



correo FARMACEUTICO

PUBLICACION OFICIAL DE LA CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

Año XVIII N° 87 - Enero/Febrero 2009 - www.cofa.org.ar

LIKE ME!

XIV Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales



Comité
Olímpico
COFA

Mar del Plata 21, 22 y 23 de marzo de 2009

Atletismo (maratón, salto en largo y en alto, carrera, lanzamiento de la bala), Ajedrez, Básquet, Bochas, Canasta, Ciclismo, Fútbol 11, 7 y 6, Fútbol 5 femenino, Golf, Handball, Natación, Paddle, Tenis, Tenis de Mesa, Pesca, Truco, Voley, (*)Duatlón (nado y pedestrisimo) Beach Voley (*) Pueden participar los acompañantes

EDITORIAL

Comenzamos el año con un hecho auspicioso para la profesión farmacéutica. La obra social más importante de la Argentina, PAMI, realizó un llamado a licitación para proveer a sus afiliados de la vacuna antigripal.

La convocatoria tenía tres rubros: compra de la vacuna, distribución mayorista y aplicación.

La Confederación Farmacéutica junto a la Federación de Cámaras de Farmacias y la Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales, con quienes integra la red nacional de farmacias, han sido los únicos oferentes de la licitación para el rubro aplicación.

De aceptar PAMI la oferta, las farmacias y el farmacéutico funcionarían realmente como una red de servicios sanitarios, atendiendo a los más necesitados: los jubilados, quienes todos los días pueblan nuestras oficinas y a quienes en esta oportunidad podríamos retribuir su confianza.

El funcionamiento de la Farmacia como vacunatorio es una de las materias pendientes en esta lucha por recuperar el terreno perdido.

Pero el gran valor de esta oportunidad es la posibilidad de demostrar que lo mejor que le puede pasar a la gente es poder vacunarse en la farmacia que le garantiza la calidad del medicamento a través de la preservación de la cadena de frío, la aplicación por parte de un profesional entrenado para hacerlo y en el ámbito de asepsia imprescindible para evitar contaminaciones peligrosas.

Es de desear que esta oportunidad, de concretarse, no sea desaprovechada por la Farmacia. Todos y cada uno de nosotros estamos preparados para brindar el mejor servicio. Deseamos que en especial los dirigentes farmacéuticos entiendan que ésta es una política de Estado; que esta posibilidad que nos da PAMI se pueda extrapolar al resto de la Seguridad Social y avanzar en la negociación con los laboratorios productores para convencerlos de que la Farmacia es el mejor punto de venta, además de cumplir con la ley.

Creemos que hemos empezado bien el año. Está en nosotros confirmar que sepamos aprovechar esta oportunidad que se nos brinda.

Colega: participe, no se quede afuera. Esta es una gran oportunidad para fidelizar a sus pacientes y para tener la gratificación social de uno de los sectores más castigados de la Argentina: los jubilados.

Unidos seremos una fuerza que logrará el reconocimiento social y económico que nos merecemos. 🇨🇺

Consejo Directivo

XIX CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO

XIII CONGRESO DE LA
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA SUDAMERICANA

PROVINCIA DE SAN JUAN
REPÚBLICA ARGENTINA
29, 30 Y 31 DE OCTUBRE 2009



Informes: www.cofa.org.ar
congresosanjuan2009@yahoo.com.ar



Se ha conformado la Mesa Conjunta de las tres Instituciones Nacionales de Farmacias

INFORME N° 1/2009

Ponemos en conocimiento de las Entidades Federadas, que el pasado 4 de febrero del 2009, se han reunido las tres Instituciones Nacionales representativas de las farmacias de todo el país (COFA, AFMySRA y FACAF), a efectos de conformar una mesa de trabajo conjunta para el tratamiento de temas que son comunes a las farmacias nucleadas por las tres Instituciones.

Se establecieron tres prioridades:

1. Disminución de los aportes de las farmacias a las Obras Sociales y Prepagas.
2. Venta de medicamentos exclusivamente en las farmacias.
3. Accionar fuertemente hasta lograr que se respete la cadena de comercialización: Laboratorio, Droguería, Farmacia y Pacientes.

Para el cumplimiento de estas prioridades se realizan las siguientes acciones:

- 1) Envío, a las tres Cámaras representativas de la Industria Farmacéutica, de una nota pidiendo una reunión con carácter de urgente a efectos de analizar todos los temas pendientes relacionados con el Convenio PAMI, como asimismo la inmediata necesidad de reducir las bonificaciones que nuestras farmacias realizan para el citado Convenio.
- 2) Solicitar audiencia a la Sra. Ministra de Salud de la Nación, Lic. Graciela Ocaña, para exponer la situación de nuestro sector y la necesidad de tomar medidas frente a los robos en farmacias, venta en el mercado negro de medicamentos robados y adulterados, venta y entrega de medicamentos vía Internet, venta de medicamentos fuera de las farmacias, Obras Sociales que entregan ilegalmente medicamentos en forma directa, cuestiones éstas que además del perjuicio para el sector, ponen en serio riesgo la salud de la población.
- 3) Promover, por intermedio de nuestras Entidades de

base, reuniones con los Senadores de las distintas provincias, a efectos de expresarles la necesidad de darle tratamiento al Proyecto de Ley que se encuentra en el Senado de la Nación y que ya tiene media sanción de la Cámara de Diputados.

4) Continuar la campaña de recolección de firmas con el objeto de lograr llegar al millón, cifra ésta que permitiría acelerar fuertemente el tratamiento del proyecto de Ley que se encuentra demorado en el Senado de la Nación.

5) Implementar campañas de concientización orientadas a la opinión pública, acerca de los riesgos de consumir medicamentos comprados por fuera de las farmacias.

6) Diagramar en forma conjunta acciones tendientes a lograr de nuestros proveedores (laboratorios y droguerías) el respeto a la Farmacia como corresponde.

Con estas medidas, las tres instituciones nacionales, funcionando unidas y en forma coordinada, dan comienzo a la gestión del presente año, en la seguridad que el trabajo en conjunto aportará una potencialidad que sin duda dará sus frutos.

Esperamos contar con el apoyo de las diferentes Entidades de base, dado que las mismas son fundamentales en el desarrollo y articulación de las estrategias que surjan de la mesa conjunta. Desde ya agradecemos a todos su apoyo y nos mantendremos en permanente contacto. 🌱



AFMySRA



FACAF



COFA

La SSS dejó sin efecto el Registro de Prestadores Farmacéuticos

Las autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud han generado un nuevo marco para la Resolución N° 468/05 (modificada por la 094/06). A través de la Resolución N° 043/09-y aceptando la propuesta de esta Confederación en todas las reuniones mantenidas hasta el momento- se ha decidido dejar sin efecto el Registro de Prestadores Farmacéuticos. Entendemos que con sólo tener nuestro título profesional y la habilitación ministerial ya estamos habilitados para dar prestación profesional farmacéutica sin la necesidad de estar inscriptos en ningún registro -y así lo ha entendido la SSS-, pero manteniendo vigente la exigencia a los Agentes del Seguro de Salud del cumplimiento tanto de la Guía de Contratos como de la Guía de Información Adicional para la receta.

De esta manera lo ha manifestado el Gerente de Control Prestacional, Dr. Roberto Daniel Armagno, en una reunión mantenida con representantes de los profesionales farmacéuticos, quien transmitió la voluntad del nuevo Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Juan Antonio Rinaldi, de llevar adelante una política activa sobre el medicamento. El funcionario se ha comprometido a comunicar y exigir a la Seguridad Social el

cumplimiento de la Resolución N° 468/05 (modificada por la 094/06), con una farmacia cada 4000 habitantes y la adecuación de los modelos de receta y de contrato.

Todo ello condensa viejas aspiraciones con respecto a la accesibilidad de los pacientes a nuestros servicios profesionales y que va a necesitar del trabajo y del esfuerzo de todos para la participación de todas las farmacias en la prestación a la Seguridad Social.

La herramienta administrativa ha sido pulida y simplificada; ahora necesitamos efectivizarla. Por ello, más que nunca se necesita una profesión unida y con muy claros objetivos.

Tenemos a nuestro favor que la aplicación de estas resoluciones va a favorecer la salud de la población al favorecer la accesibilidad al medicamento.

Por una Farmacia centro de salud y un Farmacéutico agente sanitario. 🇦🇷

Mesa Ejecutiva
Confederación Farmacéutica Argentina

Resolución 43/2009

Deróganse todas las normas emanadas de la Superintendencia de Servicios de Salud que obligan a los Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos a inscribirse en el Registro de Prestadores.

Bs. As., 21/1/2009

VISTO la Ley N° 23.661 y las Resoluciones N° 192/98 M. Salud y N° 119/99, N° 468/05 y N° 94/06 de la Superintendencia de Servicios de Salud; y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° 468/05-SSSalud modificada por

Resolución 94/06-SSSalud se obligó a los Profesionales, Establecimientos y Redes de Prestadores de servicios farmacéuticos a proceder a su inscripción en el Registro de Prestadores de este Organismo a fin de brindar sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud.

