LAS RECETAS						
CONCEPTO	CANT. RECETAS ACEPT.	CANT. UNED. ACEPT.	IMP. TOTAL ACEPT.	IMP. A/C CONV.	IMP. A-C AFILIADO	IMP. A/C FONDO FIDUCIARIO
RECETAS PRESENTADAS EN LOTES AMBULATORIOS	254	377	17.771.220	8.574.543	8.198.677	0.000
RECETAS PRESENTADAS EN LOTES INSULINAS	5	8	2.235.450	2.198.943	38.507	0.000
RECETAS PRESENTADAS EN LOTES R037	390	1065	61.812.580	30.511.928	0.000	31.300.752
TOTAL GENERAL	649	1450	81.819.350	42.285.414	8.233.184	31.300.752

RESUMEN RECETAS ACEPTADAS SEGUN METODOLOGIA DE LIQUIDACION						
CONCEPTO	CANT. RECETAS ACEPTADAS	CANT. UNED. ACEPTADAS	IMP. TOTAL ACEPT.	IMPORTE A/C CONV.	IMP. A-C AFILIADO	IMP. A/C FONDO FIDUCIARIO
RECETAS AMBULATORIAS PURAS (ON LINE)	251	374	17.647.250	8.481.009	8.198.241	0.000
RECETAS AMBULATORIAS PURAS (ON LINE)	3	3	123.970	93.534	30.438	0.000
RECETAS MIXTAS AMBULATORIO-INSULINA (ON LINE)	2	2	70.090	33.583	38.507	0.000
RECETAS R 037 C/O30 AMBULATORIO (MANUAL)	374	977	58.574.120	30.511.928	0.000	28.062.192
TOTAL GENERAL AMBULATORIO	630	1358	74.415.430	40.120.054	8.233.184	28.062.192
RECETAS INSULINAS PURAS (ON LINE)	3	4	1.734.330	1.734.330	0.000	0.000
RECETAS MIXTAS INSULINAS-AMBULATORIO (ON LINE)	2	2	431.030	431.030	0.000	0.000
TOTAL GENERAL INSULINAS	5	6	2.165.360	2.165.360	0.000	0.000
RECETAS R 037 PURAS (MANUAL)	16	31	2.423.430	0.000	0.000	2.423.430
RECETAS MIXTA R 037 AMBULATORIO (MANUAL)	374	1034	58.389.250	30,511,928	0.000	28,877,322
TOTAL GENERAL R 037	390	1065	61,812,580	30,511,928	0.000	31,300,752
TOTAL GENERAL	649	1450	81,819,350	42,285,414	8,233,184	31,300,752

La Confederación Farmacéutica Argentina da respuesta de este modo a la necesidad manifestada por los farmacéuticos para el mejor seguimiento de las liquidaciones de una importante herramienta del trabajo cotidiano como es el convenio PAMI. 📄

Educación Farmacéutica Continua

Cursos a distancia válidos para la certificación profesional



CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA

- FARMACOLOGIA Y FARMACOTERAPIA.

8 MÓDULOS CRÉDITOS EFC: 3

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

- PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.
- EL PAPEL DEL FARMACEUTICO EN EL AUTOCUIDADO Y LA AUTOMEDICACIÓN.
- FARMACOPEA ARGENTINA. VII EDICIÓN VOL I
- PLANTAS MEDICINALES QUE SE DISPENSAN EN ARGENTINA.
- PLANTAS MEDICINALES AUTOCTONAS DE ARGENTINA.
- REMINGTON FARMACIA.
- REINGENIERIA FARMACÉUTICA. INCLUYE CURSO BASICO Y AVANZADO DE A.F.
- FARMACIA PSIQUIATRICA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES

- EL FARMACEUTICO COMO AGENTE DE SALUD EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN. CRÉDITOS EFC: 6
- ESTERILIZACIÓN. CRÉDITOS EFC: 12
- DISPENSACION Y FARMACOVIGILANCIA DE CLOZAPINA. CRÉDITOS EFC: 0.625
- INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA. CRÉDITOS EFC: 1.875

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS Y BIOQUÍMICOS DE LA CAPITAL FEDERAL

- ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ASMÁTICOS. CRÉDITOS EFC: 3.75

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS ESCUELA DE POSGRADO, DEPARTAMENTO DE FARMACIA

- CURSOS ON LINE, A DISTANCIA TEÓRICOS CON EVALUACIÓN DE PROCESOS: "GARANTIA DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS: DEL ORIGEN AL PACIENTE" CRÉDITOS EFC: 5.65

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

- PREVENCIÓN Y CONTROL DE DISLIPIDEMIAS. CRÉDITOS EFC: 6.00
- SEXUALIDAD Y SALUD ON LINE CRÉDITOS EFC: 6 EVALUACIÓN ON LINE
- INDICACIÓN FARMACÉUTICA PROTOCOLIZADA (INFAR) ON LINE CRÉDITOS EFC: 6 EVALUACIÓN ON LINE
- INDICACION FARMACEUTICA PROTOCOLIZADA II PARTE- ON LINE CRÉDITOS EFC: 6
- TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LA TIROIDES- ON LINE CRÉDITOS EFC: 2
- TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OCULARES- ON LINE CRÉDITOS EFC: 2
- SISTEMA INMUNE CRÉDITOS EFC: 6 EVALUACIÓN ON LINE
- ASOCIACION ARGENTINA DE FITOMEDICINA. CURSO DE FITOMEDICINA. CRÉDITOS EFC: 6

Congreso Internacional de FEFAS



Por el
Dr. Ricardo Lilloy
Asesor del Consejo
Directivo de COFA

Durante la tercera semana de noviembre se realizó, en la ciudad de Montevideo, el Congreso Internacional de Farmacéuticos de Sudamérica.

En el Hotel Radisson, se desarrollaron en simultáneo cinco eventos académicos y políticos relativos a la actividad farmacéutica en el subcontinente.

Llamó la atención, como viene sucediendo en las reuniones farmacéuticas, la mínima participación de los laboratorios medicinales, y en su lugar estuvieron presentes empresas de servicios al farmacéutico, como las *"software house"* y programas de gestión.

Las novedades fueron los temas de investigación farmacéutica, en la mayoría de los casos, con limitado respaldo del Estado y empresario, pero con gran vocación por el desarrollo de productos y mucha innovación acerca del seguimiento de los niveles terapéuticos de concentración hemática apuntando a un uso más estricto de los medicamentos peligrosos o con mínima diferencia en los niveles de dosis terapéutica y tóxica.

Asimismo, se presentaron aportes interesantes, como los procedimientos con tecnología *"nano"* y un capítulo de evaluación de usos de fitofármacos por procedimientos en base a evidencia clínica. También se destacó la presentación del colega Ricardo Aizcorbe, Tesorero de la COFA, quien brindó en una conferencia de 45 minutos una presentación de 120 diapositivas con datos relevantes

sobre la realidad farmacéutica argentina, nivel educativo, distribución, etc. Y lo más interesante fue la exposición del compendio de leyes, decretos y disposiciones que regulan la actividad en el orden nacional y provincial.

En el marco de este encuentro se designó al Dr. Humberto Guardia López, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Formosa, como vicepresidente de la Federación Farmacéutica Sudamericana.

Finalmente se entregaron premios a una selección de trabajos científicos, los que fueron defendidos en clases públicas y ante un jurado especializado.

En representación de nuestro país participó de la entrega de premios el colega Pablo McCormack.

Una de las principales conclusiones a las que arribaron los representantes de las instituciones de la Región, es que las farmacias y la actividad farmacéutica como profesión encuentran mejor posicionamiento en Brasil, Argentina y en menor grado Uruguay, en el resto de los países en algunos ha habido un gran avance de las estructuras comerciales y en otros casos, por falta de regulación adecuada, el expendio de medicamentos se hace en establecimientos que dan pocas garantías sanitarias y en muchos casos ni siquiera se hace en farmacias.

