

+CORREO FARMACEUTICO

Publicación Oficial de la Confederación Farmacéutica Argentina

Año XXIV N° 154 - Marzo 2015 - www.cofa.org.ar



El FARMACÉUTICO POTENCIA el equipo de SALUD



Al cierre de esta edición: Dr. Daniel Gollán, nuevo Ministro de Salud de la Nación

NUEVO

Subical

Vitamina **D₃** • Colecalciferol 100.000 UI

Sube la absorción fosfocálcica

TOMÁ LO MEJOR DEL SOL



Presentación

Colecalciferol 100.000 UI
Frasco ampolla monodosis 2 ml

Importantes descuentos



PRECIO PUBLICO SUGERIDO
Nº de Certificado: 57.446

\$ 121,06



Laboratorios Bernabó
www.laboratoriosbernabo.com

Medicamentos con Calidad Total

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

Autoridades COFA

PRESIDENTE: Dr. Raúl Mascaró (Río Negro)
VICEPRESIDENTE: Dr. Sergio Cornejo (San Juan)
SECRETARIO: Dr. Daniel Palavecino (Córdoba)
PRO-SECRETARIA: Dra. Isabel Martínez (Salta)
TESORERO: Dr. Ricardo Pesenti (Buenos Aires)
PRO-TESORERA: Dra. Miryan Graciela Fernández (Chaco)

Entidades Federadas:

Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires
 Colegio de Farmacéuticos de Capital Federal
 Colegio de Farmacéuticos de Córdoba
 Colegio de Farmacéuticos de Corrientes
 Colegio de Farmacéuticos de Chaco
 Colegio de Farmacéuticos de Entre Ríos
 Colegio de Farmacéuticos de Jujuy
 Colegio de Farmacéuticos de La Rioja
 Colegio de Farmacéuticos de Mendoza
 Colegio de Farmacéuticos de Río Negro
 Colegio de Farmacéuticos de Salta
 Colegio de Farmacéuticos de San Juan
 Colegio de Farmacéuticos de San Luis
 Colegio de Farmacéuticos de Tierra del Fuego
 Colegio de Farmacéuticos de Tucumán
 Círculo de Prestaciones Farmacéuticas Rosario
 Federación Farmacéutica de Formosa
 Asociación Santacruzense de Farmacéuticos

Miembro Adherente:

Asociación Profesional Farmacéutica de Rosario

Revisores de Cuentas:

Dr. Luis Zelada (Tucumán)
 Dra. Silvia Rodríguez (Corrientes)
 Dra. Cecilia José (Jujuy)
 Dr. Ignacio Terceño (Tierra del Fuego)

+CORREO FARMACEUTICO

Directoras: Dra. Miryan Graciela Fernández
 Dra. Isabel Martínez

Redacción: Dr. Carlos Izidore (In memoriam)
 Dr. Mario Luis Castelli (In memoriam)
 Dr. José Ruggieri

Corresponsales: Representantes de los Colegios
 de Farmacéuticos Provinciales

Asesora Periodística: Andrea Joseph

Edición y Comercialización: Editorial RVC SRL

Director Comercial: Jorge Vago
 Riobamba 855 7° A / 15 5329-1002
 editorialrvc@yahoo.com.ar

Diseño: Oscar Martínez 15 51031945

Impresión: Mariano Mas
 Perú 555 Cap. Fed. / 4331-5762 / 5764

COFA: Julio A. Roca 751 2° Piso
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Tel: (011) 4342-1001

SUMARIO

Año XXIV N° 154 Marzo 2015 www.cofa.com.ar



*Daniel Gollán, nuevo Ministro de Salud de la Nación:
 "Soy un técnico, pero ante todo un militante"*

6

4 Editorial

10 **FEPAFAR, una herramienta para defender la profesión farmacéutica**
Entrevista al Dr. Raúl Mascaró, presidente de la COFA y Vicepresidente de la Federación Panamericana de Farmacia para América del Sur

12 **PAMI Pañales**
 Reempadronamiento de afiliados

14 **XX Juegos Deportivos Farmacéuticos**
Por los Dres. Carlos Usandivaras y Diego Miranda
 Delegados Deportivos Nacionales

16 **La meteorología de la contaminación del aire**
Por las Dras. María del Carmen López de Souza e Isabel Martínez

18 **Atención Farmacéutica**
 Guía para el manejo farmacológico de la obesidad

24 **Actualidad**

32 **Efectos adversos: Restricciones de uso de Ivabradina**
 en pacientes con angina de pecho crónica estable

33 **Folleto informativo: Benzocaína**

Propiedad Intelectual N° 255557
Tirada: 15.000 ejemplares
de distribución gratuita a todas las farmacias del país
 COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia,
 FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana.
 C.G.P.: Confederación General de Profesionales
 de la República Argentina
 FIP: Federación Internacional Farmacéutica

El contenido de los artículos así como el de los avisos publicitarios no reflejan necesariamente la opinión de la Institución o de la Dirección de la Revista sino que son de exclusiva responsabilidad de los autores y los anunciantes respectivamente. Se permite la reproducción total o parcial del material de esta publicación que no lleve el signo © (copyright), siempre que se cite el nombre de la fuente (revista COFA), el número del que ha sido tomado y el nombre del autor. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material



Editorial

La Argentina cuenta con una red de 16.000 Farmacias en todo el país y 25.000 farmacéuticos que se forman durante 5 años como expertos en la elaboración y dispensa de los medicamentos, con actualización permanente de sus conocimientos a través de la certificación y recertificación de su título, así como de cursos, jornadas y congresos organizados por los Colegios.

Esta red de farmacias está en cada localidad de cada rincón del país, desde La Quiaca hasta Ushuaia, con un farmacéutico al frente y de fácil acceso, lo que las convierte en centros de salud, ya que el farmacéutico es un especialista del medicamento, pero por sobre todo, es un profesional de la Salud, y muchas veces el primer contacto del paciente con el sistema de Salud.

Cada día más de 1 millón de personas pasan por las oficinas de farmacia donde los farmacéuticos dispensan velando por que los medicamentos cumplan los requisitos de necesidad, seguridad y eficacia, pero también aconsejan acerca de problemas de salud y hábitos saludables de vida.

Los farmacéuticos atienden 4 millones de consultas por mes a pedido de los pacientes, pero muchas más que surgen de la propia dispensa. El 80% de esas consultas las resuelve el mismo profesional, lo que significa 166 mil horas de asesoramiento a los pacientes, una contribución que hoy no es reconocida por el sistema sanitario argentino (Estudio Consulta Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria, Observatorio Salud, Medicamentos y Sociedad COFA 2013).

Detección temprana de diversas patologías, derivación oportuna al médico, vacunación, control de medicación en enfermedades crónicas, detección de efectos adversos, consejo profesional en enfermedades estacionales (descomprimiendo las guardias desbordadas de los hospitales). Estos son solo algunos de los servicios que el farmacéutico está en condiciones de brindar a los pacientes.

Mientras tanto, muchos medicamentos de venta bajo receta (tratamientos especiales) pasan por fuera de las farmacias habilitadas por las autoridades sanitarias, distribuyéndose a través de correos privados y entrega directa a los pacientes con el riesgo sanitario que esto conlleva. La Argentina tuvo años anteriores lamentables antecedentes al respecto, como el caso de la Mafia de los Medicamentos y falsificaciones de productos que costaron muchas vidas.

A la vez, en algunas provincias y localidades todavía las autoridades permiten la venta de medicamentos en kioscos y supermercados, haciendo caso omiso a la Ley Nacional 26567, lo que contribuye a la cifra global de 500 billones de dólares malgastados por año en internaciones y atención a los pacientes por mal uso de los medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud advierte que *“no hay medicina eficiente sin una gestión eficaz del medicamento”*.

En un país con una gran brecha en la atención sanitaria, donde por un lado hay automedicación y abuso y por el otro, un sistema sanitario muchas veces desbordado, donde todavía –y a pesar de los grandes esfuerzos realizados– muchos argentinos no tienen acceso a la atención y menos aún a los medicamentos y a las acciones de prevención, el farmacéutico es un recurso humano menospreciado.

Sería deseable que en un futuro próximo, nuestros representantes –funcionarios y legisladores– puedan analizar y valorar los alcances y potencialidad de esta red sanitaria de farmacias con que cuenta el país para organizar campañas y acciones de prevención y promoción, ya que son verdaderos establecimientos sanitarios con un profesional dispuesto no sólo a brindar servicios farmacéuticos, sino a asumirse como parte del equipo y del sistema de salud. 

Consejo Directivo
COFA



21, 22 y 23 DE MARZO
20º JUEGOS DEPORTIVOS FARMACÉUTICOS

Córdoba 2015

Daniel Gollán, nuevo Ministro de Salud de la Nación: “Soy un técnico, pero ante todo un militante”



El 26 de febrero fue nombrado el Dr. Daniel Gollán en el cargo de Ministro de Salud de la Nación, en reemplazo del Dr. Juan Manzur, quien estaba al frente de la cartera desde el 1° de Julio de 2009 y dejó el ministerio para candidatearse como gobernador de su provincia, Tucumán.

Hasta entonces, Gollán había ocupado el Viceministerio y la Secretaría de Salud Comunitaria. Su asunción se perfilaba desde hacía varios meses. En la ceremonia en la que asumió la titularidad de la cartera se definió como *“un técnico, pero ante todo un militante”*. Al ser consultado sobre los desafíos de su gestión, Gollán expresó: *“Estamos aproximándonos al cumplimiento de las metas del mile-*

nio en el descenso de la mortalidad materno infantil, y el objetivo es seguir mejorando permanentemente todos los indicadores en salud porque cada vida que se pierde es una derrota”.