Que el decreto N° 1615/96 PEN de creación de la Superintendencia de Servicios de Salud le fijó como objetivo primordial la fiscalización de las prestaciones brindadas por las Obras Sociales a sus beneficiados.

Que la Resolución N° 331/04 de la Superintendencia de Servicios de Salud estableció los mecanismos de fiscalización de las prestaciones farmacéuticas que deben brin-

dar los Agentes del Seguro en general.
Que la Resolución N° 192/98- M. Salud establece la competencia de la Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras en lo relacionado con la habilitación y control de los establecimientos farmacéuticos situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Que conforme lo normado por el art. 121 de la Constitución Nacional, le compete a las autoridades sanitarias locales el control de los establecimientos farmacéuticos ubicados en sus respectivas jurisdicciones.
Que por lo tanto resulta innecesaria la obligatoriedad de exigir a los Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos a inscribirse en el Registro de Prestadores de esta Superintendencia en atención a los controles propios a los que se encuentra sujeta la actuación de los mismos.
Que a los fines de evitar esta superposición resulta necesaria derogar las normas que establecen la obligatoriedad de inscripción en el Registro de Prestadores del organismo a Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.
Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos 1615/96 y 1892/08.

Por ello,
EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD RESUELVE:
Artículo 1° — Establécese que a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución quedan derogadas todas las normas emanadas de esta Superintendencia que obligan a los Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos a inscribirse en el Registro de Prestadores de este organismo.

Art. 2° — La presente Resolución comenzará a regir a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, y oportunamente archívese. — Juan A. Rinaldi.

Resolución publicada en el Boletín Oficial de la Nación el 26 de enero de 2009

Educación Farmacéutica Continua

CURSOS A DISTANCIA DE ACTUALIZACIÓN FARMACOLÓGICA PARA OPTIMIZAR LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA



OTORGA CREDITOS PARA LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION PROFESIONAL

PRIMER CURSO:

“USO DE FARMACOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA”

DIRECCION DOCENTE:

**DR. RODOLFO P. ROTHLIN. PROFESOR TITULAR DE FARMACOLOGIA.
FACULTAD DE MEDICINA. U.B.A.**

**INICIO: 1° DE ABRIL DE 2009.
DURACION: 3 MESES.**

**METODOLOGIA DE CURSADA: VIA INTERNET CON FORMATO DE e-LEARNING.
CARGA HORARIA: 36 HORAS CATEDRA.
ARANCEL: PESOS (\$) 200.**

ORGANIZA: CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

XIV Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales

La ciudad de Mar del Plata será escenario de la XIV edición de las Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales que se realizarán los días 21, 22 y 23 de marzo, organizadas por el Comité Olímpico de la COFA y el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

Por primera vez las Olimpiadas Farmacéuticas se desarrollarán en la Costa Atlántica. La sede oficial del evento será el Hotel 13 de Julio, en el cual se alojará la mayoría de las delegaciones (820 plazas) y será también el lugar donde se celebrarán las cenas de apertura y clausura. Según informa Gustavo Fontana, presidente del Comité Olímpico, allí funcionará también el centro de acreditaciones y cómputos, donde los participantes tendrán al instante la información

de los resultados de las disciplinas y la programación completa.

-¿En qué sedes se van a desarrollar las competencias?

-En el Ente Municipal de Turismo se realizará el Acto Inaugural, así como las competencias de Atletismo: carrera 60 y 100 mts, salto en largo y en alto, lanzamiento de la bala y bochas y es posible que en el estadio se juegue la final de fútbol 11. En Punta Mogotes se realizarán las carreras de ciclismo. En el Club Náu-



tico de Tenis Mar del Plata se va a desarrollar el torneo de tenis; en el Mar del Plata Golf Club el de Golf. En el Club Banco Provincia se van a jugar los partidos de Fútbol 11, 7 y 6 masculino, Fútbol 5 femenino, paddle, voley masculino, basquet masculino, handball masculino, ajedrez, truco, canasta, tenis de mesa y se va a correr la maratón.

En el Club Albert Einstein se van a disputar los torneos de voley femenino y natación. La competencia de pesca se va a desarrollar en la escollera norte y en playa Varese.

-¿Cuántos participantes y acompañantes proyectan tener este año?

-Dado que Mar del Plata es una plaza turística importante pensamos recibir aproximadamente 1000 colegas y 400 acompañantes de todo el país.

-¿Este año se incorporaron nuevas disciplinas?

-Siguiendo la línea de incorporar disciplinas "regionales", en esta edición se suman el duatlón (400 mts. de nado entre dos escolleras + 700 mts. de pedestrismo) y un tor-



Gustavo Fontana, presidente del Comité Olímpico



neo de beach voley. En ambas disciplinas -al ser de carácter promocional- pueden participar los acompañantes también y se disputarán en categoría única.

-¿Cuáles son los deportes y categorías que conformarán las Olimpiadas?

- Las categorías generales son:

- **Libres:** hasta 35 años cumplidos en 2009
- **Mayores:** hasta 45 años cumplidos en 2009
- **Senior:** de 46 años cumplidos en 2009 en adelante
- **Categoría Única:** puede participar cualquier categoría

Categorías Especiales: para atletismo (maratón, salto en largo y en alto, carrera, lanzamiento de la bala), ciclismo y natación.

- **Libres:** hasta 35 años cumplidos en 2009
- **Mayores A:** hasta 40 años cumplidos en 2009
- **Mayores B:** hasta 45 años cumplidos en 2009

- **Senior A:** hasta 50 años cumplidos en 2009
- **Senior B:** hasta 55 años cumplidos en 2009
- **Senior C:** de 56 años cumplidos en 2009 en adelante

Ajedrez, basquet, bochas, canasta, handball masculino y femenino, pesca, tenis de mesa doble masculino, tenis de mesa doble femenino, tenis de mesa single masculino y femenino, truco, voley masculino y femenino y fútbol 5 femenino se disputarán en categoría única. El torneo de golf se competirá por Handicap.

También habrá torneos de Fútbol 11, 7 y 6, carreras de 60 y 100 metros; ciclismo, lanzamiento de bala masculino y femenino, maratón, natación, natación posta, salto en alto y en largo.

-¿En esta edición se va a volver a rea-

lizar el sorteo para la participación en los Juegos Mundiales de la Salud?

-Sí, entre todos los ganadores de medallas de oro se sorteará la participación en los Juegos Mundiales de la Salud (www.medigames.com) a realizarse en Alicante, España, entre el 04 y el 11 de julio de este año.

-¿Cómo debe tramitarse la inscripción a las Olimpiadas Farmacéuticas?

-Se hace on line a través de la página web www.cofa.org.ar. El costo para el Farmacéutico es de \$ 100 e incluye inscripción y seguro deportivo, cenas de apertura y clausura y hotelería hasta \$ 60 por día. El arancel para el acompañante es de \$ 450 e incluye hotelería, inscripción en los deportes promocionales y cenas de apertura y clausura. Los menores de 4 años no pagan. A partir de esa edad la tarifa es la misma que la del acompañante. 🇦🇷

Gustavo Musante es uno de los representantes del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires que tiene a su cargo la organización, junto con el Comité Olímpico de la COFA, de las Olimpiadas Farmacéuticas Nacionales. Musante fue ganador de una medalla de oro en natación en 2007 y también fue sorteado como representante argentino en los Juegos Mundiales de la Salud, que se realizaron en junio de ese año en Marruecos. El equipo conformado dentro del Colegio de Farmacéuticos trabajó para lograr unificar la oferta hotelera, que se consiguió concentrar en el Hotel 13 de Julio. El Farm. Musante destaca, asimismo, el haber logrado el permiso para utilizar el predio de los Juegos Panamericanos para la realización de parte de la práctica deportiva y la posible presencia del campeón olímpico Juan Curuchet. También se gestionó desde el Colegio tener el club Náutico como sede de los torneos de tenis, predio elegido por Guillermo Vilas para su entrenamiento. *“Las dos instituciones han realizado un gran esfuerzo de equipo para la organización del evento, lo que genera una fuerte expectativa en cuanto a la respuesta de los farmacéuticos deportistas de todo el país. Sabemos que va a ser un éxito.”*

Para reservas en el Hotel 13 de Julio, contactarse con el Sr. Daniel Gerez (0223 – 4994400/07/08) o al e-mail: eventosespeciales@hotel13dejuliodmq.com.ar

Para mayor información sobre las Olimpiadas Farmacéuticas los interesados pueden comunicarse con:

Gustavo Fontana: Tel.: 0351 – 152003958 / comiteolimpico@cofa.org.ar

David Suarez: Tel.: 011 – 42421001 / mesaejecutiva@cofa.org.ar

El cierre de inscripciones será el viernes 6 de marzo.

Presentación renovada del espacio del Observatorio Salud, Medicamentos y Sociedad

Dada la necesidad de brindar a nuestros colegas nueva información sobre el mercado farmacéutico, se planteó el objetivo de modificar el espacio que ocupa el Observatorio SMS en la página web de la COFA (www.cofa.org.ar).