Al cierre del evento se hizo la convocatoria para participar del Congreso Farmacéutico Argentino, que conjuntamente con el de FeFas, se realizará en el mes de octubre del próximo año en la provincia de San Juan. 🌿

Protección de datos de salud: Ley y ética



El Dr. Facundo Malaureille Peltzer es abogado especialista en Derecho Informático. En esta entrevista explica el marco legal que existe en la Argentina para la protección de datos personales, como son los de Salud, y en ese contexto, la perspectiva de que en un futuro se apliquen en el país en forma generalizada la historia clínica digital y la receta electrónica. El Dr. Malaureille se refiere también a la situación de los laboratorios que manejan datos sensibles de pacientes de Obras Sociales: *"Me imagino que si ese laboratorio luego trata de obtener algún tipo de especulación, o premiar a algún médico, si es que se termina recetando un medicamento o a los visitantes, si todo apunta hacia esos canales "subterráneos", seguramente no es ético."*

Los datos objeto de tratamiento no pueden ser utilizados para finalidades distintas o incompatibles con aquellas que motivaron su obtención", establece la Ley 25326 de Protección de Datos Personales, sancionada en el año 2000. Sin embargo, ese artículo de la mencionada ley podría ser sólo una expresión de deseos, ya que hoy prácticamente es imposible el control de los datos de las personas, incluso aquellos más íntimos, como la información de salud. Sólo la Ley de Defensa del Consumidor podría ser una barrera de contención de la utilización descontrolada de información, pero actúa ya con el hecho consumado y a instancias de que la persona damnificada se haya enterado de que utilizaron sus datos e iniciado una demanda.

En este marco se aproxima al país la posibilidad de que sea sancionada una ley que obligue tanto al sector público como al privado de Salud a instalar un sistema de Historia Clínica digital y también una norma que instaure la posibilidad de implementar la receta electrónica.

"El origen de la protección de datos personales en la legislación local se remonta a la reforma de la Constitución del año 1994, cuando se produce la incorporación de un último párrafo al artículo 43, en el que se hace mención a este tema de la acción de "habeas data" en caso de que una persona quiera saber quién tiene sus datos", explica el Dr. Facundo Malaureille Peltzer. "Seis años más tarde, con algunos intentos fallidos en el medio, finalmente en el año 2000 se sanciona la ley de protección de datos personales. Las provincias fueron invitadas a adherirse a la norma nacional, algunas lo hicieron y algunas provincias sancionaron sus propias leyes. A la fecha existen cuatro o cinco leyes provinciales."

-¿Cómo protege esta ley aquellos datos que podrían estar dentro de una Historia Clínica virtual o de una receta electrónica?

-En realidad durante los primeros años de vigencia de la ley, la gran mayoría de las personas entendió que solamente apuntaba a la industria financiera y bancaria y de las empresas de informes comerciales y/o bureaus de créditos. Pero desde la creación de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales el criterio fue otro y, concretamente en el caso de las His-

torias Clínicas, donde están contenidos los datos personales referidos a la Salud, entran dentro de la protección de la ley y con un criterio estricto, riguroso, porque los datos de la Salud son considerados *"datos sensibles"*. Por lo tanto, a la ley le interesa protegerlos bastante más que a otros datos, inclusive los comerciales. Obviamente no es bueno que los datos de una persona quebrada económicamente estén dando vueltas por todos lados. Una de las finalidades básicas de la legislación de protección de datos personales es que uno no se vea discriminado por algún dato personal, entonces evidentemente los datos de Salud necesitan mucha protección. Y por eso, tanto las entidades públicas como las privadas de salud tienen que trabajar mucho en la protección de sus bases de datos, tomando medidas de seguridad y también generar un cambio en sus propios empleados para que no haya un tratamiento indebido o un mal uso de los datos de esa base de datos.

-El paciente está bastante desprotegido en este sentido, por lo menos acá, en la Argentina...

-El paciente está bastante desprotegido. En realidad nosotros, como consumidores, a nivel general estamos bastante desprotegidos frente a las grandes compañías porque ellas hacen lo que quieren y no nos consultan. Sin embargo, existen las leyes de Defensa del Consumidor y de Protección de Datos Personales, que tienden a proteger a las personas. Quizás estamos indefensos porque lo que nos pasa en realidad, y éste es quizás uno de los defectos que ha habido en la República Argentina, no ha habido comunicación, difusión, educación o concientización de los ciudadanos respecto de que existe una ley y que no cualquiera puede tener datos y no puede hacer cualquier cosa con ellos. En este sentido quizás sí hay una desprotección. Pero en realidad, basta con que se utilice la ley, que está muy bien hecha; entonces las compañías van a dejar de utilizar mal los datos.

-Ud. decía que la ley está bien hecha. ¿Cubre todos los factores para proteger a la persona en cuanto a sus datos de salud?

-Como todo sistema normativo puede haber mejores y peores. Sin embargo, de las que hay en el mundo, la nuestra no es una ley mala. Podrá tener detalles a mejorar.

Pero aquellas personas que conocen la ley y que la utilizan, ven satisfechas sus pretensiones. Es simplemente cuestión de conocerla y de hacer uso. Pero lamentablemente pocas personas conocen la existencia de la ley.

-De hecho, la aplicación de la historia clínica digital todavía es muy incipiente en la Argentina.

-Hay pocos intentos. Pero existe un proyecto de ley bastante avanzado en el Congreso, de un diputado (y ex senador), Marcelo Guinle, que tiene media sanción de la Cámara Alta y que todavía no ha sido tratado en la Cámara de Diputados.

-¿El proyecto es para implementar la historia clínica digital en el sistema público?

-Sí, y en el privado también.

-¿O sea que obligaría a las empresas privadas a implementar las historias clínicas digitales?

-Sí, a ambos sectores. Es un proyecto al que hay que darle varias vueltas porque me parece, a diferencia de lo que puede ser la Ley de Habeas Data, que no distingue entre lo público y lo privado y lo cierto es que en este momento es de difícil implementación por la situación económica del sector público. Igualmente está bien que exista porque es una ley a futu-

ro. Lo que no se entiende en este país es que haya una ley de firma digital cuyo decreto reglamentario tardó muchísimo en salir. Hoy por hoy falta muy poco para que la ley esté finalmente vigente y que debe aplicarse a las historias clínicas, sin lugar a dudas, pero el gobierno nacional todavía no ha decidido cuáles son las entidades que van a poder certificar las firmas digitales. Entonces, hay mucho debate, mucho esfuerzo y cuando sólo se necesita que se decidan cuáles van a ser las entidades certificadoras, se tarda un año y medio.

-¿Pudo detectar algún vacío en este proyecto?

-La ley toca temas delicados como el consentimiento informado. Por otra parte, hay un tema bastante difícil de entender dentro del proyecto, que es que dice que en principio va a haber tres historias clínicas: una para el paciente, una para la clínica y otra para el médico. Las tres con valor original. Yo, desde el punto de vista de la abogacía, debo decir que sólo existe un original y el resto son copias; no puede haber tres originales con el mismo valor probatorio. Además es difícil de imaginar que las personas tengan que ir con un "pendrive" por la calle porque si tienen un accidente y los lleva una ambu-

lancia a un hospital tienen que tener la historia clínica para que todo lo que hagan quede en la historia clínica. La historia clínica es una y tiene que estar en un server (reservorio digital), lo demás son copias y se deberían ir actualizando conforme a una clave.

-El hecho de que haya tres originales válidos podría dar lugar a errores...