Con 59 años, Daniel Gollán es médico recibido en la Universidad Nacional de Rosario, especializado en Epidemiología y Administración Sanitaria en la UBA. Desde junio de 2014 se desempeñaba como secretario de Salud Comunitaria donde tuvo a su cargo las áreas de Maternidad e Infancia, Medicina Comunitaria y Prestaciones Médicas y el Plan Nacer/Programa Sumar. Anteriormente había ocupado el cargo de Director Nacional de Análisis Técnico y Control del Narcotráfico en la SEDRONAR.

Entre 2008 y 2010 fue subinterventor de la ANMAT. Entre 2004 y 2008 se desempeñó como coordinador del Programa Especial de Salud de la Dirección Nacional de Programas y Proyectos Especiales de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (SeCyT).

Con anterioridad, entre 2001 y 2003, fue Subsecretario de Atención Primaria y Unidades Sanitarias de la Municipalidad de Merlo (provincia de Buenos Aires), donde previamente había sido Director de Unidades Sanitarias.

Entre 1992 y 1994 fue Jefe de Medicina Sanitaria y Asistencial de la Región Sanitaria VII, de la provincia de Buenos Aires.

En el mes de diciembre, Gollán dio una entrevista a CORREO FARMACÉUTICO en la que dio su visión sobre el modelo de farmacia y el perfil de farmacéutico que pretende para la Argentina. También se refirió a las dificultades del financiamiento de la cobertura de medicamentos por parte de Estado y la Seguridad Social, a los tratamientos de alto costo, al PAMI y defendió la política de impulso a la producción pública de medicamentos.

Publicamos aquí los principales pasajes de la entrevista:

Programa Remediar

“A partir de este año vamos a estar llegando a los titulares del programa Incluir Salud. Más de un millón de personas que son titulares de pensiones no contributivas, discapacitados, veteranos de Malvinas”.

-¿No se va a entregar en farmacias?

-La medicación se les va a entregar, como siempre hasta ahora, en el mismo lugar y en el mismo momento en que se están atendiendo, en los más de 7000 Centros de Atención Primaria a lo largo y ancho del país y en algunos hospitales de menor nivel de complejidad tecnológica y de especialización.

Medicamentos de alto costo

“En la Argentina un tercio del gasto en salud se deriva a la medicación. Un porcentaje muy alto si lo comparamos con casi todos los países del mundo. Los medicamentos de alto costo se están utilizando de una forma bastante poco controlada en cuanto a su eficacia. Es obligación del Estado establecer fehacientemente la eficacia de todo esto que estamos pagando a tan altísimo costo. Países como Inglaterra, en muchos productos, sobre todo los antirreumáticos, está pagando el medicamento contra eficacia demostrada. También hay otros países que están poniendo topes, luego de los cuales se evalúa según la eficacia del medicamento si se va a seguir pagando o no. Yo creo que necesitaríamos establecer fehacientemente la eficacia de cada uno de estos medicamentos para evitar este importante drenaje de divisas, porque son casi todos productos importados, y que nos impide aplicar estos fondos a otras acciones de salud con mucho mayor resultados en términos sanitarios”.

Estado y medicamentos

“Creo que debemos avanzar en el mundo hacia un sistema donde los Estados financien completamente los nuevos desarrollos farmacéuticos, sacar el tema de la rentabilidad y poner un criterio de Salud Pública. Pero es difícil, probablemente sea una utopía”.

“La lapicera floja”

“Una práctica que se lleva gran parte del presupuesto en medicamentos, se da porque los médicos argentinos tenemos la receta y la lapicera flojas; tenemos una tendencia a medicalizar. Tenemos que tomar conciencia -tanto los prescriptores y los dispensadores como

la industria con la publicidad- del daño que se le está haciendo a la población con este consumo tan intensivo de medicamentos. Todos debemos actuar responsablemente para poder llegar al objetivo de un uso más racional de los medicamentos”.

Uso y abuso

“Otro factor que influye en el gasto en medicamentos es la automedicación, incentivada por la publicidad. Una tercera parte de toda la medicación que se toma en la Argentina es por automedicación”.

-En este contexto de automedicación, de falta de adherencia a los tratamientos, etc., hay experiencias en muchos países en los cuales el farmacéutico tiene un rol más activo que el que tiene acá en la Argentina en cuanto al seguimiento farmacoterapéutico, la atención farmacéutica a los pacientes. ¿Ud. cree que esto podría ser viable en nuestro país para solucionar estos problemas?

-Yo creo que puede ser viable. Tenemos títulos de profesionales, tenemos que actuar profesionalmente. Yo conozco muchísimos farmacéuticos que son muy profesionales y realmente asumen un rol de recomendación, de clarificación, invierten tiempo en hacer la diferencia entre ser farmacéuticos y ser simples vendedores de medicamentos.

Infracciones

“En el ejercicio profesional del farmacéutico se detectan infracciones: Cuando las inspecciones de los organismos del Estado llegan, tratan de evadir responsabilidades al no haber cumplido con las normas. Yo debo decir que en la época de la efedrina, íbamos a hacer inspecciones a las farmacias, encontrábamos muchos talonarios de psicofármacos firmados por médicos para ser dispensados sin que haya habido consulta. Esto hay que corregirlo. Necesitamos que las universidades, las asociaciones profesionales tomen esto en sus manos”. “Días atrás estaba comprando en una farmacia con mi esposa, que es farmacéutica. Entró una señora, pidió una amoxicilina y se la dieron sin receta. Y después pidió un alprazolam y le dijeron: ¿trajiste la receta? Cuando les contestó que no la tenía, le dijeron: “Bueno, traémela después”. Esto se repite muchas veces. Si los que dispensamos dispensamos de esta manera, si los que prescribimos prescribimos mal y nuestros Colegios no toman una actitud fuerte, es muy difícil construir una conducta ciudadana y profesional”.

-¿Cuál es el modelo de farmacia y el perfil de farmacéutico que ud. cree que debería tener la Argentina?

-La farmacia tiene que existir sin el shopping que se monta alrededor.

Tenemos que volver al concepto del farmacéutico, su farmacia, atendiéndola con responsabilidad profesional, haciendo todas las recomendaciones que él, con su conocimiento, sabe que debe hacer. Debemos salir del modelo de vendedores de remedios como si fueran caramelos y volver al modelo sanitario de farmacia.

Producción pública de medicamentos

“La potencialidad de los laboratorios públicos es muy grande. Hoy por ejemplo, tenemos un doble efecto beneficioso: muchas veces ganan las licitaciones en algunos renglones, pero muchas otras veces empujan el precio hacia abajo. Desde que tenemos laboratorios públicos compitiendo en licitaciones del programa Remediar, los precios han bajado muchísimo.”

Y los renglones que quedan desiertos se los compramos directamente a los laboratorios estatales respetando el precio menor que había en anteriores procesos de licitación. Esto nos permite llegar con medicamentos seguros y eficaces a un costo que a veces es diez veces menor al del mejor precio de farmacia”.

-¿Van a elaborar medicamentos de alto costo?

-Sí, cada laboratorio ha definido una línea de innovación. Algunos van por los oncológicos hematológicos, otros van por los desarrollos de tuberculostáticos de 2 y 3ª línea, también hormonales.

El concepto general es abastecer al sector público a través de los programas públicos de provisión, no entrar en la parte privada porque consideramos que se debe garantizar el acceso a ese 33% de la población que solo tiene cobertura estatal, pero también entrar en las líneas innovadoras que el sector privado no desarrolla porque no son económicamente rentables. La producción pública la imaginamos como una estrategia importante pero dentro de un marco donde tenemos que sostener todo el conjunto, fundamentalmente de la industria nacional.

Cobertura de medicamentos del PAMI y las obras sociales

-¿En un futuro cercano van a implementarse la receta electrónica y la historia clínica digital en el PAMI, las obras sociales y todo el sistema sanitario?

-Absolutamente. Inexorablemente vamos a ir a la receta electrónica, en lo cual PAMI ya ha hecho punta. Hoy tecnológicamente

es posible hacerlo. Quedarían resolver problemas de conectividad, que ya con el nuevo satélite van a quedar prácticamente resueltos en todo el país. Es cuestión de tiempo, pero la incorporación de las nuevas tecnologías irá llegando indudablemente.

-¿Va a haber una historia clínica unificada?

-Hay un proyecto de ley que está dando vueltas. Vamos hacia eso. Hay muchas provincias, como Tucumán, la provincia de Buenos Aires y otras más que han implementado sistemas informáticos que prácticamente tienen en línea a todo el sistema sanitario.

Trazabilidad

“La ANMAT tiene un sistema de trazabilidad que hasta ahora ha tomado solo los medicamentos de alto costo. Ahora va a avanzar hacia la etapa de los de mediano costo y luego cierra el círculo con los de bajo costo”.

-Igual convengamos que hoy muchos medicamentos escapan a la trazabilidad porque van por fuera del canal farmacéutico...

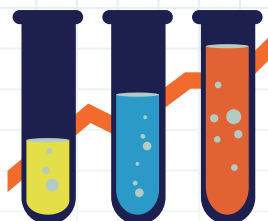
-Sí, absolutamente. Hay que tener en cuenta que cuando uno lanza un sistema de trazabilidad de medicamentos de mediano costo y bajo costo, probablemente haya una resistencia de tipo fiscal, no sanitario. Porque es probable que esa trazabilidad transparente todos los medicamentos, ya no se van a poder escapar. 🇨🇵

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

CURSOS



EFC - Educación Farmacéutica Continua



Capacitarte es crecer

Todos los temas que necesitás aplicar día a día en **tu farmacia**.