A partir de las reformas realizadas, ha sido reorganizado de forma tal que permite la consulta de distintos temas de interés, a través de las siguientes secciones con el objeto de agilizar vuestras consultas:

- **Informes Anuales**, que publica el INDEC una vez al año sobre el comportamiento del mercado del medicamento. Tienen la ventaja de poder consultar no solamente el año que se elige, sino también los cinco años anteriores.
- **Informes Mensuales**, que realiza el Observatorio, con datos propios, precios promedio, su evolución, cantidad de presentaciones que existen en el mercado de medicamentos, su condición de prescripción y la cantidad de productos dados de alta y de baja.
- **Informes Generales**: análisis que el Observatorio realiza del mercado farmacéutico.
- **Fármacoinforme**, donde estarán incorporados los nuevos principios activos que, mensualmente, son lanzados en el mercado argentino, así como también los nuevos productos y presentaciones y las nuevas asociaciones.
- **Presentaciones**, que se dividen en informes y actividades que el Observatorio realizó u organizó en congresos, jornadas, mesas redondas, conferencias, comunicaciones, obras sociales y fármacos.

Finalmente, se agrega el contacto para que los colegas que quieran comunicarse con nosotros puedan hacerlo en forma rápida y segura.

Esperamos que esta reorganización de nuestro espacio en la página web de la COFA sea de utilidad para la comunidad farmacéutica.

Pablo Mc Cormack
Farmacéutico

Carlos Gurisatti
Farmacéutico

Acciones para ayudar a dejar de fumar

Las farmacéuticas Silvia Godoy y Marina Ferrero, del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires filial Bahía Blanca, recibieron una mención especial en los Premios CAESPO por su trabajo “Acciones para ayudar a dejar de fumar”. Este año, la distinción fue dirigida a proyectos sobre determinantes de salud en el área antitabaco. Las profesionales recibieron este reconocimiento “por haber incluido a otro importante actor del equipo de Salud: el Farmacéutico. Estos colegas son una herramienta clave para la intervención breve, ya que el usuario-cliente se acerca a su mostrador para informarse sobre estrategias y fármacos para el tratamiento de esta adicción depositando confianza en su consejo. A través de la firma de un convenio, se fomenta la continuidad y profundización de esta actividad formativa”, según difundió el Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (CAESPO), al convocar a la entrega de premios que se realizó el 13 de noviembre en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

El trabajo, que se realizó con la colaboración de María Elenea Capeans, se originó luego de una serie de talleres sobre tabaquismo que se brindaron en el marco del Programa del Departamento de Atención Farmacéutica, para Farmacéuticos y alumnos del



Firma del convenio entre la Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer (AAPEC) y el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires Filial Bahía Blanca para el desarrollo de talleres sobre Ambientes Libres de Humo y otras actividades educativas.

último año de la Carrera de Farmacia, luego de los cuales se estableció un vínculo con el equipo de la Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer (AAPEC) del Hospital Penna, liderado por el Dr. Eduardo Laura. Esta asociación viene desarrollando desde 1994 programas de Control de Tabaquismo con el apoyo de diversas instituciones. Es así que se firmó un convenio para el desarrollo de talleres sobre Ambientes Libres de Humo y actividades educativas tanto para los Farmacéuticos como para los empleados de farmacias. La Asocia-

ción entregó material educativo (la revista “También queremos aire puro en nuestros barrios y nuestros hogares”), que fue distribuido en forma gratuita a través de las farmacias, y que fue complementado por el consejo de los profesionales.

Las farmacéuticas que fueron distinguidas por CAESPO sostienen: “Es nuestro compromiso como Farmacéuticos- educadores sanitarios y la oportunidad de trabajar en equipo de Salud, realizando un acto profesional con el paciente que desea dejar de fumar como único beneficiario.” 🌱

Farmacéutico Vicente José Fabio

Nació en Catanzaro, Italia, el 11 de febrero de 1947. Cursó sus estudios universitarios en la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata, en la carrera de Farmacia.

Inició su carrera dirigencial como Vocal en el Colegio de Farmacéuticos Filial La Plata, llegando a ocupar en esa Institución el cargo de Secretario durante 14 años. Paralelamente realizó una diplomatura en Administración de Salud dictado por la Universidad Nacional de La Plata, el IOMA y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, siendo egresado de la primera promoción.

Su actividad profesional se desarrolló en diferentes ámbitos, desde la actividad privada en su farmacia de Gorina, pasando por la farmacia hospitalaria en el Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez de la ciudad de La Plata y desde la faz solidaria con su actuación en AMFFA, Mutual Farmacéutica de la República Argentina, que lo tuvo como Vocal en sus primeras épocas, llegando a ser su Tesorero hasta sus últimos días de vida.

En su faz privada dedicó su tiempo a su familia, en especial a su hija Florencia y a todos sus afectos.

El fallecimiento del querido "Gringo" dejó un gran vacío en sus seres queridos, amigos y colegas.



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 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

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: "GARANTÍA 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 CRÉDITOS EFC: 12 CON EVALUACIÓN PRESENCIAL (OPTATIVA)
- 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 CRÉDITOS EFC: 12 CON EVALUACIÓN PRESENCIAL
- ASOCIACION ARGENTINA DE FITOMEDICINA.
- CURSO DE FITOMEDICINA. CRÉDITOS EFC: 6

Módulo Internacional 2008: "Primer Seminario Internacional de Farmacopolíticas"

En la ciudad de Washington DC, Estados Unidos, se desarrolló, entre los días 13 y 17 de octubre pasado, el Primer Seminario Internacional de Farmacopolíticas.

Participaron de esta actividad doce farmacéuticos graduados en el Postgrado de Auditoría y Gestión Farmacéutica, organizado por la Universidad ISALUD y la COFA. Este viaje de estudios se realizó en el marco de una iniciativa conjunta entre las dos entidades y fue coordinado por la Directora del Postgrado en Auditoría y Gestión Farmacéutica, Farm. Estela Izquierdo.

Durante la visita se llevaron a cabo actividades técnico-profesionales que incluyeron reuniones, presentaciones, recorrido de instalaciones e intercambio bibliográfico en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Academy Health, American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), Food and Drug Administra-




tion (FDA), U.S. Pharmacopeia (USP), George Washington Hospital Center, y Walgreens, la primera cadena de

Farmacias en ventas en ese país. Los estudiantes conocieron modalidades e innovaciones vinculadas a la gestión del fármaco y la importancia de los temas que se pusieron en agenda dio lugar a debates con interlocutores locales, que incluyeron las proyecciones en materia de Salud y medicamentos para la segunda década del siglo XXI.

En los organismos visitados los asistentes recibieron documentación y las últimas publicaciones institucionales, que estarán disponibles en la biblioteca de ISALUD.

Asimismo, los participantes fueron invitados a integrarse a los foros de debate on line que cada organismo promueve en materia de fármacos.

Es de destacar que el éxito de esta primera experiencia sentó las bases para futuros intercambios de profesionales, a fin de continuar enriqueciendo los conocimientos en la materia. 



Pautas para la atención farmacéutica de pacientes diabéticos

Primera parte

El concepto de atención farmacéutica

En los pacientes que padecen los distintos tipos de diabetes, la educación es fundamental, dado que para mejorar la salud hay que cambiar las conductas de las personas. La OMS define a la educación en salud como las oportunidades de aprendizaje que suponen no solo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Por lo tanto, la salud debe entenderse como un valor producido por los humanos para los humanos. Los farmacéuticos pueden colaborar en el tratamiento de los pacientes diabéticos, brindando una práctica asistencial que involucre tanto la atención centrada en estos pacientes, como así también la prevención, ya que las más efectivas y eficientes intervenciones se realizan en este campo. Las medidas conducentes a prevenir la obesidad, a mantener una actividad física regular o conseguir una deshabitación tabáquica son esenciales para prevenir o retardar la aparición de diabetes, como se demostró en ediciones anteriores. El tratamiento del paciente diabético, se dirige hacia la reducción de las concentraciones plasmáticas de glucosa a unos valores aceptables. Las intervenciones terapéuticas son de tres tipos: dieta, actividad física y medicamentos (agentes orales, insulinas e incretinas), dirigidas a todos los factores de riesgo cardiovascular y acompañadas del automonitoreo de la glucemia y de la educación terapéutica. Actualmente, la tendencia en salud está orientada a trabajar sobre el concepto de inversión en salud, y no a considerar exclusivamente el dinero destinado como un gasto. Se pone a disposición un recurso (económico o humano) para obtener un beneficio. A todo beneficio lo acompañará un desperdicio, el cual puede ser considerado como la fracción de dinero invertido en el sistema de salud que no redundará en un resultado o beneficio.