-Además, no hay tantos "pendrives" en la Argentina. Y seguramente hay varias otras necesidades primarias que hoy tiene la gente y que no están cubiertas; ahí es donde es criticable el proyecto, no porque no sea ambicioso, no porque no mire para el futuro, sino porque hoy es de difícil aplicación.

-¿El paciente se puede negar a que tengan sus datos en una historia clínica digital?

-De acuerdo a la ley de Habeas Data, los datos son de las personas y es una gran discusión que se plantea. La historia clínica es del paciente y si la pide, se la deberían dar.

-Esto, en la mayoría de los casos, no es así...

-Es cierto, pero hay un derecho consagrado, que es el derecho de acceso. Cuando uno quiere acceder a los datos,

UN CUARTO DE MILLÓN DE VISITAS EN UN AÑO
www.cofa.org.ar
La web farmacéutica nacional más importante del país

Nuestra web ha recibido **250.000 visitas** en un año, y lo festejamos mejorándola para su servicio.

- ✓ Noticias de actualidad
- ✓ Acceso inmediato a sus notas de crédito
- ✓ Acceso a su resumen de liquidación PAMI (nuevo servicio)
- ✓ Adhesión al sistema Interdrugs (interacciones farmacológicas)
- ✓ Información actualizada de autorización de recetas Camoyte
- ✓ NOTICOFA (sistema semanal de información al farmacéutico)
- ✓ Ingreso al sistema de validación de recetas PAMI On Line
- ✓ Actualización de normativas, resoluciones y legislación
- ✓ Cursos de actualización
- ✓ Certificación Profesional
- ✓ Informes del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad
- ✓ Asuntos Profesionales
- ✓ Congresos, eventos y mucho más...

Visite nuestra web, lo esperamos.

Y en breve, nuevo diseño, más funcional, más amigable, con nuevos servicios y la confiabilidad de siempre, la de SU Confederación Farmacéutica Argentina



la institución pública o privada debería darlos. Respecto de que si uno pide que los datos no estén ahí, uno puede ejercer otro de los derechos de Habeas Data, que es el derecho a rectificación, donde dice "quiero que rectifiquen este dato" o "quiero que supriman este dato" o "quiero que no aparezca más mi dato". En principio, conforme a la ley se puede pedir, y en tanto que aquí quizás no hay intereses de terceros porque el interés es propio, por supuesto que un juez debería dar esta posibilidad. En ese sentido la ley es clara.

-¿Existe algún dispositivo de protección para que la historia clínica no pueda ser modificada en el caso de una demanda por mala praxis?

-Si tuviéramos este sistema de firma digital que hoy por hoy no existe, sí, porque ahí hay una seguridad y ahí queda efectivamente registrado quién entra, qué modifica y cuándo modifica, por lo tanto hay un track record. O sea, hay una trazabilidad de todo lo que se hizo o se dejó de hacer y en ese sentido no habría ningún tipo de inconveniente.

-Porque si existieran tres originales podría presentarse el problema de definir cuál es la información verídica...

Las farmacias frente al "daño punitivo"

En relación al manejo de datos de salud y también a la prestación de servicios de Salud, el Dr. Facundo Malaurrelle Peltzer plantea un tema que a futuro podría generar demandas y constituirse en una seria preocupación para los farmacéuticos, por ejemplo en un caso de efecto adverso de algún medicamento. *"Concretamente lo que el paciente tiene en la nueva Ley de Defensa del Consumidor es la posibilidad de pedir un "daño punitivo" de hasta 5 millones de pesos. El problema es que la norma tomó un criterio que es que en la relación de consumo todos son solidariamente responsables: los laboratorios, las farmacias, todos entran. Después, a lo mejor entre ellos podrán decir "vos hiciste el medicamento, yo solo lo puse en la estantería pero no lo alteré. Sin embargo, en primera instancia van a tener que responder todos y luego entre ellos deberán arreglarse. En la redacción original de la Ley de Defensa del Consumidor, el órgano de contralor imponía una multa que se la quedaba el gobierno. Hoy, al margen de la multa, el consumidor puede pedir -como daño punitivo- hasta 5 millones de pesos y eso claramente va a aumentar muchísimo la litigiosidad. Fomentado, además, por el beneficio de litigar sin gastos consagrado en la nueva normativa. Lo que está claro es que a lo mejor un laboratorio o una cadena de farmacias podrá resistir este tipo de demandas, pero los laboratorios y farmacias chicas claramente no."*

-Si el proyecto sale tal cual está, este choque de cuál es la que vale va a traer este tipo de inconveniente.

-¿Este es el único proyecto de historia clínica digital?

-Hay dos o tres más, pero éste es el que más ha avanzado.

-En cuanto a los beneficios potenciales que podría tener una historia clínica digital, ¿se podría implementar, como ocu-



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

re en Estados Unidos, que el farmacéutico pueda sumar datos a la historia clínica en cuanto a la adherencia al tratamiento, la utilización de la medicación y posibles interacciones con medicamentos de venta libre, alimentos, suplementos dietéticos, etc, que en general no se informan al médico?

-Sí, el sistema que uno arme o cree por supuesto tiene determinadas cuestiones que tienen que ser acordadas para definir qué farmacias van a tener acceso a esa historia clínica. Son cuestiones que seguramente se tendrán que definir mediante contratos o acuerdos entre la clínica, el hospital, la obra social o la prepaga con las farmacias, pero evidentemente se puede avanzar y eso es lógico. Estamos haciendo futurología porque este proyecto está hoy en un cajón, pero el sistema que pretende crear este proyecto es perfectible.

-¿Existe algún proyecto para darle un marco legal (o castigar) la venta de medicamentos por Internet?

-No, que yo conozca; eso se maneja totalmente en la ilegalidad. En el mundo legal, la venta de medicamentos a través de internet no se va a poder realizar hasta tanto no se aplique la receta electrónica.

-En el mercado hay empresas (laboratorios de especialidades medicinales) que manejan datos de pacientes, ya que tienen sus propias droguerías y red de farmacias y gestionan la provisión de medicamentos a algunas obras sociales. ¿Están cometiendo un delito? Si es legal, ¿es esto ético? ¿Cómo utilizan esos datos en provecho propio? ¿Quién debería controlar este tipo de situaciones?

-Vamos a separar la pregunta entre si es legal o si es ético. Respecto de si es legal, yo lo que debería saber es si el laboratorio registró sus bases de datos conforme a la Ley de Habeas Data. En segundo lugar, si la farmacia o la cadena de farmacias hizo lo mismo con su base de datos. Habrá que ver en el registro de las bases de datos que hicieron, si ellos denunciaron que existen cesiones individuales o masivas de datos a terceras personas. Y también habría que ver si existen estos contratos de cesión de datos que deberían haber hecho. Entonces, si hicieron todo eso, y en tanto que respetan todo lo que dice la ley, desde el punto de vista legal, podría ser legal. Desde el punto de vista ético, quizás a mí, como un profesional del derecho me es difícil analizar, pero me imagino que si ese laboratorio luego trata de obtener al-

gún tipo de especulación o premiar a algún médico, si es que se termina recetando un medicamento o a los visitantes, si todo apunta hacia esos canales "subterráneos", seguramente no es ético.

Aquellas personas que se ven molestadas o que ven violentados sus derechos podrán reclamar apoyándose en lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales.

-En estos casos, en general los pacientes no se enteran de que sus datos están siendo utilizados...

-No, pero si el paciente que tiene un tratamiento crónico recibe la oferta de que si junta determinada cantidad de cajas se le van a dar otras tantas... En esa línea yo lo que creo es que hay que ver caso por caso.

-Hay prepagas y obras sociales que obligan al médico a poner en la receta el diagnóstico del paciente. ¿Esto no viola el secreto profesional?