+capacitación +servicios = mejor salud, mejor Farmacia.



[cursos@cofa.org.ar](mailto: cursos@cofa.org.ar)

www.cofa.org.ar





Vida con Salud



Baliarda

www.baliarda.com.ar



FEPAFAR, una herramienta para defender la profesión farmacéutica

En la última Asamblea de la Federación Panamericana de Farmacia en octubre de 2014, el Dr. Raúl Mascaró, Presidente de la COFA, fue nombrado Vicepresidente de la entidad internacional en representación de América del Sur. En esta entrevista, el dirigente da su visión sobre la profesión y las organizaciones farmacéuticas en la Región, así como las acciones políticas que se requieren desde FEPAFAR para enfrentar los desafíos, oportunidades y amenazas que se presentan a la profesión en los próximos años.

“En América del Sur y la Región Panamericana hay una situación muy compleja donde conviven modelos muy distintos de Farmacia comunitaria, desde el modelo chileno de gran concentración por un lado, hasta el modelo argentino donde todavía resiste la farmacia unipersonal por el otro”, afirma el dirigente que está al frente de la COFA desde octubre de 2013.

-¿Cuáles son los principales desafíos, oportunidades y amenazas para la profesión?

-El gran desafío de la profesión en Iberoamérica consiste en la capacitación, en estar a la altura de las nuevas prácticas médico-farmacéuticas y de las nuevas terapias. Esto ya lo he planteado en la última sesión de la Federación Sudamericana, con gran aceptación. Es decir, a pesar de los distintos modelos de farmacia, en todos los países coinciden muchos de los problemas que aquejan a la farmacia y al farmacéutico y es en la educación y la capacitación donde vamos a encontrar algunas respuestas a estos problemas. Es muy difícil pretender manejar cierto tipo de medicamentos complejos sin antes haberse formado para su dispensación.

-¿Cómo es la situación de las organizaciones representativas de la profesión en general? ¿Se sienten apoyados por los profesionales? ¿Es este uno de los factores que hay que reforzar en los próximos tiempos?

-Las instituciones internacionales bajan líneas de trabajo y estudio, apoyadas y asesoradas por entidades muy representativas en el marco de la prevención y promoción de la salud, como la OPS y la OMS; luego los farmacéuticos deberán interesarse en seguirlas. Considero fundamental que todos los colegas apoyen las iniciativas de sus organizaciones, que contribuyan, que participen activamente para fortalecerlas en beneficio de todos.

-¿El rol del farmacéutico en los sistemas de salud está en crisis en todos los países de la región?

-El rol del farmacéutico dentro del sistema de salud está siendo atacado en todo el mundo, no solo por otras profesiones que pretenden hacer suyas nuestras incumbencias, sino por los que creen que la salud es solo para hacer negocios, que el medicamento es una mercancía y que el rol sanitario del farmacéutico es escaso, algo que dista mucho de la realidad, solo basta ver el trabajo diario en todos los ámbitos de ejercicio de esta profesión, desde el asesoramiento, la contención y consejo a los pacientes, la detección temprana de enfermedades, la mayor adherencia a los tratamientos que se logra con el seguimiento; las campañas exitosas de vacunación, hasta el importante ahorro en internaciones, donde el farmacéutico tiene un rol fundamental.

-¿Cuáles son los proyectos de FEPAFAR para trabajar en la jerarquización de la profesión?

-Ya se está trabajando con el presidente de FEPAFAR, el colega de Brasil Walter J. Da Silva, en diagramar estrategias para mejorar la posición del farmacéutico ante el equipo de salud, las autoridades gubernamentales y la sociedad. Por supuesto este trabajo deberá ser coordinado con las distintas agrupaciones locales e internacionales.

-Se acerca el Congreso Mundial de Farmacia en Buenos Aires en agosto de 2016, ¿FEPAFAR va a participar?

-Todas las entidades farmacéuticas de América, las distintas asociaciones y federaciones de los países han comprometido su apoyo a este gran desafío, que no dudamos va a ser un éxito total, no solo para la COFA, sino para todos los farmacéuticos argentinos. 🇦🇷



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

Cruces para Farmacia con tecnología LED

Nuevo cartel de gran impacto visual
por medio de LED de Muy Alto Brillo



6 PAGOS DE

\$ 770⁰⁰

Oferta válida por tiempo limitado y/o hasta agotar stock

Consulte por otros productos y planes de financiación

www.amffa.com.ar - e-mail: proveeduria@amffamutual.com.ar



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

AMFFA

Cuidando la salud de la familia farmacéutica

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

AMFFA *Turismo*
MUTUAL FARMACÉUTICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

¿Está pensando en viajar?

Vacaciones de Invierno 2015

Bariloche



Salidas: Del 01 al 31 de Julio
Aéreo con AEROLINEAS ARGENTINA
Incluye Traslados.
4 Noches de Alojamiento
en Hotel Costas del Nahuel
Incluye Desayuno
**Excursión Circuito Chico
y Catedral**

ANTICIPO

\$ 1932⁰⁰



6 PAGOS DE

\$ 887⁰⁰

Salta



Salidas: 24 de Julio - 01 de Agosto
Aéreo con AEROLINEAS ARGENTINA
Incluye Traslados.
4 Noches de Alojamiento
en Hotel Altos de Balcarce
Incluye Desayuno
Excursión City Tour

ANTICIPO

\$ 1809⁰⁰



6 PAGOS DE

\$ 831⁰⁰

**Cartagena
Isla de Barú**



Salida: 08 de Agosto
Aéreos en Lan Chile
Incluye Traslados
Asistencia al viajero
2 Noches en Decameron Cartagena
3 Noches Decameron Barú Beach Resort
Regimen All Inclusive

ANTICIPO

\$ 6390⁰⁰



6 PAGOS DE

\$ 2932⁰⁰

Las tarifas son por persona en base doble. Sujeto a disponibilidad y cambio.

Consulte por otros destinos y Planes de financiación - www.amffa.com.ar - e-mail: turismo@amffamutual.com.ar

Reempadronamiento de afiliados



El PAMI ha dispuesto para los afiliados beneficiarios del convenio PAMI PAÑALES un reempadronamiento para seguir recibiendo la provisión mensual.

Por tal motivo es que solicitamos a las farmacias prestadoras que informen este requerimiento de PAMI para continuar con este beneficio. Los pacientes deberán concurrir personalmente, o a través de su apoderado, a la UGL Delegación PAMI correspondiente a realizar el trámite de reempadronamiento **antes del 30 de abril**, ya que todo

aquel afiliado que no realice el trámite, a partir del 1º de mayo perderá el beneficio al ser dado de baja de la base del sistema.

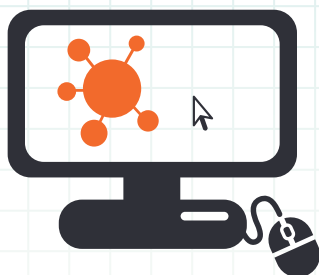
Es importante informar que el reempadronamiento de los beneficiarios debe ser tramitado por el afiliado o apoderado de manera personal, no puede ser realizado por vía telefónica. 📞



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

CURSOS

EFC - Educación Farmacéutica Continua



La **COFA** pone a tu disposición una plataforma de **cursos online** para acceder desde donde estés **las 24 hs. los 365 días del año**.

+capacitación +servicios = **mejor salud, mejor Farmacia.**



cursos@cofa.org.ar

www.cofa.org.ar



Para poder superar
las metas Ud. requiere

SINLIP®

ROSUVASTATINA 5 - 10 - 20 mg

Potencia Hipolipemiente

- La estatina más potente ¹
- Mayor número de pacientes logran alcanzar las metas de LDL-C < 100 mg/dl ²
- Logra un aumento del 14.7% del HDL-C ³
- Reduce en un 44% la incidencia del primer evento cardiovascular mayor ⁴
- Reduce en un 48% el riesgo relativo de accidente cerebrovascular ⁴



PRESENTACIONES:

Sinlip® 5, 10 y 20 mg: Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos.
Sinlip® 40 mg: Envases con 30 comprimidos recubiertos.



1: Adaptado de Insull W Jr, Ghali JK y col; Achieving low-density lipoprotein cholesterol goals in high-risk patients in managed care: comparison of rosuvastatin, atorvastatin, and simvastatin in the SOLAR trial; Mayo Clin Proc 2007 May;82(5):543-50. 2. Eftimiadis A. Rosuvastatin and cardiovascular disease: did the strongest statin hold the initial promises? Angiology 2008 Apr-May; 59(2 Suppl):625-45. 3. Nissen SE y col. Effect of a very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis. The ASTEROID Trial. JAMA 2006; 295 (13): 1556-65. 4. Ridker PM y col. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Eng J Med 2008, Nov 20: 359(21):2195-207.

XX Juegos Deportivos Farmacéuticos

Por los Dres. Carlos Usandivaras
y Diego Miranda
Delegados Deportivos Nacionales

En la ciudad de Córdoba se desarrollará, desde el 21 hasta el 23 de marzo, la XX edición de los Juegos Deportivos Farmacéuticos. Este año se denominarán Fernando Chiaparrotti, recordando al querido dirigente bonaerense.

Las sedes del evento serán el Estadio Mario Alberto Kempes (donde se realizarán las acreditaciones), el Instituto Profesorado de Educación Física; las canchas de tenis y paddle de Les Court, los partidos de bochas se realizarán en el Círculo de Oficiales de la Policía de la Provincia. En el Embalse Los Molinos se desarrollará el torneo de pesca y el de golf tendrá lugar en el Country Las Delicias.