La Atención Farmacéutica (Pharmaceutical care), fue definida por OMS (1993) como: *“un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. Es el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos,*

Profesora Farm. y Bioq. Andrea C. Paura
Colaboradores
Farm. Susana Gómez
y Farm. María Julia Petroni
Cátedra de Farmacia Clínica
y Asistencial. Facultad
de Ciencias Exactas. UNLP

Revisión: Profesora
Dra. Alicia Consolini
Cátedra de Farmacología.
Facultad de
Ciencias Exactas. UNLP.

funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y calidad de vida del paciente”. Esta práctica, entendida como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de obtener resultados definidos que mejoren la calidad de vida de los pacientes, es concebida como las acciones del farmacéutico para prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad vinculada a los mismos. La aplicación de este concepto, contribuye a disminuir el desperdicio mencionado anteriormente,

con lo cual el sistema se beneficiará siendo más eficiente y favorecerá una mejor optimización de los recursos. Las acciones a poner en marcha pueden resumirse en:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza.
 - Ser sensible ante las prioridades y expectativas del paciente.
 - Ver al paciente como alguien único.
 - Cumplir los principios bioéticos como cualquier otra práctica profesional.

En los pacientes con tratamientos farmacológicos, la intervención tanto médica (IM) como farmacéutica (IF) es indispensable para que el desperdicio se reduzca al mínimo posible, y se incremente la calidad del tratamiento farmacoterapéutico con el menor costo posible.



Dispensación de medicamentos a pacientes diabéticos

La dispensación de medicamentos debe concebirse como un acto profesional realizado por un farmacéutico consistente en:

- La interpretación de una receta o de la solicitud de medicamentos que no requieren prescripción (Venta Libre).
- La información sobre el buen uso del medicamento.
- El asesoramiento para prevenir incompatibilidades frente a otros medicamentos y / o alimentos.
- Cumplimiento de los objetivos terapéuticos buscados.
- Entrega del medicamento al paciente o al tercero que corresponda.
- Comunicación o derivación al profesional prescriptor de ser necesario.

Si encuadramos esta actividad en el concepto de atención farmacéutica, podríamos decir que estamos frente a un primer paso o nivel de atención, que comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción de la salud y prevención de problemas con la farmacoterapia. En la práctica, son todas las intervenciones farmacéuticas que promuevan la prevención de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y problemas relacionados con los hábitos higiénicos sanitarios (PRH) asociados al tratamiento farmacológico.

Problema relacionado con el medicamento (PRM): es cualquier evento indeseable que presenta el paciente, y en el que está involucrado o se sospecha que lo está el tratamiento farmacológico y que interfiere de manera real o puede interferir en una evolución deseada del paciente. (Strand y col. 1990)

Problema relacionado con los hábitos higiénicos sanitarios (PRH): son los excesos o hábitos perjudiciales para la salud, que interfieren en los tratamientos farmacológicos, o que influyen directamente en el problema de salud. (CFPBA, 2001)

Este paso o nivel de atención farmacéutica comprende:

1) La interpretación de la receta o prescripción médica: incluye identificar correctamente el nombre/s genérico/s del/los medicamento/s, la concentración a la cual está/n indicado/s, la/s forma/s farmacéutica/s y duración del tratamiento. Esto se deberá hacer tanto con los medicamentos antidiabéticos como con cualquier otro medicamento que necesite recibir el paciente para otro síntoma o patología. En estos casos, es importante reconocer las interacciones medicamentosas (IM) de moderada relevancia clínica para alertar al médico la posible ocurrencia de IM ante la prescripción de distintos medicamentos por diferentes profesionales. Por ejemplo, los diuréticos (tiazidas), los antagonistas del calcio (verapamilo, amlodipina), la fenitoina, la teofilina, la clonidina y la metildopa, inhiben la liberación de insulina, por lo tanto reducen el efecto hipoglucemiante de sulfonilureas metformina y glitazonas por interacción farmacodinámica. Similarmente, otros fármacos como los glucocorticoides son hiperglucemiantes y reducen la efectividad de los antidiabéticos.

Es importante educar al paciente con respecto a la automedicación. En diversas oportunidades o por distintos motivos, una persona puede sentirse influenciada para automedicarse. En los pacientes diabéticos que no alcancen un suficiente grado de compromiso con su patología y tratamiento esta actitud puede ser altamente perjudicial. Por ello, ante la solicitud de medicamentos de venta libre o que no requieren prescripción por parte de un paciente diabético, la intervención farmacéutica siempre debe contener un espacio de concientización al respecto y de adecuada orientación, para que el paciente pueda registrar el cambio de actitud que se requiere de su parte. Como ejemplo frecuente, podemos mencionar el caso de competencia con fármacos que se enlazan fuertemente a albúmina y se secretan a nivel renal, como los salicilatos y AINES y las sulfas, que potencian la concentración plasmática de las sulfonilureas y las glitazonas, con riesgo de hipoglucemia. En pacientes que reciben este tipo de tratamiento antidiabético, no es recomendable la automedicación con antiinflamatorios ni con sulfas.

2) La elección del medicamento acorde al punto anterior, respetando su condición de venta (bajo receta, bajo receta archivada, bajo receta archivada y decreto, venta libre). Verificación de la fecha de vencimiento, y condiciones de almacenamiento.

3) El asesoramiento sobre la correcta administración del medicamento, conservación adecuada, precauciones, prevención de efectos adversos o interacciones, cumplimiento y consejos higiénicos sanitarios asociados.

a) INSULINAS

Asesoramiento sobre la correcta administración

Los pacientes que reciben insulina necesitan reconocer que la misma es vital para su supervivencia, y el control metabólico de su diabetes. Los pacientes con DM 1, y algunos casos de DM 2, deben inyectarse diariamente insulina, en dosis que varían entre cada persona, según peso, cantidad de grasa corporal, actividad física, alimentación, estado general de salud, administración de otros fármacos, o estrés. En general, las dosis se administran una, dos o más veces al día. Aproximadamente, 4 de cada 10 personas con DM 2 deben inyectarse insulina.

Es importante que conozcan el/los tipo/s de insulina (o análogos) que tiene /n prescriptos (acción rápida, intermedia o lenta), su efecto y tiempo de acción. Ver Cuadro 6 del Módulo IV. Esta información le ayuda a comprender mejor los momentos del día en que tiene indicada la aplicación de la insulina, y las colaciones o ingesta que debe asociar, de forma que facilite el cumplimiento del tratamiento y evite consecuencias perjudiciales.

La insulina en general es autoadministrada por el propio paciente, y entonces es relevante que maneje correctamente la técnica de inyección. Si bien puede solicitar al farmacéutico la colaboración para la administración, es una técnica que el paciente necesita conocer. Para que la inyección de insulina sea adecuada, lo primero que se debe hacer es relacionar la gra-

graduación de la jeringa según el tipo de insulina a aplicar (la graduación de la jeringa en Unidades/ml deberá coincidir con la indicada en la insulina a administrar). Si se utiliza lapicera u otro instrumento, éste debe estar en relación a la dosificación de la insulina. Es importante el tamaño de la aguja, ya que la aplicación es subcutánea, generalmente se utilizan las 27 G1/2. La técnica de inyección debe ser no solamente explicada al paciente, sino mostrada, siguiendo todos los pasos: lavado de manos, preparación del material, desinfección del tapón de goma del frasco con algodón y alcohol, mezclar en caso de insulina lechosa, cargado en jeringa con otra aguja, más ancha y más larga, cambio de aguja a la que se va a utilizar en la aplicación, quitado de burbujas y enrasado, desinfección de la piel, forma de tomar la piel, introducción de la aguja hasta el final, en ángulo de 45 a 90 grados según grosor de la piel, empujar émbolo siempre y cuando no se vea sangre. Si aparece sangre retirar y comenzar de nuevo. Retirar lentamente la aguja, aplicar el algodón sin frotar.

Por último, informar acerca de la zona de inyección de insulina adecuada. Se recomienda utilizar una zona durante una semana, separando los pinchazos varios centímetros, para luego ir rotando por las distintas zonas. De esta forma se evitan lipodistrofias, o deformaciones en el sitio de inyección.



Recomendaciones para el uso

- El horario de las comidas y distribución de los hidratos de carbono durante el día deben ser indicados por el médico / nutricionista de acuerdo al esquema insulínico.
- Consumir una colación antes y después de realizar algún ejercicio físico, para evitar hipoglucemia. (una fruta, 1/4 de pan o 3 galletas de agua).
- Realizar autocontrol antes del ejercicio y al finalizar o una hora después.
- Seleccionar el lugar donde se colocará la inyección de acuerdo al tipo de ejercicio. (no inyectar la insulina en el brazo si

juega al tenis, se absorbería más rápido y disminuye la glucemia, o si va a trotar o caminar no aplicarla en las piernas).

- El día que realiza actividad física reforzar la colación de la noche.

Conservación de la insulina

- A temperatura ambiente hasta 20 °C, convenientemente alejado de la luz y las fuentes de calor.
- Cuando la temperatura es alta, guardarla en la puerta del refrigerador (nunca en el congelador).

b) HIPOGLUCEMIANTES ORALES

Asesoramiento sobre la correcta administración

Los pacientes con DM 2, que utilizan hipoglucemiantes orales, tienen que reconocer las funciones de los mismos, los distintos tipos que existen y la importancia de utilizar el que le indicó su médico (Ver Módulo IV).