-En principio el secreto profesional del médico debe ser guardado a menos que haya un requerimiento judicial o determinadas circunstancias. En esto también habría que estudiar caso por caso. A mí, como paciente, no me gustaría que mi diagnóstico apareciera en una receta.

Curso Nacional de Capacitación para Farmacéuticos en "Primeros Auxilios y Reanimación Cardio Pulmonar (RCP)"



Certificado validez dos años

Otorga puntaje para la Certificación Profesional

Consultas e Inscripción en los Colegios de Farmacéuticos



Organiza



Confederación Farmacéutica Argentina

Lo que establece la Ley de Protección de Datos Personales

A continuación publicamos algunos pasajes de la norma, específicamente referidos al marco legal del manejo de datos de salud:

ARTICULO 6° — (Información).

Cuando se recaben datos personales se deberá informar previamente a sus titulares en forma expresa y clara:

- a) La finalidad para la que serán tratados y quiénes pueden ser sus destinatarios o clase de destinatarios;
- b) La existencia del archivo, registro, banco de datos, electrónico o de cualquier otro tipo, de que se trate y la identidad y domicilio de su responsable;
- c) El carácter obligatorio o facultativo de las respuestas al cuestionario que se le proponga, en especial en cuanto a los datos referidos en el artículo siguiente;
- d) Las consecuencias de proporcionar los datos, de la negativa a hacerlo o de la inexactitud de los mismos;
- e) La posibilidad del interesado de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos.

ARTICULO 7° — (Categoría de datos).

1. Ninguna persona puede ser obligada a proporcionar datos sensibles.
2. Los datos sensibles sólo pueden ser recolectados y objeto de tratamiento cuando medien razones de interés general autorizadas por ley. También podrán ser tratados con finalidades estadísticas o científicas cuando no puedan ser identificados sus titulares.

ARTICULO 8° — (Datos relativos a la salud).

Los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquéllos, respetando los principios del secreto profesional.

ARTICULO 10. — (Deber de confidencialidad).

1. El responsable y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligados al secreto profesional respecto de los mismos. Tal obligación subsistirá aun después de finalizada su relación con el titular del archivo de datos.
2. El obligado podrá ser relevado del deber de secreto por resolución judicial y cuando medien razones fundadas relativas a la seguridad pública, la defensa nacional o la salud pública.

ARTICULO 11. — (Cesión).

1. Los datos personales objeto de tratamiento sólo pueden ser cedidos para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con el interés legítimo del cedente y del cesionario y con el previo consentimiento del titular de los

**UN CUARTO DE MILLÓN
DE VISITAS EN UN AÑO**

www.cofa.org.ar

*La web farmacéutica nacional
más importante del país*

Nuestra web ha recibido **250.000 visitas** en un año, y lo festejamos mejorándola para su servicio.

- ✓ Noticias de actualidad
- ✓ Acceso inmediato a sus notas de crédito
- ✓ Acceso a su resumen de liquidación PAMI (nuevo servicio)
- ✓ Adhesión al sistema Interdrugs (interacciones farmacológicas)
- ✓ Información actualizada de autorización de recetas Camoyte
- ✓ NOTICOFA (sistema semanal de información al farmacéutico)
- ✓ Ingreso al sistema de validación de recetas PAMI On Line
- ✓ Actualización de normativas, resoluciones y legislación
- ✓ Cursos de actualización
- ✓ Certificación Profesional
- ✓ Informes del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad
- ✓ Asuntos Profesionales
- ✓ Congresos, eventos y mucho más...

Visite nuestra web, lo esperamos.

Y en breve, nuevo diseño, más funcional, más amigable, con nuevos servicios y la confiabilidad de siempre, la de SU Confederación Farmacéutica Argentina



datos, al que se le debe informar sobre la finalidad de la cesión e identificar al cesionario o los elementos que permitan hacerlo.

2. El consentimiento para la cesión es revocable.

3. El consentimiento no es exigido cuando:

...

d) Se trate de datos personales relativos a la salud, y sea necesario por razones de salud pública, de emergencia o para la realización de estudios epidemiológicos, en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos mediante mecanismos de disociación adecuados;

4. El cesionario quedará sujeto a las mismas obligaciones legales y reglamentarias del cedente y éste responderá solidaria y conjuntamente por la observancia de las mismas ante el organismo de control y el titular de los datos de que se trate.

-¿En qué puede afectar a los pacientes la revelación de sus datos de salud?

-Lo complicado de esto es que uno pierde el control de aquellos datos que están dando vueltas por la web o por servers; no se sabe quién los tiene, qué hace con esos datos. Quizás el día de mañana no le den un seguro, o no le den un préstamo porque fuma, o no lo contratan en un trabajo, porque a lo mejor está circulando determinada información a la cual el paciente no dio el consentimiento informado. Esto es lo más preocupante. Entonces uno tiene que ser muy consciente. Mucha gente no sabe aún que sus datos son suyos y que el que los tiene, los debe tener porque uno le dio previamente un permiso para ello, pero no cualquiera puede tenerlos, salvo las autoridades nacionales como la AFIP o ANSES, que permiten que el Estado cumpla su función de control.

Lo preocupante es a dónde van los datos de las personas porque no se sabe cómo serán utilizados. La Comunidad Económica Europea volvió a bajar el tiempo por el cual los buscadores de Internet pueden mantener los datos de los usuarios, los perfiles de búsqueda. Antes el período

era de 24 meses, luego se redujo a 18 y ahora son 9 meses.

-En la Argentina de 2008 esto aun es ciencia ficción, pero por ejemplo en Estados Unidos hoy se está discutiendo la privacidad de la información del genoma humano. Es decir, ya no un diagnóstico sino la probabilidad de futuras patologías.

-Uno tiene que ser una persona responsable en el uso y en el manejo de la información propia y ajena.

-¿Quién controla a los que controlan los datos?

-Es bastante difícil determinarlo...

-¿Dentro del Estado existe alguien que tenga el control de las personas que manejan datos? ¿O debería crearse esa instancia?

-Dentro del Estado no hay ningún organismo público que se encargue de todos estos temas al margen de la Dirección Nacional de Datos Personales. Hoy depende de lo que cada uno está haciendo. Esta creencia popular de que "no pasa nada", que no hay "ciberdelincuentes", no es así. Cualquiera puede adquirir o vender bases de datos, algunas de las cuales valen desde 75 pesos hasta 30.000 o más. Y en este mundo de descontrol si no hay quien controle, vale cualquier cosa. 📄



**CONFEDERACION
FARMACEUTICA
ARGENTINA**

www.cofa.org.ar

Importancia de la limpieza del material quirúrgico

Segunda parte

Por la Farm. Hilda Rapisardi

Ex jefe de servicio de Farmacia y Esterilización HIGA Evita
Ex jefe de la Central de Esterilización de la Policlínica Bancaria
Docente de las Universidades de Belgrano, Kennedy y Maimónides

Descontaminación:

Es un procedimiento que se realiza en cuatro pasos que nos lleva a obtener un elemento de máxima efectividad para ser esterilizado y utilizado, siendo ellos los que se describen a continuación:

Prelavado

Se realiza en el área que se ha utilizado, separándose previamente los objetos punzantes o cortantes, para luego colocar los materiales a tratar en un contenedor con solución detergente en el que se los deja sumergidos durante un tiempo predeterminado.

Lavado:

El lavado del material quirúrgico puede realizarse en forma manual o en forma mecánica. En cualquiera de los casos, se utilizan detergentes especiales para este proceso.