Los farmacéuticos podrán competir en las diversas categorías de ajedrez, atletismo, lanzamiento de bala, salto en largo, maratón 2500 mts, maratón 5000 mts., básquet, bochas, canasta, fútbol femenino y masculino, golf, natación, paddle, pesca, tenis, tenis de mesa, truco, vóley y ciclismo.

Este año se decidió que el campeonato de truco y canasta tendrá lugar el domingo a partir de las 20.30 hs. con un lunch para fomentar la participación de todos los asistentes a los Juegos. En

Medigames

Como todos los años, durante la Cena de Clausura de los Juegos Deportivos Farmacéuticos se sorteará entre los ganadores de medallas de oro la participación en los Medigames, cuya edición 2015 se desarrollará del 18 al 25 de julio en Limerick, Irlanda.

Ubicada al oeste de la isla, Limerick es la tercera ciudad del país. Su origen data de la colonización de los vikingos en el año 812. Los normandos rediseñaron la ciudad en el siglo XII, construyéndolos edificios hoy históricos, como el Castillo de San Juan (St. John's Castle) y la Catedral de Santa María.

Esta ciudad a orillas del río Shannon será sede de la 36ª edición de este encuentro internacional que convoca a 2000 participantes de 40 países que compiten en 21 disciplinas: atletismo, fútbol, maratón, badminton, cross country, baloncesto, grass vóley, ciclismo, esgrima, natación, golf, fuerza atlética, squash, judo, tenis, tenis de mesa, tiro al plato, triatlón, balonvolea, tag rugby, bicicleta de montaña.



el encuentro también va a haber música, concurso de karaoke y chistes.

El Palacio de la Música (ex Vieja Usina), será la sede de las cenas de Bienvenida y Clausura que se realizarán con shows en vivo. Paralelamente a los Juegos, se organizarán diversos circuitos turísticos por la provincia para los participantes y sus acompañantes.

Los Colegios tienen a disposición toda la información sobre el evento, así como las fichas de inscripción y las actividades alternativas. También pueden informarse sobre la organización a través de: www.facebook.com/jdfarmacuticos

Los esperamos, como en cada edición de los Juegos, para compartir y disfrutar de tres días de camaradería, diversión y competencia deportiva. 🇨🇵



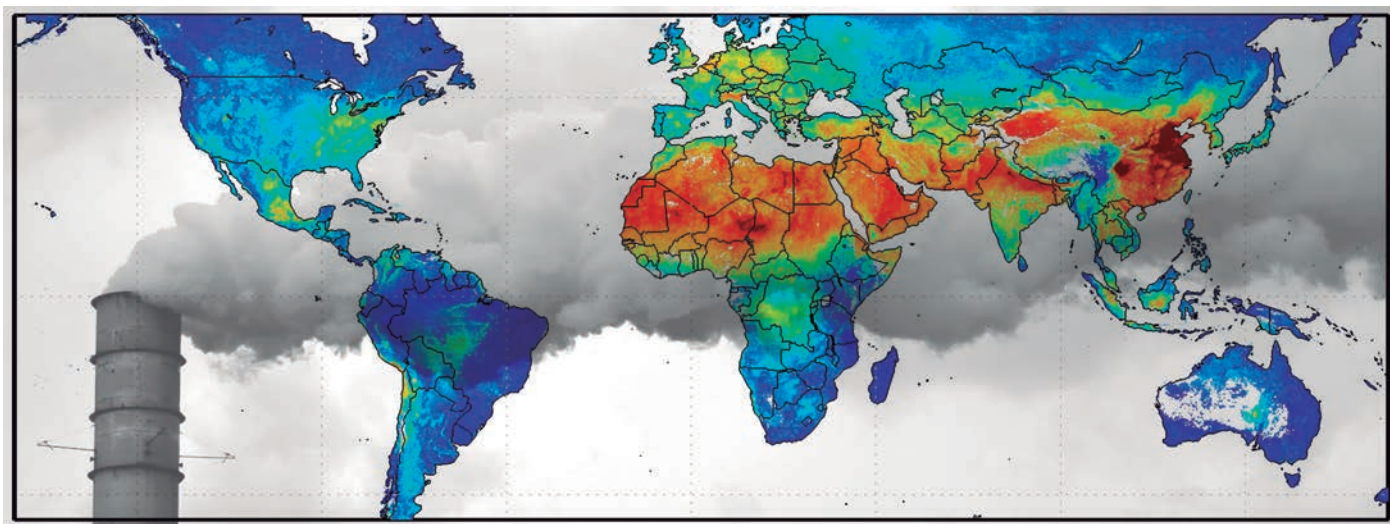
Para comentar esta nota o dejar sus sugerencias
puede comunicarse con nosotros a: prensa@cofa.org.ar
o a través de Facebook: www.facebook.com/cofaorgar



Cuidamos y Curamos

En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.

Desde seres humanos hasta mascotas, desde niños hasta adultos, en Novartis nos enorgullecemos por ser la fuerza innovadora que brinda esperanza y optimismo a nuestro mundo. Nadie puede predecir qué deparará el futuro para cada individuo, pero hoy millones de personas tienen la posibilidad de desarrollar una vida más saludable y feliz gracias a nuestra ayuda.



La Meteorología de la contaminación del aire



Por las Farm. Isabel Martínez
y María del Carmen López de Souza

La meteorología es la ciencia de la atmósfera y la meteorología de la contaminación del aire es el estudio de cómo estos procesos atmosféricos afectan el destino de los contaminantes del aire.

La atmósfera rodea la tierra y gira con ella. Está compuesta mayoritariamente por Nitrógeno (78%) y Oxígeno (21%). Contiene poco vapor de agua, pero éste absorbe seis veces más radiación que cualquier otro componente, por lo que es muy importante. Está compuesta de cuatro capas (tropósfera, estratósfera, mesósfera y termósfera).

Casi toda la contaminación del aire en exteriores se emite en la tropósfera, que es la capa que se encuentra pegada a la superficie de la tierra. El transporte de la contaminación del aire está determinado por la velocidad y la dirección de los vientos, la radiación solar, la humedad y otros componentes que tienen relación con la transformación de los contaminantes. Su remoción depende también de otros factores climáticos como la lluvia, la nieve y la niebla.

Dado que en la atmósfera se liberan los contaminantes, su

transporte y la dispersión depende principalmente de los parámetros meteorológicos.

La meteorología se usa para predecir el impacto ambiental de una nueva fuente de contaminación del aire y determinar el efecto de las modificaciones de las fuentes existentes en la calidad del aire.

Como ejemplo podemos mencionar el caso de la localidad de Donora, Pensilvania, EE.UU., que sufrió un episodio catastrófico de contaminación. Se encuentra ubicada en un valle, rodeada de colinas. Posee una fábrica de acero, fundiciones de Zinc y plantas de ácido sulfúrico. En 1948 las condiciones meteorológicas durante cinco días fueron de alta presión y fuerte inversión de temperatura produjeron vientos ligeros y nieblas densas. El aire no se movió ni horizontal ni verticalmente y permaneció sobre el pueblo. Las fábricas siguieron operando y liberando sustancias contaminantes. Murieron 22 personas a causa de ese fenómeno y mucha gente se enfermó.

Cuando el patrón climático cambió, las altas concentraciones de contaminantes disminuyeron, los vientos se elevaron y empezó a llover.

Esto nos sirve para comprender cómo las condiciones de la atmósfera influyen sobre los contaminantes que son vertidos en ella. Y cómo es un medio totalmente dinámico. Cuando se analizan deben tenerse muy en cuenta las posibles variaciones para prevenir los desastres que afectan a la comunidad, perjudicando y a veces mucho la calidad del aire con que vivimos.

Por otro lado, es necesario comprender que la energía consumida en casi todos los procesos atmosféricos proviene del sol. La cantidad de radiación solar recibida en una hora y un lugar específico del sistema tierra-atmósfera se llama insolación y está determinada por cuatro factores:

- La constante solar
- La transparencia de la atmósfera

- La duración del día
 - El ángulo con que los rayos solares caen sobre la tierra
- Todos los cuerpos, no sólo el sol, irradian energía en longitudes de onda a lo largo del espectro magnético; los más cálidos longitudes de onda más cortas y los más fríos más largas. La tierra se calienta cuando absorbe energía y se enfría cuando la irradia. Absorbe e irradia al mismo tiempo. Se calentará si absorbe más que la que irradia y se enfriará si el balance es inverso.

La atmosfera absorbe mucha más radiación terrestre que solar, también irradia energía al espacio exterior y la devuelve a la superficie terrestre.

El resultado del proceso de intercambio de energía que hace que la superficie terrestre se caliente más que lo que se calentaría si la atmosfera no volviera a irradiar energía a la tierra es lo que se conoce como "efecto invernadero".

Gases como el dióxido de carbono y el metano, y otros de comportamiento similar, aumentan la capacidad de la atmosfera para absorber radiación. Son los llamados gases del efecto invernadero, que están calentando la tierra y la atmosfera más rápido de lo normal provocando lo que se conoce como calentamiento global.

Actualmente se están realizando estudios para determinar si las

emisiones provocadas por el hombre son significativas para el calentamiento global.



Efectos sobre la salud

Más allá de los conocidos efectos de la polución en las vías respiratorias, en alergias y en cáncer, entre otras patologías, una investigación, realizada por científicos de Estados Unidos, México y Canadá y publicada en febrero de este año determinó que la contaminación atmosférica típica de las grandes ciudades puede perjudicar a la memoria de corto plazo, al coeficiente intelectual y a tasas metabólicas cerebrales.