Recomendaciones para el uso

- El alcohol puede producir hipoglucemia grave en personas que usan cualquier hipoglucemiante. Evitar beber alcohol o reducir al mínimo, y nunca beber en ayunas.
- El horario de administración debe ser indicado por el médico
- Pueden indicarse junto con insulina o reemplazarse totalmente por ésta cuando:
 - Los niveles de azúcar están muy altos
 - Los hipoglucemiantes dejan de hacer efecto
 - Está embarazada, infecciones, o en las intervenciones quirúrgicas
- reconocer la necesidad de adherir a un plan de alimentación específico para mantener la glucemia y los lípidos sanguíneos en rangos normales y lograr un peso adecuado.
- tener indicaciones de alimentos apropiados en cantidad, calidad y distribución horaria.
- considerar que la ingesta total de calorías diarias esté equilibrada con el gasto energético (IMC menor a 27 Kg / talla²).

c) ACTIVIDAD FISICA

En relación a la actividad física, el paciente debe:

- reconocer los beneficios de la actividad física en el control metabólico de la diabetes (aumenta la sensibilidad y la respuesta a la insulina en el músculo);
- saber que todos los grados de actividad física pueden ser realizados si no presentan complicaciones y muestran buen control glucémico;
- considerar que lo recomendado es: actividad física aeróbica moderada 3 o 4 días a la semana (ver Módulo IV).

Precauciones:

- Es conveniente consultar con el médico antes de iniciar cualquier tipo de ejercicio físico para recibir las indicaciones correctas.
- En pacientes que tienen DM 2 y son tratadas con dieta ex-

Directrices de ADA para la terapia de nutrición médica

Fuente: American Diabetes Association

Hidratos de Carbono	Proveerán junto a las grasas monoinstauradas al 60-70% de la ingestión calórica total El azúcar y los alimentos azucarados deberían ser tomados en el contexto de una dieta saludable
Proteínas	Si la función renal es normal, no hay evidencia que sugiera modificar la ingesta usual de proteínas (15-20% de la energía diaria) Dietas de alto contenido protéico: A corto plazo pueden producir pérdida de peso y mejorar la glucemia, pero se desconocen los efectos a largo plazo
Lípidos	La grasa saturada debería proporcionar menos del 10% de la energía diaria, siendo menor a 7% en personas con CLDL mayor a 100 mg/dl La ingestión diaria de colesterol debería ser menor a 300 mg/día, o menor a 200 mg/día si el LDL es mayor a 100 mg/dl

clusivamente o con hipoglucemiantes orales, no existe riesgo de hipoglucemia.

- Si tienen DM 2 y usan insulina, el riesgo de hipoglucemia se puede prevenir con una colación antes de los ejercicios.
- El ejercicio está contraindicado cuando hay retinopatía proliferativa, neuropatía o hipertensión severa.
- No se permiten algunos ejercicios físicos (trote, fútbol) si hay disminución de la sensibilidad y úlceras de las extremidades inferiores.
- Requieren un plan especial para personas cardíacas aquellos que presenten signos de daño cardiovascular y HTA.
- No hacer ejercicios cuando el azúcar en sangre esté sobre 250 mg/dl y si hubiera cuerpos cetónicos en orina.
- Retrasar el ejercicio si el azúcar está bajo 100 mg/dl. Comer una colación.
- Usar medias que absorban la humedad de los pies.
- Tomar agua.
- Llevar algún alimento azucarado por si le baja la glucemia.

d) ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es necesario para una buena adherencia del paciente al tratamiento antidiabético, que éste valore la importancia de vigilar permanentemente la evolución de su enfermedad y de mantener la glucemia normal en el control y evolución de su diabetes, como así también, reconozca la importancia del autocontrol para prevenir complicaciones agudas y crónicas.

4) Derivación o comunicación con el médico

Los motivos de derivación o comunicación con el médico en el acto de dispensación pueden ser diversos, desde la interpretación de la prescripción, hasta dudas en las indicaciones. Sin descuidar que si el paciente consulta al farmacéutico por fiebre alta y persistente, diarrea o vómitos por más de 6 horas, glucemia mayor a 250 mg/dl en forma rei-

Guía rápida para adecuar el asesoramiento ante la dispensación de insulinas o hipoglucemiantes orales

- ¿Recibe tratamiento por primera vez o ya esta siendo tratado?
- ¿Recibió indicaciones de uso o las recuerda?
- ¿Las entendió?
- ¿Conoce la vía de administración y conservación?
- ¿Cumple con los autocontroles?

Cátedra de Farmacia Clínica y Asistencial. Facultad de Ciencias Exactas. UNLP

terada, dolor de estómago, boca seca, respiración agitada o cuerpos cetónicos en orina, la derivación al médico debe ser prioritaria.

Casos prácticos de dispensación

1) Una señora de 54 años, de estatura mediana, con exceso de peso y con diagnóstico de DM 2 es tratada por primera vez con metformina comprimidos. La paciente concurre a la farmacia, con la prescripción médica para ser dispensada. Siendo que inicia el tratamiento, el farmacéutico/a interviene entablando una conversación con la paciente, a fin de conocer el grado de comprensión acerca de cómo debe tomar el medicamento, si está recibiendo otros tratamientos farmacológicos, y conocer el compromiso con la adherencia al tratamiento de su diabetes.

La paciente no recuerda correctamente las indicaciones médicas con respecto al horario de administración. El farmacéutico la asesora, reforzando las indicaciones prescriptas, ya que debe tomar un comprimido de metformina por la mañana, con el desayuno. Esta recomendación de tomarlo durante la ingesta es válida, dado que el alimento demora la absorción de la metformina, pero no la biodisponibilidad. Es importante alertar en estos casos, que se debe evitar cítricos conjuntamente con la administración del medicamento para prevenir interacciones farmacocinéticas por absorción (1). La paciente no tiene indicados otros medicamentos, pero suele utilizar infusiones de plantas medicinales, por lo tanto el farmacéutico aconseja que antes de consumir cualquier tipo de planta consulte si puede hacerlo, en especial le advierte que la goma-guar, frecuentemente utilizada para saciar el apetito, y como hipoglucemiante, puede reducir la absorción de metformina¹. Otra planta rica en mucílagos como la manzanilla también puede reducir la absorción de fármacos tomados conjuntamente. Por ello no debe automedicarse, ni con medicamentos ni con plantas medicinales sin consultar a su médico. Antes de finalizar la dispensación, le recomienda que no olvide la toma de su medicamento, todos los días, y que

cumpla con los autocontroles que le indicó el médico, si tiene alguna duda que lo consulte, él puede ayudarlo. Ante cualquier síntoma o molestia no esperada, que consulte con su médico o farmacéutico; es importante que respete la dieta recomendada y que incorpore en su rutina la actividad física indicada. Acuerdan volver a encontrarse al mes, luego de la nueva consulta médica, para la reposición de la medicación y ajustar recomendaciones del tratamiento.

2) Un paciente habitual de la farmacia, que está bajo tratamiento con glibenclamida comprimidos, concurre con una prescripción de acenocumarol². El farmacéutico/a que conoce el perfil farmacoterapéutico del paciente, advierte que el acenocumarol puede ser riesgoso para él, dado que la interacción farmacocinética por distribución que se puede producir entre la glibenclamida y el acenocumarol es considerada de mayor gravedad por el riesgo de hemorragia. Por lo que decide intervenir en la dispensación, comunicándose con el médico hematólogo. Ambos acuerdan que se le dispense la medicación, pero reducir la dosis indicada, y que a la semana vuelva a la consulta para evaluación.

3) Un señor de 64 años, con diagnóstico de DM 2 hace un año, tratado con clorpropamida, se siente decaído, y decide controlar su glucemia. El valor que registra es de 55 mg/dl, y consulta con el farmacéutico/a de su barrio porque está preocupado y quiere saber si deja de tomar la medicación para la diabetes. El farmacéutico dedica unos minutos en privado para conversar con el paciente, y percibe aliento y olor alcohólico bastante importante. Le pregunta al paciente si ha estado tomando bebidas alcohólicas, y el paciente reconoce que hace un mes comenzó a tomar dos o tres vasos de vino por día. El alcohol potencia la hipoglucemia, dado que inhibe la gluconeogénesis, dando una reacción de tipo disulfiram con la clorpropamida, con posibilidad de producir una interacción farmacodinámica grave³. Por las dudas, el farmacéutico averigua si el paciente ha estado cumpliendo con el tratamiento y respetando las colaciones e ingesta indicadas, y si no se ha automedicado. Al corroborar que solamente la modificación que introdujo en el tratamiento es la ingesta de alcohol, le indica que debe evitarla, y consultar a su médico, por si se requiere algún ajuste momentáneo del tratamiento. Se aconseja que incremente por estos días los controles de glucemia, dado que la hipoglucemia es una complicación aguda de la diabetes, que puede descompensarlo severamente. 🍷

¹ Interacciones entre fármacos y alimentos. <http://users.servicios.retecal.es/pdelrio/farm_alim.html> [Visitada el 20 de octubre de 2008]

² Angelo A. Izz. Herb-drug interactions: an overview of the clinical evidence. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. Volume 19 Issue 1, Pages 1 – 16.