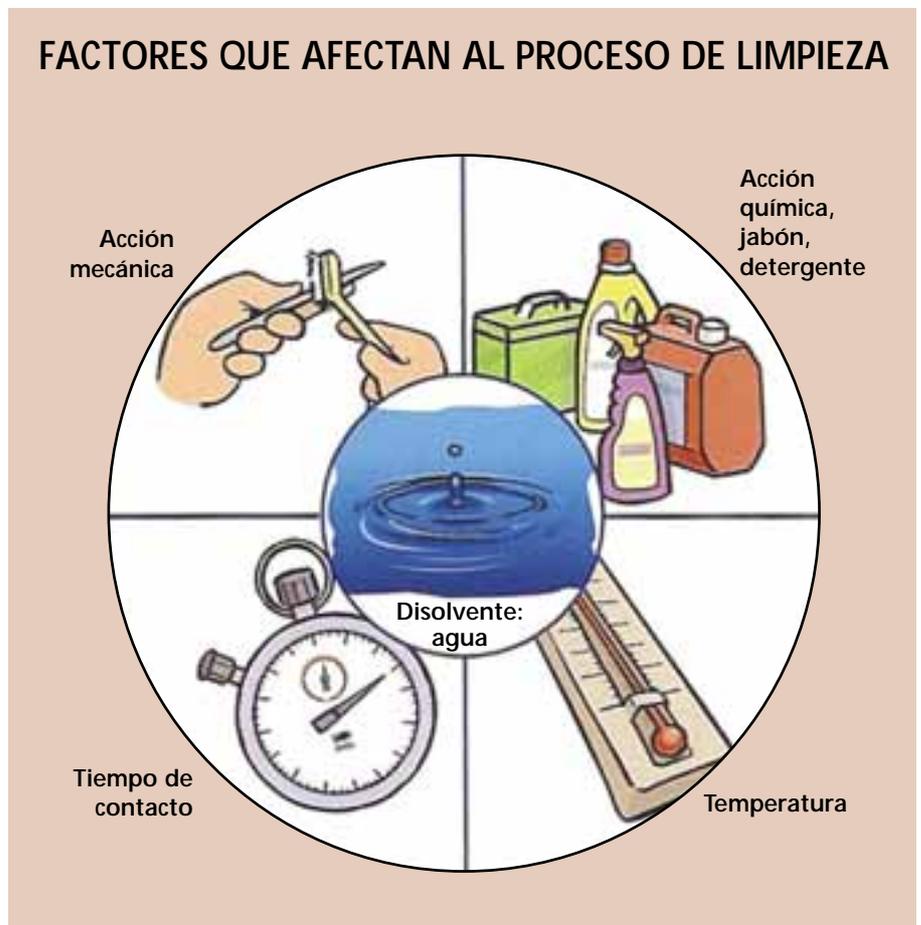
La finalidad del lavado es:

- Reducción de la contaminación.
- Eliminación de los restos orgánicos.
- Eliminar sustancias pirogénicas, difíciles de remover.

Hay factores que pueden afectar los procesos de limpieza:

1) Tipos de residuos

a) orgánicos: resto de orina o sangre,



proteínas, grasas, etc.

b) inorgánicos: minerales, sales, etc.

Los residuos que quedan en el instrumental son por lo general del tipo orgánico, los que se eliminan utilizando detergentes enzimáticos para el lavado manual.

2) Acción mecánica

La acción mecánica para la eliminación de la suciedad se logra aplicando un enérgico cepillado o mediante a presión del agua contra los residuos contaminantes.

3) Dureza del agua

La calidad o pureza del agua pueden actuar, interfiriendo, por ello, algunos detergentes que tienen incorporadas sustancias quelantes para eliminar las sales que le otorgan la dureza al agua, la que en caso de ser excesiva, disminuye la actividad del detergente. Además, hay que tener en cuenta la calidad biológica del agua, la que en caso de un alto contenido de microorganismos, puede ser motivo de contaminación cruzada. En las lavadoras automáticas, se utiliza agua purificada para efectuar el proceso.

4) Temperatura del agua

Cuando se utilizan detergentes enzimáticos las temperaturas no pueden ser mayores a 40°C a 45°C, porque las temperaturas más altas afectan a los componentes orgánicos que los estructuran.

5) Tiempo de exposición:

El tiempo de contacto dado entre los materiales y el medio detergente aumenta la efectividad, pero se recomienda que no exceda los 10 minutos, porque se puede provocar corrosión en el material.

6) Acción química o tipo de detergente.

Los detergentes se diferencian por su composición y por su pH, este último influye en mejorar su actividad, siempre que sea antagonista al pH de la sustancia con la que se enfrentara; de este modo, es necesario indicar que:

- Detergentes alcalinos o bases se utilizan para la limpieza de residuos proteicos y sustancias con pH ácido.
- Detergentes ácidos se utilizan para sustancias alcalinas, sales y minerales.
- Detergentes neutros son los empleados en el uso doméstico.

Clasificación de detergentes para el lavado manual

Tensioactivos:

Son detergentes que se usan para el lavado de la vajilla, estando preparados para la eliminación de grasas y albúminas. Su pH suele ser neutro y el principio activo de base, es una sustancia surfactante. Estos detergentes permiten un buen contacto del agua con la superficie del instrumental quirúrgico.

Enzimáticos:

Estos detergentes están constituidos por distintos tipos de enzimas que son específicas para cada tipo de sustancia biológica, mediante las cuales se logran degradar grandes moléculas de proteínas, grasas y almidón, lográndose obtener metabolitos que pueden ser disueltos por el agua.

Características de un buen detergente:

- Compatibilidad con los materiales
- Baja formación de espuma
- Biodegradables
- Que no corroan el instrumental
- Fácil de conseguir
- Económico



Material delicado



Suciedad reseca

Lavado Manual del Instrumental

Procedimiento

- Utilizar soluciones de detergente recién preparadas y desecharlas una vez terminado el lavado. Deben ser preparadas según indicación del fabricante.
- Sumergir el material en la solución a temperaturas entre 40 °C – 45 °C aumentando así su efectividad de arrastre.
- Debe sumergirse completamente el instrumental, salvo en aquellos casos



especiales como son las ópticas, lentes, cámaras, etc.

- El material articulado debe abrirse previamente, desmontando las piezas que lo permitan, facilitando así el proceso de limpieza.
- Cepillar con cepillo de cerda dura, entre las ranuras y articulaciones de pinzas y tijeras, manteniendo el instrumental sumergido en el líquido aplicado para evitar salpicaduras.
- Hacer circular el agua con el detergente a través de conductos y tubuladuras.
- Enjuagar en otra pileta con abundante agua limpia hasta sacar los restos de detergente.
- Se utiliza agua corriente calidad potable.
- Secar de inmediato el material utilizando un paño limpio, sin pelusas.
- Guardar el material en un lugar seco hasta su desinfección o esterilización.
- Durante el procedimiento del lavado, se deben utilizar las barreras de protección (guantes, bata, pantalla protectora para ojos).
- El lavado debe realizarse en áreas destinadas a este fin, separadas del resto de las zonas de trabajo.

Desventajas del lavado manual

- Requiere tiempo y personal adiestrado.
- No se remueve bien la suciedad.
- Tiende a diseminar los microorganismos al cepillar.

En la actualidad se están reemplazando por lavadoras desinfectadoras totalmente automatizadas, que serán descritas en su estructura y forma de uso en una próxima entrega. Estos equipos permiten obtener un producto final listo para ser decontaminado o esterilizado. 🌱

Bibliografía:

- Descontaminación de material, Guía Práctica, V.S. Barandilla. 2006
- Guía sobre Antisépticos y Desinfectantes. Laboratorio INIBSA.
- El método correcto para el tratamiento de instrumental. Grupo de Trabajo 7° Edición.
- Curso de Esterilización a Distancia, H.Rapisardi, C.Pepe, R.Baron, R.Lejsek. 2003

Tratamiento de la diabetes, paradigmas y recursos terapéuticos

La prevención en la DM2 es primaria si evita su inicio, secundaria si impide el daño tisular (complicaciones) y terciaria si previene el fallo orgánico.