El hallazgo del equipo de la Dra. Lilian Calderón-Garcidueñas, de la Universidad de Montana en la ciudad estadounidense de Missoula, revela que las personas que están expuestas desde su niñez y durante buena parte de su vida a concentraciones de sustancias contaminantes del aire, que superan los niveles máximos considerados aceptables por la normativa internacional, tienen un riesgo mayor de inflamación del cerebro y de cambios neurodegenerativos, incluyendo la enfermedad de Alzheimer y la de Parkinson. 



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



UNIVERSIDAD
ISALUD

**EDUCACIÓN PARA
LA TRANSFORMACIÓN**

ISALUD es Centro colaborador
OMS en Políticas Farmacéuticas

INSCRIPCIONES 2015

MAESTRÍA EN FARMACOPOLÍTICAS

Dirección: Mg. Sonia Tarragona | Duración: 2 años

Res. N°584/09 ME. Aprobada por CONEAU

Otorga crédito farmacéutico

Más de 17 mil personas eligieron en 2013 a la Universidad ISALUD para capacitarse

Venezuela 931 / 847 / 758 - Ciudad de Buenos Aires

 www.isalud.edu.ar/facebook -  Twitter @UISALUD

5239.4000

www.isalud.edu.ar

posgrados@isalud.edu.ar

Guía para el manejo farmacológico de la obesidad

La Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos publicó en la revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo (JCEM) en enero de 2015 una guía de práctica clínica para el manejo farmacológico de la obesidad.

La guía fue desarrollada por un grupo de expertos de la Sociedad de Endocrinología con el apoyo de la Sociedad Europea de Endocrinología y la Obesity Society, utilizando un sistema de clasificación de recomendaciones, asesoramiento, desarrollo y evaluación (GRADE) para describir la solidez de las recomendaciones y la calidad de la evidencia. Del trabajo surgieron las recomendaciones que resumimos a continuación:

Cuidado de los pacientes con sobrepeso u obesos

- La dieta, ejercicio y la modificación de hábitos deben incluirse en todos los acercamientos al manejo de la obesidad para un IMC ≥ 25 kg/m² y otras herramientas como la farmacoterapia (IMC ≥ 27 kg/m² con comorbilidad o IMC mayor a 30 kg/m²) y cirugía bariátrica (IMC ≥ 35 kg/m² con comorbilidad o IMC mayor a 40 kg/m²) pueden ser utilizados como complementos a la modificación de los hábitos para reducir el consumo de alimentos y aumentar la actividad física cuando sea posible. Los medicamentos pueden ampliar la adherencia al cambio de hábitos y pueden mejorar el funcionamiento físico, como por ejemplo hacer más fácil el aumento de la actividad física en aquellos que no pueden ejercitarse inicialmente.

Pacientes que tienen una historia de no haber podido perder y mantener el peso y quienes están indicados en el prospecto de los medicamentos son candidatos a su utilización de para perder peso. ⁽¹⁾ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

- Para promover el mantenimiento del peso a largo plazo, se sugiere la utilización de medicaciones para perder peso (sobre ninguna terapia farmacológica) para mejorar comorbilidades y amplificar la adherencia al cambio de hábitos, que pueden mejorar el funcionamiento físico y permitir una mayor actividad física en individuos con IMC ≥ 30 kg/m² o en individuos con IMC ≥ 27 kg/m², y al menos una comorbilidad asociada como hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2 y apnea del sueño obstructiva. ⁽²⁾ ⊗ ⊗ ○ ○

- En pacientes con hipertensión no controlada o con una historia de enfermedad cardiovascular, no se recomienda el uso de los agentes simpaticomiméticos como dietilpropion. ⁽¹⁾ ⊗ ⊗ ⊗ ○

- Se sugiere el control de eficacia y seguridad al menos mensual durante los primeros 3 meses. Luego, al menos cada 3 meses en todos los pacientes a los que se les prescribe medicación para perder peso. ⁽²⁾ ⊗ ⊗ ○ ○

- Si la respuesta a la medicación para



DONEPECILO

El donepecilo es un inhibidor específico y reversible de la acetilcolinesterasa (nootropo), que es una enzima predominante en el cerebro y que actúa mejorando de este modo la transmisión colinérgica. Este fármaco inhibe esta enzima con una potencia más de 1000 veces superior a la de la inhibición de la butirilcolinesterasa, que es otra enzima que se encuentra presente en su mayoría fuera del sistema nervioso central.

El donepecilo está indicado en el tratamiento de la demencia de tipo Alzheimer leve a moderada, así como en enfermedad de Alzheimer severa. Si bien los inhibidores de la colinesterasa no han demostrado, al día de hoy, modificar el curso de la enfermedad subyacente; el aumento de los niveles de acetilcolina produce una mejoría de los síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos. Este medicamento se presenta en comprimidos, comprimidos recubiertos y comprimidos de desintegración oral



Dosis y Administración:

Dosis inicial: 5 mg diarios en una única toma.

El donepecilo se debe administrar por la noche antes de acostarse y puede ingerirse con o sin alimentos. Se debe tomar con un poco de agua y no con bebidas alcohólicas.

Esta dosis de 5 mg se debe mantener durante un período de por lo menos un mes, a los fines de alcanzar los primeros indicios de respuesta clínica al tratamiento que se está evaluando.

Dosis de mantenimiento: Después del mes de adaptación, se puede aumentar la dosis a 10 mg por día, en una única toma.

No hay evidencias de la aparición de efecto rebote ante una interrupción brusca del tratamiento.

Situaciones posológicas especiales:

Pacientes ancianos: se sigue el mismo esquema posológico que en adultos jóvenes.

Pacientes con enfermedad hepática/ renal: como el clearance de donepecilo no está afectado por la insuficiencia renal, no es necesaria una adaptación de la dosis en pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia hepática leve a moderada.

Sin embargo, un eventual aumento de la dosis de donepecilo a 10 mg en los pacientes con cirrosis hepática estable requiere un control particular. Pero no se recomienda el uso de donepecilo en pacientes con cirrosis hepática descompensada.

Reacciones adversas:

Reacciones adversas que conducen a la discontinuación del medicamento: Se ha observado que los porcentajes de discontinuación por reacciones adversas en estudios clínicos controlados con 5 mg diarios de donepecilo eran comparables en alrededor del 5% con los observados en los grupos tratados con placebo. Este porcentaje de discontinuación fue del 13% en los pacientes que recibieron 7 días de tratamiento con 5 mg diarios para continuar luego con 10 mg diarios.

Las reacciones adversas que más frecuentemente condujeron a la discontinuación del tratamiento fueron: náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, insomnio, calambres y fatiga.

Reacciones adversas registradas en los estudios clínicos controlados: Las reacciones adversas mencionadas reflejan la experiencia obtenida en estudios clínicos estrictamente controlados en un grupo de pacientes especialmente seleccionados. Sin embargo, estos índices de frecuencia no corresponden a los registrados en la clínica médica o en otros estudios clínicos, ya que las condiciones de uso, la conducta registrada y el tipo de pacientes tratados pueden diferir.

Los signos y síntomas emergentes del tratamiento con donepecilo y registrados en por lo menos el 2% de los pacientes que recibieron este fármaco en estudios clínicos controlados contra placebo, y cuyo índice de frecuencia fue superior al de los pacientes asignados a los grupos con placebo, fueron:

Generales: frecuentes: cefalea, dolor de localización diversa, astenia, influenza, odontalgia. **Infrecuentes:** fiebre, edema facial, abscesos, escalofríos, embotamiento, disminución de la atención.

Sistema cardiovascular: frecuentes: hipertensión, vasodilatación, fibrilación auricular, sofocos, hipotensión. **Infrecuentes:** angina de pecho, hipotensión postural, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, bradicardia, trombosis de las venas profundas.

Sistema digestivo: frecuentes: incontinencia, sangrado gastrointestinal, inflamación, epigastralgia, náuseas, diarrea, vómitos, anorexia. **Infrecuentes:** gingivitis, flatulencia, gastritis, colon irritable, diverticulitis, boca seca, malestar epigástrico, úlcera gástrica o duodenal.

Sistema hemático y linfático: frecuentes: equimosis. **Infrecuentes:** anemia, trombocitopenia, eosinofilia, eritrocitopenia.

Sistema endócrino: Infrecuentes: diabetes mellitus, bocio.

Metabolismo y nutrición: frecuentes: deshidratación. **Infrecuentes:** gota, hipokalemia, hiperglucemia, aumento de peso, aumento de CPK (creatininfosfoquinasa), aumento de la LDH (lactato deshidrogenasa).

Sistema músculo-esquelético: frecuentes: calambres musculares, fracturas óseas. **Infrecuentes:** debilidad muscular.

Sistema nervioso: frecuentes: ideas delirantes, insomnio, mareos, depresión, sueños anormales, somnolencia, temblores, vértigos, melancolía, tendencia a la agresión y otros.

Sistema respiratorio: frecuentes: disnea, dolor de garganta, bronquitis. **Infrecuentes:** alteración en la secreción nasal, neumonía, congestión pulmonar, sibilancias, hipoxia, faringitis, pleuresia, colapso pulmonar y otros.

Sistema urogenital: frecuentes: incontinencia urinaria, nicturia. **Infrecuentes:** disuria, hematuria, cistitis, enuresis, insuficiencia renal, vaginitis, obstrucción urinaria y otros.