<<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118700170/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>> [Visitada el 20 de octubre de 2008]

³ Interacciones del acenocumarol con importancia clínica. *Boletín Terapéutico Andaluz*. 2004. Vol 20 N° 1. <www.easp.es/web/documentos/BTA/00003751documento.1.2004.pdf> [Visitada el 20 de octubre de 2008]

⁴ Elena del Olmo González; Margarita Carrillo Pérez; Susana Aguilera Gumpert. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Volumen 32, N° 1/2008 <www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_1ActuaTratDiabetesMellitus.pdf> [Visitada el 20 de octubre de 2008]

Bibliografía

1. AMM: Asociación Médica Mundial.- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la automedicación.- Washington, 2002. <http://www.wma.net/s/policy/s7.htm> (visitada el 14/10/2008)
2. CD Monografías 2ª Edición. CFPBA.
3. Cipolle, R. J., Strand L.M. y Morley, P.C.: *Pharmaceutical Care Practice*. (2000). Ed. McGraw-Hill. Interamericana de España, S. A. U., pags. 1-14; 31
4. Federación Internacional Farmacéutica (FIP): Normas de calidad de los servicios farmacéuticos: Buenas Prácticas de Farmacia. (1993) Declaración de Tokio
5. Filinger, M. J., Consolini, A. E., Paura, A. C. Curso de Postgrado a Distancia de Atención Farmacéutica. Nivel I. (2002) Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, UBA, UNLP, Fundación Biosfera. www.colfarma.org.ar
6. Generalitat de Catalunya, Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Catalunya (1998): Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en la oficina de farmacia. Departamento de Sanidad y Seguridad social. pag. 30-32
7. Hepler, C.D.; Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. (1990) *Am. J. Hospital Pharm.* 47: 533-543.
8. OPS/OMS/ Ministerio de Salud del Chile. Manual para educadores en Diabetes Mellitus. Programa de Educación en Diabetes. Santiago, 2001.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1993): El papel del farmacéutico en el sistema de atención farmacéutica de salud.- Informe de la reunión de la OMS, Ed OMS/OPS. OPS/HSS/HSE/95.01
10. Paura, A. C.- Guía de Pautas Básicas en Atención Farmacéutica.- La Plata (Argentina): Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, 2001.
11. Paura, A.; Consolini, A.; Filinger, E. Curso por gestión a distancia "Introducción a la Atención Farmacéutica". Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, ISBN: 987-21022-7-9. La Plata, 2005, Pág. 34, 43-50.

Tutoría módulos I a IV:
ferreirar@intramed.net

Tutoría módulo V y VI:
paura@biol.unlp.edu.ar

La Evaluación integradora final:
se incluirá en el Módulo VI.

Deberá ser remitida a la
Confederación Farmacéutica
Argentina, acompañada
de la ficha de inscripción
respectiva.

Dosaje de medicamentos en la población pediátrica



El trabajo *"Calidad de atención farmacoterapéutica en pediatría: monitoreo plasmático de antibióticos"*, de Nieves Licciardone, Alicia Moroni, Guillermo Bramuglia, Oscar Ferreyra, Azucena Díaz y Paulo Cáceres Guido, ganó el Primer Premio en la VII Jornadas Nacionales de Calidad de la Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud 2008.



El Farm. Paulo Cáceres Guido, uno de los autores del estudio premiado, a cargo de la Unidad de Farmacocinética Clínica del Hospital Garrahan, afirma que *"se ha logrado mostrar que es posi-*

ble aumentar la calidad de atención desde un proyecto básicamente farmacológico, con una actividad de control epidemiológico en el manejo racional de antibióticos en la población pediátrica."

En esta entrevista, Paulo Cáceres Guido destaca la importancia del trabajo interdisciplinario para el desarrollo de estas iniciativas y anuncia que, entre otras innovaciones, en pocos meses comenzarán a dosar antirretrovirales en el Htal. Garrahan.

La Unidad de Farmacocinética Clínica del Hospital Garrahan es probablemente la única de este tipo que existe en el país, más aún en un hospital público. Allí trabaja desde hace casi 10 años Paulo Cáceres Guido, miembro activo de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP), investigador miembro del Comité de Farmacocinética Clínica de la Asociación Internacional de Monitoreo Terapéutico de Drogas y Toxicología Clínica (IATDMCT) y coordinador de la Subcomisión de Farmacocinética Clínica de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH).

En el laboratorio se realizan análisis de concentración plasmática y sanguínea de drogas, entre ellas, de antibióticos de estrecho margen terapéutico. Los que se hacen con mayor frecuencia son de vancomicina, dentro del grupo de los glucopéptidos. Y dentro del grupo de los aminoglucósidos, de amikacina y gentamicina. *"En función de esas concentraciones que se encuentran, se analiza una cantidad de parámetros, algunos bioquímicos, otros clínicos, otros relacionados a la patología del paciente y se estudia cuál es la dosis y la frecuencia, el esquema farmacoterapéutico más adecuado para esa droga de la cual se obtuvo el dosaje."*

Antes de fin de año la unidad se va a reformar, a partir de la obtención de un subsidio de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, para el desarrollo de un proyecto relacionado al monitoreo de antirretrovirales para pacientes HIV pediátricos. La idea es investigar cuáles son las dosis y las frecuencias más adecuadas de estos fármacos en la población pediátrica.

"Como sucede con la mayoría de los medicamentos, no existen formulaciones específicas para niños, por lo que se deben estudiar dosificaciones especiales para estos pacientes. Hay falta de medicamentos específicos para esta población por una cuestión comercial".

- Por otra parte, resulta complejo investigar con niños...

- Es muy difícil, sobre todo, por una cuestión ética. Básicamente de lo que se trata es que un protocolo, de un tratamiento farmacológico que el paciente va a recibir, del que hay cierta experiencia en adultos, hay cierto conocimiento de la droga, de años de uso, aunque no tanto quizás en patologías pediátricas o neonatales, entonces se aborda esa problemática, se termina desarrollando un protocolo que luego es autorizado por el Comité de Investigación y Docencia, el Comité de Ética y por la ANMAT. Una vez que está aprobado, el paciente tiene que empezar a recibir esa medicación porque un protocolo de tratamiento, asistencial, lo contempla. Y una vez que empieza a recibir la medicación, ahí se comienza a estudiar al paciente. No ingresa al protocolo para que se haga el estudio, sino que ingresa al protocolo, y como consecuencia de ello, comenzamos a estudiarlo. Pero aún para ser estudiado de esta manera indirecta, hace falta el aval del protocolo para garantizar el marco normativo ético.

-¿Qué antirretrovirales van a ser estudiados en la unidad?

-Se van a dosar, en principio de manera asistencial, pero muy relacionado a proyectos de investigación, efavirenz, nelfinavir, saquinavir y lopinavir. La idea es que el hospital vea la utilidad de todo esto, que tome al dosaje como una práctica de rutina, así como hoy se dosa el metotrexato para los pacientes oncológicos, o la ciclosporina para los pacientes trasplantados. Que se entienda que también uno de los grandes avances que ha habido en los últimos años es el control de los efectos adversos en función de adecuar los esquemas de dosificación para los pacientes HIV de los antirretrovirales, muchos de los cuales son de estrecho margen terapéutico. Varios de los que nombré se dosan no solo para estimar a grandes rasgos cuáles serían los esquemas de dosis más adecuados, sino para individualizar la farmacoterapéutica y tratar de evitar resistencia de los virus a largo plazo y disminuir la posibilidad de resistencia viral. Entonces esto termina de

transformar al sida en una patología crónica. Por supuesto que hay muchas otras cosas que cubrir a nivel del tratamiento de HIV, pero se sabe claramente que altas concentraciones de drogas, muchas veces por cuestiones genéticas individuales, terminan siendo relacionadas claramente a la aparición de efectos adversos. Eso está muy claro, sobre todo en inhibidores de proteasas, pero no es el único grupo, hay muchos otros que también. Y por otro lado, ya no en el campo del HIV sino en el de los inmunosupresores, hay muchos que se siguen históricamente, como la ciclosporina, el tacrolimus (FK506) o el sirolimus, que este año se empezó a dosar dentro del hospital, y el año próximo empezamos a dosar también ácido micofenólico, que es la molécula activa de cualquiera de las dos formas en que se administra, el micofenolato de mofetilo o el micofenolato sódico, como inmunosupresores para diferentes tipos de trasplantes.

-¿Cómo se trabaja en la unidad en el caso de los antibióticos?