La DM resulta de la interacción de factores ambientales (sedentarismo, obesidad, etc.) en personas genéticamente susceptibles. Es substancial, entonces, detectar sujetos con riesgo de padecerla (**Cuadro 1**) y minimizar el impacto de los factores desencadenantes para evitar o postergar la DM.

Tanto el estudio DCCT como su extensión –el EDIC– fundamentaron los paradigmas en la DM1 en los que se intenta lograr objetivos de glucemia con estabilidad metabólica, baja variabilidad del efecto de la insulina y ausencia de emergencias (hipoglucemias por la terapéutica y cetoacidosis diabética).

En la DM2, si no se puede impedir el inicio de la enfermedad, en lo posible hay que efectuar el diagnóstico temprano para lograr con rapidez los objetivos de glucemia y de no glucemia (control de los lípidos séricos, la presión arterial, el

Dr. José Esteban Costa Gil
Presidente de la Sociedad
Argentina de Diabetes

peso corporal en los obesos, etc.), retardar la evolución, evitar las complicaciones y reducir los costos. Las medidas terapéuticas son no farmacológicas y farmacológicas (**Cuadro 2**).

Cuadro 1. Sujetos con riesgo de sufrir diabetes (GAA, glucosa alterada en ayunas; TAG, tolerancia alterada a la glucosa) Modificado de ADA, Diabetes Care 2003; 26:S62-S69.

Todo individuo \geq 45 años
En < 45 años (repetir los controles con frecuencia)
- Obesos (IMC > de 30 kg/m ²)
- Obesidad central (por perímetro de cintura)
- Etnia de riesgo
- Con pariente de primer grado con DM2
- Antecedente familiar de síndrome metabólico, enfermedad vascular o muerte súbita temprana
- Antecedentes de
- Diabetes gestacional
- Hijo macrosómico (\geq 4 kg)
- Síndrome de ovario poliquístico
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias
- GAA o TAG en situaciones previas

Medidas no farmacológicas

Se deben planear procedimientos prácticos y factibles de cumplir, con ejecución gradual, refuerzos y revisiones periódicas. Los cambios de hábitos de vida comprenden un plan de alimentación, actividad física, control del peso y la cesación del tabaquismo.

La alimentación adecuada restablece la condición metabólica, mantiene un correcto estado de nutrición y favorece la recuperación clínica. El plan alimentario es siempre individual y debe propender al cambio de conducta alimentaria del paciente y de su entorno.

La actividad física es importante por su influencia para adelgazar, mantiene el peso logrado, promueve la normalización metabólica (ascenso del c-HDL y descenso de la glucemia, triglicéridos, c-LDL y de la tensión arterial) y mejora el estado cardiovascular. Para prescribir un programa de ejercicios se necesita una minuciosa evaluación clínica y de los medicamentos. En condiciones estándar se propone realizar 30-45 minutos de actividad aeróbica moderada, 4 o más veces por semana.

Con una modesta reducción del sobrepeso (al menos del 7%), en obesos de alto riesgo se ayuda a prevenir la diabetes y en diabéticos obesos aumenta la sensibilidad a la insu-

Cuadro 2. Recursos terapéuticos en la DM.

Medidas no farmacológicas	Medidas farmacológicas
Alimentación adecuada (dieta)	Agentes orales para la diabetes (AOD)
Ejercicios y actividad física	Incretinas: miméticos de GLP1 e inhibidores de DPP4
Adelgazamiento (en obesos)	Insulina
Cesación del tabaquismo	Drogas antiobesidad
Educación terapéutica	
Monitoreo de la glucemia	
Control clínico, motivación y reforzamiento	

lina, mejora la hiperglucemia y el nivel de lípidos, desciende la presión arterial y se reducen los fármacos.

Mediante la educación terapéutica (personal o grupal), el paciente identifica la situación que atraviesa y se trata en consecuencia, toma decisiones y se siente responsable de su salud. De allí que la educación integra, coordina y da coherencia al resto del tratamiento. Según la IDF estas medidas son esenciales para prevenir y reducir las complicaciones y se deben incorporar a los sistemas de salud.

El autocontrol de la glucosa y de la cetona (éste principalmente en la DM1 y en el embarazo complicado con diabetes) es un recurso elemental para el control y el seguimiento del diabético.

Medidas farmacológicas

Cada familia de AOD (Cuadro 3) tiene un sitio y un mecanismo de acción preferencial. Los puntos en los que se puede actuar para descender la glucemia son la:

- Absorción de carbohidratos de la dieta (inhibidores de la α -glucosidasa),
- Producción hepática de glucosa (metformina y, en menor medida, TZD),
- Secreción de insulina por las células beta, como las sulfonilureas, las meglitinidas e incretinas,
- Captación de glucosa por los tejidos periféricos, principalmente adiposo y muscular (TZD y metformina).

Cuadro 3. Agentes orales para la diabetes

Secretagogos de insulina
Sulfonilureas
No sulfonilureicos
Meglitinidas
Incretinas
Inhibidores de la α -glucosidasa: acarbosa
Sensibilizadores de insulina
Biguanidas: metformina
Tiazolidinedionas (TZD) o glitazonas agonistas del receptor PPAR- γ

Las sulfonilureas (SU) son insulino-secretagogos (aunque mejoran la sensibilidad periférica a la insulina al disminuir la glucotoxicidad). Se clasifican en SU de primera (clorpropamida), segunda (glibenclamida, glipizida y gliclazida) y de tercera generación (glimepirida y gliclazida MR) (Cuadro 4). Reducen la glucemia en ayunas entre 50 y 70 mg/dL y la hemoglobina glicosilada, entre 1,5 y 2%. Se indican solas o combinadas con metformina o TZD o acarbosa separadas o en una sola tableta, en el tratamiento de la DM2, principalmente en personas que no logran los objetivos con los cambios en los hábitos de vida o en aquellos que necesitan un rápido descenso de la glucosa para evitar la glucotoxicidad.

Cuadro 4. Sulfodrogas disponibles en Argentina

Fármaco	Dosis por día en mg	Presentación	Duración de acción en h	Excreción renal
Clorpropamida	250-500	250 mg	24-36	80-90%
Glibenclamida	2,5-20	5 mg	16-24	50%
Glimepirida	1-8	2 y 4 mg	24	60%
Glipizida	2,5-40	5 mg	12-16	65%
Gliclazida	80-320	80 mg	10-20	60%

Los efectos adversos más comunes son la hipoglucemia y el aumento del peso corporal. Son raras la alergia (a sulfas), las reacciones cutáneas y las alteraciones hepáticas y/o hematológicas. No se utilizan en la DM1 ni en el embarazo y se usarán con precaución ante antecedentes de hipoglucemias o enfermedad hepática o renal severa.

Las meglitinidas (repaglinida 0,5, 1 y 2 mg, y nateglinida 120 mg) son secretagogos "rápidos" pues facilitan la veloz y corta liberación de insulina, por lo que se utilizan para mejorar la hiperglucemia posprandial en la DM2.

La acarbosa (tabletas de 50 y 100 mg) inhibe las α -glucosidasas e interfiere en la absorción intestinal de glucosa. Tiene un efecto hipoglucemiante moderado, principalmente posprandial. Por los efectos secundarios digestivos se debe iniciar con dosis bajas (25 mg) en las comidas principales y luego ajustar.