En términos generales las reacciones adversas se produjeron con mayor frecuencia en las mujeres y a medida que avanzaba la edad de los pacientes.

Precauciones y advertencias:

Se debe evitar la toma de donepecilo con otros inhibidores de la acetilcolinesterasa y/o con otros agonistas o antagonistas del sistema colinérgico. Informar al médico y al farmacéutico si es alérgico al donepecilo o a otros medicamentos.

Se advierte que en caso de una intervención quirúrgica con anestesia general, se deberá informar al médico que está tomando donepecilo. Esto se debe a que este fármaco afecta a la cantidad de anestésico que se precise.

Debido a sus acciones colinomiméticas, el donepecilo debe ser prescripto con cautela en aquellos pacientes con antecedentes de asma o de una enfermedad pulmonar obstructiva.

Teniendo en cuenta que los inhibidores de las colinesterasa pueden producir efectos vagotónicos sobre la frecuencia cardíaca, como por ejemplo bradicardia; se requiere un contralor en el uso de donepecilo en los pacientes que posean enfermedad del nódulo sinusal u otra afecciones de la conducción cardíaca supraventricular.

No administrar donepecilo si los pacientes padecen una enfermedad hepática grave.

No se recomienda el uso de donepecilo en mujeres embarazadas.

Se aconseja suspender la lactancia en aquellas mujeres tratadas con donepecilo, ya que se desconoce si este fármaco pasa a la leche materna.

No se debe administrar donepecilo a pacientes pediátricos.

Se advierte que el donepecilo debe ser administrado con precaución en los pacientes geriátricos, debido a que estos pacientes son más propensos a la obstrucción urinaria a causa de la patología prostática.

Dado que el donepecilo puede alterar la capacidad de reacción, el médico tratante debe evaluar rutinariamente la capacidad de los pacientes bajo tratamiento con este fármaco de poder manejar vehículos o manipular máquinas complejas.

Interacciones:

Antes de tomar donepecilo el paciente debe informar a su médico o farmacéutico qué medicamentos está tomando, ya que estos pueden interactuar entre sí.

Se debe tener en cuenta que el ketoconazol y la quinidina pueden inhibir el metabolismo del donepecilo.

Otros fármacos como la fenitoína, la carbamazepina, la dexametasona, la rifampicina y el fenobarbital podrían aumentar el índice de eliminación del donepecilo.

Cuando el donepecilo, que es un inhibidor de la colinesterasa, se administra concomitantemente con la succinilcolina o con agentes bloqueadores neuromusculares similares o con agonistas colinérgicos como el betanecol, se puede obtener un efecto sinérgico.

Debido a su mecanismo de acción, el uso del donepecilo puede interferir con la actividad de los medicamentos anticolinérgicos.

Se advierte que la administración concomitante de digoxina o cimetidina no afecta el metabolismo del donepecilo.

Contraindicaciones:

El donepecilo está contraindicado en aquellos pacientes con hipersensibilidad a la droga y/o a otro componente de la formulación.

Tampoco debe ser administrado en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los derivados de la piperidina.

No debe administrarse donepecilo en el embarazo y en la lactancia, ni en menores de 18 años.

Sobredosificación:

Las sobredosis con donepecilo pueden causar crisis colinérgicas, que se caracterizan por náuseas intensas, vómitos, salivación, sudoración, bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria, colapso y convulsiones. También se puede observar debilidad muscular con un eventual compromiso de los músculos respiratorios e insuficiencia ventilatoria aguda potencialmente fatal.

Los anticolinérgicos terciarios como la atropina, se pueden usar como antídoto para la sobredosis con donepecilo. De todos modos ante una sobredosis se aconseja concurrir al centro asistencial más cercano.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
AUROBRAL	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	AstraZeneca
CEBROCAL	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Temis-Lostaló
CRIALIX	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Investi
CRISTALEAR	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Beta
DONEPECILO RICHET	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Richet
DONEPES DOR 10	<i>Donepecilo</i>	<i>Comp. Desinteg. Oral</i>	Richmond
DONEPES DOR 5	<i>Donepecilo</i>	<i>Comp. Desinteg. Oral</i>	Richmond
DONEPES	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Richmond
DONPEX 10	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Schafer
DONPEX 5	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Schafer
ENDOCLAR	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Baliarda
LIRPAN	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Casasco
OLDINOT	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Elea
ONEFIN	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Raymos
VALPEX	<i>Donepecilo</i>	<i>Comprimidos</i>	Ivax Arg.

MOXIFLOXACINA

La moxifloxacin es una 8 metoxifluoroquinolona de amplio espectro y acción bactericida, que pertenece a la familia de las quinolonas. Está indicada en el tratamiento de distintas infecciones debido a cepas sensibles de ciertos microorganismos.

Este fármaco posee actividad in vitro frente a una amplia gama de microorganismos gram-positivos, anaerobios, bacterias resistentes a ácidos y atípicos como las especies *Mycoplasma*, *Chlamydia* y *Legionella*. También se ha demostrado su actividad in vitro y en infecciones clínicas frente a la mayoría de las cepas de los siguientes microorganismos: Microorganismos gram-positivos:

Staphylococcus aureus (incluidas las cepas sensibles a metilina); *Streptococcus pneumoniae* (incluidas las cepas resistentes a penicilina y macrólidos);

Streptococcus pyogenes (grupo A). Microorganismos gram-negativos: *Haemophilus influenzae* (incluidas las cepas sensibles a las beta-lactamasas negativas y positivas);

Haemophilus parainfluenzae; *Klebsiella pneumoniae*; *Moraxella catarrhalis* (incluidas las cepas sensibles a las beta-lactamasas negativas y positivas); *Escherichia coli*; *Enterobacter cloacae*. Atípicas: *Chlamydia pneumoniae*; *Mycoplasma pneumoniae*.

A diferencia de otras quinolonas, la acción bactericida de moxifloxacin resulta de su interferencia con las topoisomerasas bacterianas II y IV, siendo estas últimas las enzimas esenciales que controlan la topología del ADN bacteriano y ayudan a la replicación, reparación y transcripción del mismo.

La moxifloxacin exhibe su acción bactericida dependiente de concentración, teniendo en cuenta que las concentraciones bactericidas mínimas son generalmente similares a las concentraciones inhibitorias mínimas.

Además se puede señalar que los mecanismos de resistencia que inactivan las penicilinas, las cefalosporinas, los aminoglucósidos; los macrólidos y las tetraciclinas no interfieren con la actividad antibacteriana de la moxifloxacin, porque no hay resistencia cruzada entre la moxifloxacin y los otros agentes.

En cambio, se observa resistencia cruzada entre las quinolonas. Sin embargo algunos microorganismos gram-positivos y anaerobios resistentes a otras quinolonas son susceptibles a la moxifloxacin.

Este fármaco se lo indica también en las infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores como sinusitis aguda, exacerbaciones agudas de bronquitis crónicas y/o en la neumopatía de la comunidad.

La moxifloxacin también se la emplea en oftalmología y está indicada para el tratamiento de la conjuntivitis bacteriana.

Este medicamento se presenta en comprimidos recubiertos, solución inyectable y solución oftálmica al 5%.



Dosis y Administración:

Comprimidos:

La dosis de moxifloxacin recomendada es de 1 comprimido (400 mg) una vez al día para todas las indicaciones.

Los comprimidos se deben tragar enteros con un vaso de agua y pueden tomarse independientemente de la ingesta de alimentos.

La duración del tratamiento será determinada por el médico tratante según la gravedad de la indicación o la respuesta clínica.

Dosis en adultos:

Exacerbación aguda de la bronquitis crónica: 5 días.

Neumonía adquirida en la comunidad: 10 días.

Sinusitis aguda: 7 días.

Dosis en pacientes geriátricos:

No se requieren ajustes de dosis en estos pacientes.

Dosis en pacientes con trastornos hepáticos:

No se requieren ajustes de dosis en los pacientes con trastornos leves de la función hepática.

Dosis en pacientes con trastornos renales:

No se requieren ajustes de dosis en estos pacientes con cualquier grado de alteración renal, incluso con un clearance de creatinina > 30 ml/min/1.73 m².

Dosis en niños:

No se aconseja el uso de moxifloxacin en niños y adolescentes en fase de crecimiento.

Solución oftálmica al 5%:

Dosis en adultos:

La dosis recomendada es de 1 gota 3 veces por día durante 7 días para el tratamiento de la conjuntivitis bacteriana.

Dosis en niños:

Su uso está aprobado en niños mayores de 1 año.

El oftalmólogo infantil indicará la dosis según la afección de que se trate en cada niño y a su edad.

Reacciones adversas:

Al igual que todos los medicamentos, los comprimidos de moxifloxacina pueden tener efectos adversos aunque no todos los pacientes los padezcan.

La mayoría de los efectos secundarios fueron descriptos como leves a moderados: náuseas, vómitos, dolor estomacal, diarrea, mareos y/o dolor de cabeza.

En el caso de la solución oftálmica no se reportaron reacciones adversas graves. Por lo general los efectos secundarios fueron leves.

Los eventos adversos observados con mayor frecuencia fueron: malestar transitorio como ardor/hormigueo con una incidencia reportada del 2.9%. Otros efectos adversos reportados incluyen dolor ocular, prurito ocular, hiperemia ocular y/o hemorragia subconjuntival del 0.5 al 1.0%.

Precauciones y advertencias:

No usar moxifloxacina en los pacientes hipersensibles a las quinolonas o a cualquiera de los demás componentes de la formulación farmacéutica.