-El trabajo premiado por SACAS relata un poco más de nueve años de experiencia de lo que ha sido la evolución del análisis de los dosajes de los antibióticos. Acá solo me refiero a los anti-

bióticos que nombraba: vancomicina, gentamicina y amikacina en población pediátrica y neonatal, y de internados en el hospital. En ese tiempo se realizaron más de diez mil dosajes. Hace quince años se hacían los dosajes a pedido de los médicos. El problema es que en muchas ocasiones, los médicos ignoran exactamente cuál es el potencial de información que tienen con el número que entrega el laboratorio como valor de concentración plasmática. Pueden recibir 10 ml por litro, 10 microgramos por mililitro de plasma y no saben exactamente cómo adecuar el esquema de dosificación para optimizar el tratamiento farmacoterapéutico. Es uno de los objetivos que nosotros tenemos como unidad. Es decir, la optimización individual del tratamiento de un paciente específico. Pero por otro lado, lo que se va perdiendo son todos estos datos cuando este análisis no está centralizado. Cuando los médicos de distintas salas piden por separado los dosajes, entonces nosotros perdemos la oportunidad de analizar los datos en estudios que se llaman de "farmacocinética poblacional", que tienen como objetivo primario tratar de estimar los parámetros farmacocinéticos, es decir, casi como darle nombre y apellido, definir las características de un fármaco en el ámbito clínico real. Cuando uno va a estimar los parámetros farmacocinéticos de una droga, lo que está haciendo es tratar de entender exactamente cómo se mueve esta droga, en función del tiempo, en pacientes con características similares. No es lo mismo un paciente oncológico que un paciente neonato con una sospecha de sepsis, que un paciente fibroquístico, o uno con una infección del sistema nervioso central. Así hay muchas subpoblaciones en las cuales al efecto de las drogas de estrecho margen terapéutico, es decir, que ya son difíciles de manejar porque el límite entre la toxicidad y la eficacia están muy cercanos, se suma el estado fisiopatológico tan delicado. Esto hace que resulte fundamental este estudio específico y si nosotros conocemos mejor cómo se manejan estas drogas en estos grupos especiales de pacientes, a través de los estudios de farmacocinética po-



blacional, nos acercamos a la posibilidad de atender más adecuadamente al próximo paciente y disminuir los niveles de incertidumbre a la hora de tratarlos. En estos pacientes, los niveles de incertidumbre, normalmente son bastante altos y pueden rozar los riesgos de agravar una patología o no tratarla adecuadamente. No tratar adecuadamente una infección severa en un paciente desnutrido, en un paciente con HIV avanzado, directamente puede significar su muerte.

-¿En la unidad están trabajando para enfrentar el aumento de la resistencia a los antimicrobianos?

-Nosotros tenemos dos grandes objetivos, que son los clásicos de la antibioterapia desde que comenzó Fleming hasta el día de hoy, que es tratar de estudiar cuál es la relación entre los efectos adversos y la eficacia terapéutica. Los efectos adversos son casi una forma de resumir lo que son problemas relacionado con medicamentos (conocidos como PRM). Uno de los problemas relacionados con medicamentos es la potencial aparición de resistencia. Está claramente comprobado que la subdosificación de muchos de estos antibióticos genera resistencia. Esto está comprobado, en particular, en varias de las poblaciones que nosotros estudiamos, y a partir de lo cual se generaron cambios

en el vademécum del hospital, cuya segunda versión salió este año. Por ejemplo, antes se usaba una dosis de amikacina para los pacientes fibroquísticos, que era de 10 mg/kg/dosis cada 8 horas y hoy es de 15 (por lo menos); y luego se podrá adecuar en función de las necesidades del paciente. Esto evita que en las exacerbaciones pulmonares, que estos pacientes tienen con mucha frecuencia, las cepas de Pseudomonas que ya poseen de forma crónica, generen cada vez más resistencia. Y justamente el estatus infectológico-pulmonar de estos pacientes, es el que determina la calidad y la cantidad de sobrevida a largo plazo que van a tener, con lo cual evitar generar resistencia en el microorganismo que está justamente limitando la cantidad de años y además disminuyendo mucho la calidad de vida de estos pacientes, es fundamental. Durante muchísimos años se utilizó aproximadamente un 35% menos de la dosis que se tiene que administrar por falta de este tipo de estudios, además de darse, quizás con una frecuencia que, hoy sabemos, podría no ser la adecuada. Pero hoy estamos avanzando.

-El ajustar la dosificación para cada paciente, ¿se podría llegar en un futuro a aplicar en los pacientes ambulatorios para tratar de evitar las resistencias?

-Esta es una de las tendencias de la Medicina a nivel mundial, lo que se llama la "individualización farmacoterapéutica". Es decir, que la generalización va a tener que ver siempre con no dejar de tener en cuenta que, así como un médico tiene una entrevista con un paciente para ver exactamente cuál es la dosis de un medicamento en función del estado de ese paciente, y toda una historia, y toda una relación con el ambiente, con los alimentos y con la familia, y demás; desde el punto de vista farmacéutico también existen diferencias a nivel de expresión de enzimas o de su actividad, o de la carga genética. Por eso

sería adecuado tratar de extender este tipo de práctica, que no es muy común. No son muchos los lugares en el mundo donde se hace este tipo de análisis.

-¿Ustedes trabajan vinculados a otras instituciones?

-Sí, trabajamos muy relacionados con profesores de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA, con el Dr. Guillermo Bramuglia y con el Dr. Modesto Rubio, Jefe de la Cátedra de Farmacología de la Facultad, y con la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

También intento acrecentar la cantidad y calidad de este tipo de trabajos vinculándonos con instituciones a nivel internacional, como el Comité de Farmacocinética Clínica de la Asociación Internacional de Monitoreo Terapéutico de Drogas y Toxicología Clínica, que es la asociación internacional más importante de este tema.

Estamos empezando a apuntalar las bases de lo que intenta ser en el futuro una especialidad farmacéutica. Ya en las salas nos consultan no sólo por el stock de un insumo determinado, sino también por la dosificación y la frecuencia de algunos medicamentos. De a poco nos empiezan a tener confianza. Y esto tiene que ver con uno de los índices que a nosotros nos permitieron ganar el premio: la calidad. En un premio de calidad uno tiene que tratar de medir, con índices objetivos, determinados parámetros. Uno de los índices que se mide es la cantidad de cobertura que uno va haciendo a lo largo de los años. En los últimos 10 años se cuadruplicó la cantidad de pacientes que llegamos a cubrir en cuanto a dosajes. Pero no solo eso, sino que comenzamos a hacer lo que llamamos "Informes Farmacoterapéuticos", en donde en función de las características farmacológicas, bioquímicas, clínicas, fisiopatológicas que yo mencionaba, en un informe que será parte de la propia historia clínica del paciente, escribimos nuestra sugerencia de mantenimiento o de cambio de esquema de dosificación. Y esta opinión es aceptada en más del 95% de los casos, lo cual es un índice altísimo. Yo diría que esto, en gran parte, tiene que ver con una buena integración a nivel



interdisciplinario, tanto de neonatólogos, neumonólogos, infectólogos, como de una sólida integración de bioquímicos y farmacéuticos dentro del hospital.

Esta unidad de Farmacocinética Clínica tiene una característica poco frecuente, que es que depende de la Farmacia, a cargo del Dr. Gabriel Mato y del laboratorio a la vez.

-Ud. comentaba que sería beneficioso que estos estudios se replicaran en otros hospitales. ¿Tuvo alguna vez contacto con farmacias hospitalarias del interior del país?

-Tenemos consultas ocasionales, pero la realidad es que estos temas no tienen mucha difusión, a pesar de ser importantes. La idea es ir replicando esta experiencia de a poco. En la Subcomisión de Farmacocinética Clínica de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital, que estoy coordinando, hay gente de Chaco, de Córdoba, de Mendoza, de San Luis, y de también de Buenos Aires, Ciudad y Provincia.

-Para hacer este tipo de dosajes no se necesita una tecnología muy avanzada...



-No es tanto el tipo de aparatología que se necesita; un hospital de mediana complejidad puede afrontarlo como gasto corriente, sino más bien, como pasa muchas veces, el hecho de

que exista la voluntad profesional de desarrollarse en un área poco estudiada. Por otra parte, de diez años a esta parte no había dónde estudiar el tema, había que ir a formarse afuera, ver cómo se trabajaba, experimentarlo. De hecho, a pesar de la importancia que tiene esta materia en todo el mundo, siempre faltan profesionales que se dediquen a este tema.

-Y más allá de la farmacocinética de los medicamentos aplicada a la pediatría, ¿también hay falta de especialistas que estudien esto en medicamentos para adultos?

-Sí, lo que pasa es en adultos es un poco más fácil trabajar porque de hecho, muchas veces los propios ensayos, que son parte de los requisitos que solicitan las autoridades regulatorias, son ensayos en adultos sanos para poder estimar los parámetros farmacocinéticos de una droga. Entonces ya tiene una idea, a pesar de que eso pueda cambiar en función de la patología que va a tener el paciente cuando ya no está sano; además va a haber estudios de fase IV, es decir, cuando ya está comercializado. Eso en chicos es

Ensayo clínico comparativo de dos regímenes de dosificación de amikacina en niños con fibrosis quística

Este trabajo del equipo del Hospital Garrahan ganó el Premio al Mejor Trabajo Científico del VIII Congreso Argentino de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital, que se desarrolló en la provincia de Santa Fe, del 13 al 15 de noviembre de este año. El estudio se desarrolló en el marco de las Becas "Ramón Carrillo - Arturo Oñativia" convocatoria 2007 y los autores son: Paulo Cáceres Guido, Pérez M, Halac A, Ferrari M, González L, Castaños C, Bramuglia G, Licciardone N, Moroni A, Giménez C, Mato G.