La metformina es sensibilizadora de la insulina porque mejora la actividad de la hormona y alivia al páncreas (puede bajar la insulinemia si está elevada por la insulinoresistencia). En la DM2 es el fármaco de referencia y disminuye la glucemia particularmente en ayunas (por menor producción hepática de glucosa y mayor ingreso del azúcar en los músculos). Además:

- Provoca infrecuentes hipoglucemias (en monoterapia)
- No modifica el peso
- Evita o retarda el paso de prediabetes a diabetes
- Mejora levemente el perfil de lípidos en la sangre
- Corrige algunos factores de la coagulación
- Brinda protección cardiovascular y reduce la mortalidad global.

Hay tabletas de 500 mg, 850 mg y de 1000 mg, y una forma de absorción extendida (metformina XR). Las dosis habituales oscilan entre 1000 a 2000 mg/día. Se puede combinar con otros agentes orales y con insulina.

El efecto colateral más común es la intolerancia digestiva y no se debe administrar en la insuficiencia renal y hepática, y en cuadros con mala oxigenación en los tejidos (hipoxia) por el riesgo de que se desencadene una acidosis láctica.

Las tiazolidinedionas rosiglitazona (4 y 8 mg) y pioglitazona (15, 30 y 45 mg) son insulinsensibilizadoras, con un complejo mecanismo de acción que se vincula a la activación de receptores hormonales PPAR γ del núcleo de las células, que influyen en la expresión de genes involucrados en el

metabolismo de glúcidos, lípidos y en señales de insulina. Por ello, los cambios metabólicos demoran desde el inicio de su administración. Los efectos adversos más notables son el edema (contraindicadas en la insuficiencia cardíaca), el aumento del peso y puede aparecer anemia (por dilución). Se puede combinar con otros agentes orales y se suele cuestionar su uso con insulina (pueden acentuarse los edemas).

Las nuevas drogas incretinas potencian la secreción de insulina dependiente de glucosa y disminuyen la actividad del glucagon (hormona hiperglucemiante). Existen dos tipos: los análogos de la hormona natural GLP-1 y los fármacos que inhiben la enzima DPP-4 que degrada al GLP-1 y que extiende así su vida media (que fisiológicamente es de poco más de 2 minutos). El análogo sintético del GLP-1 exenatida (5 y 10 mg) se administra por vía subcutánea 2 veces al día, antes de las comidas principales y no requiere de titulación (como la insulina). Favorece el descenso de peso en diabéticos obesos (retarda el vaciamiento gástrico y tiene actividad central) y como su actividad depende del nivel de glucosa, tiene bajo riesgo de hipoglucemias. Los efectos adversos son náuseas transitorias y se debe tener precaución en personas con riesgo de pancreatitis. Está contraindicado en la insuficiencia renal severa y el embarazo. Se puede administrar con metformina o con sulfonilureas.

Los inhibidores de la DPP-4 sitagliptina (tabletas 50 y 100 mg) y vildagliptina (tabletas de 50 mg, recientemente aprobada) se indican como adyuvante a la dieta y el ejercicio para el control de la glucemia en adultos con DM2.

Sitagliptina se administra en una sola toma diaria de 100 mg/día en monoterapia (o combinada con metformina o TZD), en cualquier momento. Las reacciones adversas son infecciones respiratorias, congestión nasal, cefaleas y molestias gastrointestinales. No hay suficiente experiencia ante la insuficiencia renal severa, embarazo, lactancia, niños y adolescentes.

La insulina es el medicamento que se puede utilizar en cualquier momento y tipo clínico de diabetes.

Los preparados de insulina contienen el agonista insulínico y sustancias que influyen sobre el comportamiento terapéutico (estabilidad, fisicoquímica, duración de acción, variabilidad del efecto terapéutico, bioseguridad, etc.). Se presentan en frasco ampolla de 5 y 10 cc o en cartuchos de 1,5 y 3 mL

para utilizarse en los sistemas de aplicación de tipo lapicera. Se expenden en concentraciones: 40, 80 y 100 UI/cc.

Los agonistas insulínicos que se utilizan actualmente se clasifican en:

- Insulinas nativas (que existen en condiciones naturales)

Según el origen

- Animal (bovinas o porcinas) con ligeras diferencias de estructura
- Humana
- Sintéticas por ingeniería genética
- Semisintéticas o por transpeptidación

Según el tiempo de acción

- Regular
- Intermedio (NPH)
- Prolongado (protamina zinc en desuso)
- Bifásicos o premezclas

Análogos de la insulina (no existen en la naturaleza)

- Rápidos: lispro, aspártico y glulisina
- Lentos o extendidos: glargina y detemir
- Bifásicos (premezclados): lispro (75/25) con NPL, aspártica (70/30) con NPA.

Las insulinas y análogos se administran por inyección subcutánea, aunque es posible inyectar la regular por vía intravenosa. Se pueden combinar diferentes tipos y en la DM2 también con alguna clase de AOD.

En los análogos de la insulina se cambia la estructura de la insulina nativa para modificar su acción (**Cuadro 5**). Los análogos rápidos actúan con un inicio y un pico más temprano y menor duración que la insulina regular y eso permite mejor manejo de la glucemia prandial con menor riesgo de hipoglucemia posprandial, una actividad más previsible (baja variabilidad) y administrarse con menos diferencia de tiempo en relación con las comidas (desde 15 minutos antes, hasta inmediatamente después de finalizar la comida).

La insulina de acción intermedia (NPH) no cubre el requerimiento basal de 24 horas con una sola administración y su pico de actividad puede variar. Por estas razones se inyecta 2 o 3 veces al día. Para mejorar estos aspectos de la insuliniación basal, se dispone de los análogos lentos de la insulina: glargina y detemir (de diferentes métodos de producción y mecanismos de acción). En general se utiliza una sola inyección de análogo lento, aunque hay personas que requieren 2 aplicaciones por día, su actividad extendida se realiza "sin pico" y es más predecible (con disminución de las hipoglucemias nocturnas).

Las preparaciones de insulinas y de análogos bifásicos combinan, en una premezcla, un componente intermedio y otro rápido (por ejemplo 75/25 y 70/30). Se utilizan preferentemente en la DM2.

Para elaborar los protocolos de cada paciente es fundamental conocer el modo y los tiempos de acción de cada tipo de insulina o análogo (**Cuadro 6**).

Cuadro 5. Análogos de la insulina

Denominación	Acción	Modificaciones estructurales
Lispro	Rápida	Translocación de aminoácidos 28-29 en la cadena B (prolina-lisina, cambia a lisina-prolina).
Aspártica	Rápida	Sustitución de aminoácido prolina por ácido aspártico en posición B28
Glulisina	Rápida	Sustitución del aminoácido asparagina por lisina en B3 y de lisina por ácido glutámico en B29
Glargina	Extendida	Sustitución de aminoácido glicina por asparagina en posición A21 y adición de 2 aminoácidos Arginina al carbono terminal de cadena B.
Detemir	Extendida	Remoción del aminoácido treonina de B30 y agregado de un ácido graso de 14 carbonos (mirístico) a la lisina en posición B29

Cuadro 6. Tiempos de acción de insulinas y análogos de la insulina.