Al igual que otros antiinfecciosos, el uso prolongado puede producir sobrecrecimiento de los microorganismos no sensibles, incluyendo hongos. En caso que ocurriese una sobreinfección, se debe suspender el tratamiento e iniciar otro alternativo.

Se debe evitar la administración de moxifloxacina en pacientes con antecedentes de prolongación del intervalo QT, en pacientes con hipokalemia o en pacientes que estén en tratamiento con medicamentos antiarrítmicos.

A veces, el tratamiento quinolónico se asocia a crisis epilépticas, de ahí que la moxifloxacina debe administrarse con cautela a los pacientes con trastornos del SNC, ya sea conocidos o sospechados.

No se recomienda el uso de moxifloxacina en pacientes con trastornos hepáticos graves, porque se carece de datos clínicos en esos casos.

Se advierte que durante el tratamiento con quinolonas, inclusive la moxifloxacina, se pueden producir inflamaciones y roturas de los tendones, especialmente en los pacientes geriátricos o tratados al mismo tiempo con corticoesteroides. Por lo tanto, al primer signo de dolor o inflamación, se debe interrumpir el tratamiento y poner en reposo las extremidades afectadas.

Si bien las quinolonas han causado reacciones de fotosensibilidad en algunos pacientes, no se ha observado fotosensibilidad alguna con la moxifloxacina. No obstante se debe indicar a los pacientes que eviten exposiciones prolongadas a la irradiación UV o a la luz solar.

Como los comprimidos de moxifloxacina no deben ser usados durante el embarazo ni si está amamantando, se debe tener precaución cuando se administra la solución oftálmica en estas situaciones y dependerá sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo.

Se debe tener en cuenta que la toma de moxifloxacina por vía oral puede provocar mareo o aturdimiento, por lo tanto se aconseja no conducir vehículos ni operar máquinas ni participar de actividades que requieran mucha concentración hasta que el paciente no sepa cómo le afecta la moxifloxacina.

Interacciones:

La administración concomitante de moxifloxacina con antiácidos, minerales y multivitamínicos puede alterar la absorción del antibiótico. Esto se debe a la formación de complejos quelados con los cationes multivalentes contenidos en estas preparaciones, que pueden producir concentraciones plasmáticas del fármaco, muy inferiores a las deseadas. Por lo tanto, los antiácidos, los fármacos antirretrovirales y otras preparaciones que contengan magnesio, aluminio y otros minerales como el hierro se deben administrar al menos 4 horas antes o 2 horas después de la toma de un comprimido de moxifloxacina.

Contraindicaciones:

Este antibiótico no debe ser administrado en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a la moxifloxacina, a otras quinolonas y/o a cualquiera de los componentes de la fórmula.

La administración de moxifloxacina en comprimidos está contraindicada en niños, adolescentes en fase de crecimiento, en mujeres embarazadas y durante la lactancia.

Sobredosificación:

En caso de una eventual sobredosificación se debe concurrir al hospital más cercano.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
AVELOX I.V.	Moxifloxacina	Sol. p/ Inf.	Bayer (PH)
AVELOX	Moxifloxacina	Comprimidos Recubiertos	Bayer (PH)
AVELOX	Moxifloxacina	Comprimidos Recubiertos	Bayer (PH)
MOFLAG	Moxifloxacina	Sol. Oft.	Atlas
VIGAMOX	Moxifloxacina	Sol. Oft.	Alcon

perder peso se considera efectiva (pérdida de peso $\geq 5\%$ a 3 meses) y segura, se recomienda la continuación de la terapia. Si se considera no efectiva (pérdida de peso $< 5\%$ a los 3 meses) o si hay problemas de seguridad o de tolerabilidad en cualquier momento, se recomienda la discontinuación de la medicación y medicación alternativa o derivación para que se considere un tratamiento alternativo. $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- Si la medicación para el manejo de la obesidad crónica se prescribe como terapia complementaria a una intervención integral a los hábitos de vida, se sugiere comenzar la terapia con una dosis en aumento basado en la eficacia y la tolerabilidad a la dosis recomendada y no superar la dosis más alta aprobada. $\otimes\otimes\otimes\otimes$

$\otimes\otimes\otimes\otimes$

- En pacientes con diabetes tipo 2 que tienen sobrepeso u obesidad, se sugiere el uso de medicación antidiabética que ayude a la pérdida de peso (como análogos del péptido GLP-1 o inhibidores de los transportadores de glucosa acoplados a sodio -2 (SGLT-2), sumados a los agentes de primera línea para la diabetes tipo 2 y obesidad, metformina. ⁽²⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- En pacientes con enfermedad cardiovascular que buscan tratamiento farmacológico para la pérdida de peso, se sugiere utilizar medicación que no sean simpaticomiméticos como lorcaserina y/u orlistat. ⁽²⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

Drogas que causan aumento de peso y algunas alternativas

- Se recomienda medicación para la pérdida de peso o neutral como agentes de primera y segunda línea en el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deberían discutir con los pacientes los posibles efectos en el peso que podrían tener los medicamentos para bajar los niveles de glucosa y considerar el uso de medicamentos antihiperglucémicos que no tengan efecto en el peso o que promuevan la pérdida de peso. ⁽¹⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- En pacientes obesos con diabetes tipo 2 que requieran insulina, se sugiere sumar al menos uno de los siguientes medicamentos: metformina, pramlintida o agonistas GLP-1 para mitigar el aumento de peso asociado a la insulina. La insulina de primera línea para este tipo de pacientes debería ser basal. Esto es preferible a la utilización de insulina sola o insulina con sulfonilureas. También se sugiere que la estrategia terapéutica con insulina sea considerada una elección preferencial de insulina basal por sobre insulinas premezcladas o una terapia combinada de insulina. ⁽²⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- Es recomendable la utilización de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARBs), y bloqueadores de los canales de calcio, antes que bloqueadores beta adrenérgicos como terapia de primera línea para la hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 que son obesos. ⁽¹⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- Cuando está indicada terapia antidepresiva, se recomienda un proceso de toma de decisión compartida que provea a los pacientes con estimaciones cuantitativas del efecto esperado de los antidepresivos en la variación de peso para tomar una decisión informada en la elección de la medicación. Otros factores que

deben ser tenidos en consideración incluyen la extensión del tratamiento. ⁽¹⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- Se recomienda la utilización de alternativas de antipsicóticos que no tengan efecto en el peso cuando estén clínicamente indicados, más que aquellos que causan aumento de peso, y un proceso de toma de decisión compartida que provea a los pacientes con estimaciones cuantitativas del efecto esperado en el peso de tratamientos alternativos para tomar una decisión informada al elegir la medicación. ⁽¹⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- Es recomendable tener en cuenta el potencial aumento de peso en la elección de drogas antiepilépticas (AED) para cualquier paciente, y un proceso de toma de decisión compartida que provea a los pacientes de estimaciones cuantitativas del efecto esperado de los medicamentos en el peso para tomar una decisión informada al elegir la medicación. ⁽¹⁾ $\otimes\otimes\otimes\otimes$

- En mujeres con un IMC > 27 kg/m² con comorbilidades o IMC > 30 kg/m² buscando anticoncepción, se sugieren anticonceptivos

Causas de Obesidad

Causas primarias

Genéticas

Enfermedades monogénicas

Mutación del receptor de la melanocortina tipo 4

Deficiencia de leptina

Deficiencia de POMC

Síndromes

Prader-Willi

Bardet-Biedl

Cohen

Alström

Froehlich

Causas secundarias

Neurológicas

Lesión cerebral

Tumor cerebral

Consecuencias de irradiación craneal

Obesidad hipotalámica

Endócrinas

Hipotiroidismo (a)

Síndrome de Cushing

Deficiencia de GH

Pseudohipoparatiroidismo

Psicológicas

Depresión (b)

Desórdenes alimentarios

Provocados por medicamentos

Antidepresivos tricíclicos

Anticonceptivos orales

Antipsicóticos

Anticonvulsivantes

Glucocorticoides

Sulfonilureas

Glitazonas

Betabloqueantes

a) Existe una controversia entre si el hipotiroidismo causa obesidad o la exagera.

b) Depresión asociada a la ingesta excesiva o atracones.



Ventajas y desventajas asociadas a los medicamentos para la pérdida de peso

Medicamento	Ventajas	Desventajas
Lorcaserina	perfil de efectos secundarios Datos a largo plazo (b)	alto costo del tratamiento
Orlistat, prescripción	no sistémico Datos a largo plazo (a)	menor pérdida de peso (a) Perfil de efectos secundarios
Orlistat, sin prescripción	Bajo costo Perfil de efectos secundarios	menor pérdida de peso (a)
Natrexona/bupropion	Mayor pérdida de peso (a) Adicción a la comida Datos a largo plazo (b)	Perfil de efectos secundarios costo intermedio de tratamiento
Liraglutida	Perfil de efectos secundarios Datos a largo plazo (b)	alto costo del tratamiento Inyectable

- a) Menor pérdida de peso=2-3%; mayor pérdida de peso=>3-5%; importante pérdida de peso =>5%.
- b) Largo plazo es 1-2 años.

orales sobre la medicación inyectable por la posibilidad de aumento de peso con los inyectables y la provisión de información a las mujeres sobre los riesgos y beneficios, por ejemplo, los anticonceptivos orales no están contraindicados.⁽²⁾ ☒○○○

- Se sugiere el monitoreo del peso y la circunferencia de cintura en pacientes con terapia antirretroviral por el aumento inevitable del peso, la redistribución del peso y el riesgo cardiovascular asociado.⁽²⁾ ☒☒☒○

- Se sugiere el uso de antiinflamatorios no esteroides y antirreumáticos modificadores de la enfermedad cuando sea posible en pacientes con enfermedad inflamatoria crónica como artritis reumatoidea, porque generalmente los corticosteroides producen aumento de peso.⁽²⁾ ☒☒☒○

- Se sugiere el uso de antihistamínicos con menor actividad en el sistema nervioso central, es decir, menor sedación, para limitar el aumento de peso.⁽²⁾ ☒☒○○

(Las cruces indican la calidad de la evidencia: (☒○○○) Una cruz denota muy baja calidad de evidencia; (☒☒○○) dos cruces, baja calidad; (☒☒☒○) tres, moderada calidad y (☒☒☒☒) cuatro cruces alta calidad de evidencia disponible.)