El ensayo clínico tuvo como objetivo comparar la eficacia terapéutica y la seguridad de 2 regímenes de dosificación de amikacina intravenosa en pacientes con fibrosis quística. La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad hereditaria letal más frecuente. Su pronóstico está estrechamente relacionado a la infección pulmonar crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Los pacientes con esta patología son una población vulnerable a los efectos adversos de los aminoglucósidos, que son algunos de los fármacos que se utilizan para controlar esta infección. Estos efectos tóxicos se dan particularmente a nivel renal y ótico.

En el estudio también se estimaron los parámetros farmacocinéticos de la amikacina en esta población pediátrica, luego de haber obtenido la aprobación de la Dirección de Docen-

cia e Investigación del Hospital Garrahan (del Comité de Ética) y de la ANMAT.

La evidencia previa relacionada al tema, a nivel mundial, era extremadamente limitada y directamente inexistente en la problemática puntual que se estudió en este ensayo.

Se compararon un Grupo A (estándar): amikacina 30 mg/kg/día cada 8 o 12 hs. vs. Grupo B (experimental): 30 mg/kg/día cada 24 hs.

Como conclusión se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos respecto de la toxicidad y la eficacia terapéutica. A la vez se pudo estimar con alto grado de certeza los parámetros farmacocinéticos buscados.

Así, siendo la FQ motivo de reiteradas internaciones que bajan la calidad de vida de los pacientes, a partir de este estudio (y a pesar de algunas limitaciones estadísticas que aun deben salvarse) se muestra una tendencia a una posible descomplejización del tratamiento de las exacerbaciones de la infección pulmonar.

De acuerdo a los autores del estudio, es posible esperar en un futuro cercano, un cambio de los esquemas farmacoterapéuticos que serán de aplicación en el tratamiento asistencial de la FQ pediátrica.

mucho más difícil porque, además de los problemas éticos, hay menor cantidad de pacientes, con lo cual la potencia de un estudio desde el punto de vista estadístico siempre va a ser menor. Entonces uno necesita hacer, aunque sea, pequeños estudios, que luego serán evaluados junto a otros, si se puede, en un ensayo multicéntrico, o en meta-análisis o reviews, que vayan arrojando un poco de luz donde hay tanta sombra. Hoy todavía siguen haciendo análisis sobre cuál es la evidencia real que tienen las guías de la OMS para usar un aminoglucósido en dosis cada 24 horas. Las dosis clásicas de los aminoglucósidos eran cada 8 horas. Luego pasaron a utilizarse ocasionalmente cada 12 y ahora, últimamente, se usan cada 24. Pero un trabajo que acaba de ser publicado cuestiona el fundamento estadístico de análisis real que tienen los trabajos en los que se apoya la OMS para sugerir que un aminoglucósido se use cada 24 horas,

cuando la evidencia que hay no es suficiente. Y son drogas que se usan hace 40 años, o más en adultos, y en chicos hace 25 años.

-Hace unos meses se descubrió el genoma del hongo penicillium, ¿ustedes están trabajando en genética y genómica?

-Sí, porque parte de la individualización farmacoterapéutica tiene que ver con identificar a un paciente en su perfil farmacocinético, es decir, cómo se mueve la droga en el organismo, qué dosis se le debería dar y con qué frecuencia, pero también farmacodinámico, es decir, cuáles son los efectos que esa droga produce. Detrás de aquellos efectos que se están esperando o buscando, como de los efectos adversos, además hay un perfil farmacogenético o farmacogenómico, es decir, aquella relación entre la carga genética que uno tiene y cómo se debe adecuar a ella la farmacoterapéutica. Si hay drogas que no se pueden suministrar o si el

perfil genético implica que el paciente puede recibir esa droga, pero en una dosis menor o mayor a la estándar. Nosotros estamos comenzando a estudiar ese perfil farmacocinético, farmacodinámico, farmacogenético para algunos fármacos.

-¿Están investigando el área de nanomedicamentos?

-No, pero por supuesto que es un avance farmacotécnico que permite cambiar las formas farmacéuticas o las formas moleculares, y posibilita que un medicamento que tenía un parámetro farmacocinético X, ahora sea distinto y más adecuado para la patología que tiene un paciente, pero no es algo que nosotros estemos manejando ahora. Nosotros hacemos investigación como dentro del grupo asistencial, tratamos de abordar el trabajo clínico diario y a la vez intentamos ver cuáles son todas estas cosas que el ambiente farmacológico, médico, farmacéutico se creen resueltas y aún no lo están. 🌱

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 FDA abre una representación en Costa Rica

El 7 de enero pasado se inauguró la oficina de la Agencia de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA) en Costa Rica. El Secretario de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU., Mike Leavitt, manifestó que la apertura de oficinas de la FDA en diferentes regiones del mundo como China, India, Europa, Medio Oriente y ahora Latinoamérica, es parte de la nueva estrategia de la agencia para enfrentar los retos del comercio global. El funcionario afirmó que *"garantizar la seguridad y la inocuidad de los productos importados es trascendental para todas nuestras naciones (...) esta oficina es un paso importante que nos ayudará a continuar con el fortalecimiento de la calidad, seguridad e inocuidad de alimentos, medicamentos y dispositivos médicos."*

Por su parte, el comisionado de la FDA, Andrew von Eschenbach, informó que las oficinas regionales de la agencia tienen como objetivo profundizar la cooperación técnica tanto con el Gobierno como con el sector privado para garantizar la calidad y seguridad de los productos durante todo su proceso y no solo al momento de tratar de inscribirlos para su consumo en Estados Unidos.

Von Eschenbach señaló que Costa Rica fue elegida como sede latinoamericana *"por el amplio comercio de alimentos y dispositivos médicos que tiene con Estados Unidos, así como por la calidad y los esfuerzos de las autoridades para cumplir con los más elevados estándares de calidad."*

El director de la oficina de la FDA en Costa Rica, Paul Seligman, aclaró que la sede recién estará en pleno funcionamiento en el mes de marzo, pero que actualmente se están coordinando acciones de capacitación en buenas prácticas de producción.



La EMEA se plantea brindar mayor acceso a la información sobre sus decisiones

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) anunció, en el marco de la presentación de su programa de trabajo para el 2009, que encarará cambios en su funcionamiento para lograr una mayor transparencia en cuanto a sus reuniones y datos, para lo cual se publicarán las agendas y actas en la página web. Asimismo, se está evaluando, a través de una consulta pública que finaliza en el mes de marzo una propuesta para otorgar acceso al público a EudraVigilance, la base de datos europea sobre reacciones adversas a los fármacos.

Entre las novedades que presentaron las autoridades de la EMA, se informó la creación de un Comité para Terapias Avanzadas. Fueron planteados como prioridades de la agencia la provisión de asesoramiento científico en el área de métodos de desarrollo innovadores; un mayor fortalecimiento de las actividades de farmacovigilancia en relación con la Red Europea de Centros para Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, planes de gestión de riesgo y detección de síntomas, y transparencia y provisión de información.

Se reforzarán las áreas de asesoramiento científico, particularmente el trabajo con medicamentos pediátricos.



Nuevas reglas para publicitar medicamentos en Brasil

En seis meses comenzarán a regir en Brasil restricciones a la propaganda de medicamentos. Esta medida fue tomada por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y están contenidas en la resolución de la Directoría Colegiada Número 96. La norma establece los límites para la distribución de muestras gratis; además se prohíben frases imperativas en avisos publicitarios, y regula la participación de artistas y personas famosas en los comerciales de medicamentos, que no podrán recomendar el uso de medicamentos ni inducir al paciente a consumirlos a partir de una experiencia particular.

Asimismo se establece que en la publicidad se deben exponer las contraindicaciones o consecuencias que puede ocasionar el consumo de un medicamento y en el caso de antibióticos serán destacadas las dosis mínimas suficientes para el tratamiento de un paciente.

Las autoridades regulatorias refieren también que los patrocinios que dan las empresas farmacéuticas no deben estar condicionados a la prescripción y uso de los fármacos que ellas producen.

Farmacias españolas harán análisis de VIH

Veinte farmacias de las principales ciudades de la región vasca, con el respaldo del Departamento de Sanidad, se sumaron a la iniciativa emprendida por Barcelona y, a partir del mes de febrero, comenzaron a realizar tests para detectar el virus del VIH.

Este servicio se brindará durante todo el año a un valor de cuatro euros. Se estima que se realizarán dos mil análisis, permitiendo el acceso al diagnóstico a quienes hayan tenido prácticas de riesgo y no quieran ir a un hospital, o a las ONG que realizan las pruebas.