Insulina	Inicio	Máximo	Finalización
Aspártica	10-20 min.	45 min.	3-5 h
Lispro	10-15 min.	30-90 min.	4 h
Glulisina	5-15 min.	60-120 min.	3-4 h
Regular	30 min.	3 h	6 h
Intermedia	1-2 h	6-12 h	18 h
Prolongada	2-3 h	8-20 h	30 h
Detemir	1-2 h	No tiene pico	18-24 h
Glargina	1 h	No tiene pico	20-24 h
Bifásica con regular	10-20 min.	2 a 8 h	18-24 h
Bifásica con aspártica	10-20 min.	1 a 4 h	18-24 h
Bifásica con lispro	10-20 min.	1 a 4 h	18-24 h

La mayoría de los pacientes con DM1 reciben insulino terapia intensificada, en la que se administran en forma basal 2-3 inyecciones de NPH o un análogo lento y un bolo de insulina regular o análogo "rápido" en cada comida e incluso se corrige de acuerdo con el valor de la glucemia ("método BBC: basal-bolo-corrección"). Como el tratamiento es dinámico y el paciente toma la decisión de la dosis a aplicarse, este método conlleva un fuerte proceso educativo y el autocontrol de la glucemia capilar.

Asimismo, los diabéticos tipo 2 utilizan insulina en distintas si-

tuaciones transitorias (descompensaciones por infecciones, cirugía, etc.), pero existe un número creciente de pacientes que cuando ya no logra los objetivos terapéuticos requiere insulino terapia permanente, sola o en combinación con AOD.

El efecto indeseable más frecuente es la hipoglucemia (todo diabético en insulino terapia debe llevar consigo sustancias con azúcar) que se manifiesta desde síntomas leves hasta la pérdida del conocimiento y se denomina "hipoglucemia severa" aquella en la que el diabético requiere de la ayuda de un tercero. Además preocupa cuando suceden, por ejemplo, durante el sueño o las denominadas "inadvertidas" en la que sin que aparezcan las manifestaciones previas súbitamente se pierde la conciencia. En los cuadros severos se puede requerir de glucosa intravenosa o de la inyección de glucagón. Otras preocupaciones para los diabéticos son el aumento del peso y los "pinchazos".

Equipo de salud

La capacitación y actualización de los integrantes del equipo de salud adquiere una gran relevancia ante la magnitud del problema que plantea la diabetes. Es valiosa la intención de reunir diferentes incumbencias por un objetivo en común. El beneficio para la persona con diabetes atraviesa las disciplinas y el accionar complementario del equipo, supera el límite de cada profesión y las hace interdependientes. Así, el farmacéutico capacitado en diabetes, puede expandir su rol y ser un valioso colaborador en el control, un fuerte difusor de cuidados y un educador de quienes padecen esa enfermedad. 🌱

Autoevaluación de la lectura

Pregunta 1- ¿Se puede prevenir la diabetes?

Pregunta 2- ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas para prevenir y controlar la diabetes?

Pregunta 3- ¿En qué situaciones no se utilizan las sulfonilureas?

Pregunta 4- ¿Cuál es el fármaco de referencia en la DM2?

Pregunta 5- ¿Cuáles son las limitaciones de la insulina de acción intermedia (NPH)?



Por la Lic.
Débora Cedro

Nutricionista
Nutricia-Bagó SA

El zinc

El zinc es un elemento esencial en la alimentación de los lactantes y niños; porque desempeña un papel muy importante en el crecimiento y la diferenciación de las células que componen el organismo.

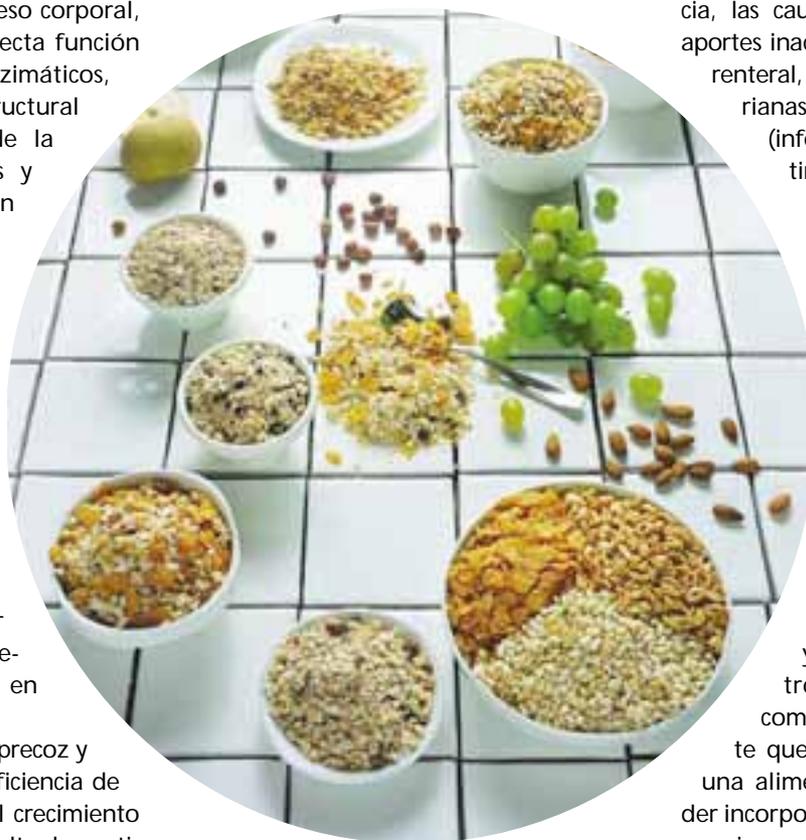
Aunque este oligoelemento representa sólo el 0.0028% del peso corporal, es necesario para la correcta función de muchos sistemas enzimáticos, desempeña un papel estructural y regulador a través de la transducción de señales y sistemas de transcripción de genes, fundamentales para el metabolismo, crecimiento y reproducción humana. En el organismo está ampliamente distribuido por todo el cuerpo. Se encuentra en una alta proporción en: músculos, huesos, piel y cabellos, en el hígado, el cerebro, etc; pero en donde hay una mayor concentración de este elemento es en la retina y en los genitales masculinos.

En los niños el signo más precoz y a veces el único de la deficiencia de zinc es la disminución del crecimiento (en talla sobre todo) y la falta de apetito.

Si la deficiencia de zinc se mantiene por un tiempo prolongado puede haber un retraso en la maduración sexual y mayor tendencia a las infecciones, debido a que el zinc tiene un papel primordial en diversas funciones del sistema inmune.

Otros signos y síntomas que se pueden

presentar son los siguientes: alteraciones en la piel, en las uñas y en el pelo, materia fecal muy blanda y frecuente, irritabilidad, temblores, alteraciones en el carácter, trastornos del gusto y olfato, fotofobia.



Hay estudios recientes que indican que el aporte de zinc es efectivo para el tratamiento durante los episodios de diarrea porque mantiene la integridad de la mucosa del intestino y limita la pérdida de sodio y potasio, también disminuye el tiempo necesario para la recuperación en el tratamiento de la diarrea.

El zinc está ampliamente distribuido en los alimentos que se consumen habitualmente: está presente en las carnes, pescados, cereales integrales y legumbres, y en la leche de vaca. Por lo tanto, la carencia de este elemento no es muy frecuente. De existir alguna de deficiencia, las causas pueden ser múltiples: aportes inadecuados (alimentación parenteral, desnutrición, dietas vegetarianas), malabsorción intestinal (infecciones y resecciones intestinales), aumento de las pérdidas (quelantes, insuficiencia renal) e incremento de las necesidades por alguna patología específica.

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación debido a que contiene todos los nutrientes para que los lactantes no presenten ningún déficit, en el caso del zinc la leche humana lo aporta en cantidades suficientes y adecuadas. Cuando se introduce la alimentación complementaria, es importante que se practique diariamente una alimentación variada para poder incorporar todos los nutrientes necesarios que evite carencias. En el caso que la lactancia materna no sea posible o sea insuficiente las fórmulas infantiles están enriquecidas con este elemento para evitar su déficit. Siempre es importante consultar con los médicos o nutricionistas sobre cómo debe realizarse una correcta alimentación en cada etapa de la vida para evitar deficiencia de nutrientes. 🌱