Uso off-label de drogas aprobadas para otras indicaciones para el manejo de la obesidad crónica

No se recomienda el uso off-label de medicaciones aprobadas para otras patologías con el único propósito de perder peso.

Los desafíos de la pérdida de peso

Si se lograra bajar de peso en forma permanente solo con un cambio en los hábitos alimentarios y un aumento en el gasto de

energía, no sería necesario utilizar medicamentos. La pérdida de peso es difícil para la mayoría de los pacientes, y el deseo de los pacientes de restringir la ingesta de alimentos es contrarrestada por respuestas biológicas adaptadas a la pérdida de peso⁽⁹⁻¹²⁾. La disminución en el gasto de energía (sin proporción con la reducción de la masa corporal) y el aumento en el apetito que se observa luego de la pérdida de peso, está asociado a cambios en los niveles hormonales⁽¹²⁻¹⁴⁾. Algunos de estos cambios representan respuestas adaptativas a la pérdida de peso y resultan en alteraciones fisiológicas que promueven la recuperación del peso. Otros cambios reflejan mejoras en sistemas hormonales disfuncionales que ocurren cuando un paciente pasa de ser obeso a estar cerca de un peso saludable. Clínicamente el individuo debe reducir la ingesta de energía o aumentar el gasto de energía para mantener la pérdida de peso.

Mecanismos de acción de los agentes farmacológicos

A excepción de Orlistat, los medicamentos indicados para la obesidad apuntan a los mecanismos del apetito. Las medicaciones disponibles trabajan a nivel del núcleo arqueado del hipotálamo para estimular las neuronas POMC (Pro-opiomelanocortina), que promueven la saciedad. Algunos de los medicamentos son serotoninérgicos, dopaminérgicos o inhibidores de los agentes de recaptación de la norepinefrina⁽²⁴⁾. La lorcaserina es un agente serotoninérgico que estimula específicamente el receptor de serotonina tipo 2c⁽²⁵⁾. En algunos países se utiliza fenterminacombinada contopiramato, que es un neuroestabilizador y anticonvulsivante⁽²⁶⁾. La fentermina está prohibida en la Argentina y, por otra parte, no está claro cómo el topiramato intensifica la supresión del apetito. El bupropion es un inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina⁽²⁷⁾, que estimula las neuronas POMC. En combinación con naltrexona, el bupro-



**DROGUERIA
DEL SUD**
SOCIEDAD ANONIMA

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

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

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



Comorbilidades en obesidad y mejoría con pérdida de peso

Comorbilidad	Mejoría después de la pérdida de peso	Referencia
Diabetes tipo 2	Si	Cohen, 2012 (132); Mingrone, 2012 (133) (a); Schauer, 2012 (134); Buchwald, 2009 (135)
Hipertensión	Si	Ilane-Parikka, 2008 (136); Phelan, 2007 (137); Zanella, 2006 (138)
Dislipidemia y síndrome metabólico	Si	Ilane-Parikka, 2008 (136); Phelan, 2007 (137); Zanella, 2006 (138)
Enfermedad cardiovascular	Si	Wannamethee, 2005 (139)
Hígado graso no alcohólico resultados variables		Andersen, 1991 (140); Huang, 2005 (141); Palmer, 1990 (142); Ueno, 1997 (143)
Osteoartritis	Si	Christensen, 2007 (144); Fransen, 2004 (145); Huang, 2000 (146); Messier, 2004 (147); van Gool, 2005 (148)
Cáncer	Si	Adams, 2009 (149); Sjöström, 2009 (150)
Depresión mayor	Evidencia insuficiente	
Apnea del sueño	Si	Kuna, 2013 (151)

(a) Este estudio muestra que el aumento de peso en la categoría de IMC (por ejemplo aumento de 23 a 25 kg/m²) aumenta 4 veces el riesgo de diabetes tipo 2.

pion mejora la eficacia debido a la liberación de la inhibición por retroalimentación de las neuronas POMC que la naltrexona potencia. Los agonistas GLP-1 también afectan las neuronas POMC y causan saciedad ⁽¹⁸⁾. El Orlistat bloquea la absorción de 25 a 30% de las calorías de grasa y no es apreciablemente absorbido sistémicamente ^(28,29). Otra clase de medicamentos está asociada con la pérdida de peso sin un efecto en el apetito. Esta clase son

los inhibidores de SGLT-2 para diabetes tipo 2, que promueven la pérdida de peso previniendo la reabsorción de glucosa tanto como agua en los túbulos renales ⁽³⁰⁾.

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

REFERENCIAS

- Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328:1490.
- Swiglo BA, Murad MH, Schünemann HJ, et al. A case for clarity, consistency and helpfulness: state of the art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development and evaluation system. *J. Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93:666-673.
- Rosenbaum M, Goldsmith R, Bloomfield D, et al. Low-dose leptin reverses skeletal muscle, autonomic, and neuroendocrine adaptations to maintenance of reduce weight. *J. Clin Invest.* 2005; 115: 3579-3586.
- Hinkle W, Cordell M, Leibel R, Rosenbaum M, Hirsch J. Effects of reduced weight maintenance and leptin repletion on functional connectivity of the hypothalamus in obese humans. *PLoS One* 2013;8:e59114.
- Goldsmith R, Joannisse DR, Gallagher D, et al. Effects of experimental weight perturbation on skeletal muscle work efficiency, fuel utilization, and biochemistry in human subjects. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2010; 298: R79-R88.
- Rosenbaum M, Hirsch J, Gallagher DA, Leibel RL. Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. *Am J Clin Nutr.* 2008;88:906-912.
- Pasman WJ, Saris WH, Muls E, Vansant G, Westerterp-Plantenga MS. Effect of exercise training on long-term weight maintenance in weight-reduced men. *Metabolism.* 1999;48 (1):15-21.
- Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J. Med.* 2011;365:1597-1604.
- Morton GJ, Cummings DE, Baskin DG, Barsh GS, Schwartz MW. Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature* 2006;443:289-295.
- Korner J, Leibel RL. To eat or not to eat – how the gut talks to the brain. *N Engl. J Med* 2003; 349:926-928.
- Kim GW, Lin JE, Blomain ES, Waldman SA. Antiobesity pharmacotherapy: new drugs and emerging targets. *Clin Pharmacol Ther.* 2014;95:53-66.
- Aronne LJ, Wadden TA, Peterson C, Winslow D, Odeh S, Gadde KM. Evaluation of phentermine and topiramate versus phentermine/topiramate extended-release in obese adults. *Obesity (Silver Spring).* 2013;21:2163-2171.
- Carroll FI, Blough BE, Mascarella SW, Navarro HA, Lukas RJ, Damaj MI. Bupropion and bupropion analogs as treatments for CNS disorders. *Adv Pharmacol.* 2014;69:177-216.
- Davidson MH, Hauptman J, Di Girolamo M, et al. Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: a randomized, controlled trial. *JAMA.* 1999;281:235-242.
- Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care.* 2004;27 (1):155-161.
- Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: the SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37:1443-1451.
- Cohen, RV, Pinheiro JC, Schiavon CA, Salles JE, Wajchenberg BL, Cummings DE. Effects of gastric bypass surgery in patients with type 2 diabetes and only mild obesity. *Diabetes Care.* 2012;35:1420-1428.
- Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl. J Med.* 2012;366:1577-1585.

134. Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med* 2012;366:1567-1576.
135. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2009. 122:248-256 e 5.
136. Ilane-Parikka P, Eriksson JG, Lindström J et. Al. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes Care* 2008;31:805-807.
137. Phelan S, Wadden TA, Berkowitz RI et al. Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Int J Obes (Lond)* 2007;31:1442-1448.
138. Zanella MT, Uehara MH, Ribeiro AB, Bertolami M, Falsetti AC, Yunes MA. Orlistat and cardiovascular risk profile in hypertensive patients with metabolic syndrome: the ARCOS study. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2006;50:368-376.
139. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Overweight and obesity and weight change in middle aged men: impact on cardiovascular disease and diabetes. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:134-139.
140. Andersen T, Gluud C, Franzmann MB, Christoffersen P. Hepatic Effects of dietary weight loss in morbidly obese subjects. *J. Hepatol.* 1991; 12:224-229.
141. Huang MA, Greenon JK, Chao C, et al. One year intense nutritional counseling in histological improvement in patients with non-alcoholic steatohepatitis: a pilot study. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1072-1081.
142. Palmer M, Schaffner F. Effect of weight reduction on hepatic abnormalities in overweight patients. *Gastroenterology* 1990;99 (5):1408-1413.
143. Ueno T, Sugawara H, Sujaku K, et al. Therapeutic effects of restricted diet and exercise in obese patients with fatty liver. *J Hepatol.* 1997;27:103-107.
144. Christensen R, Bertels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic

review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:433-439.

145. Fransen M. Dietary weight loss and exercise for obese adults with knee osteoarthritis: modest weight loss targets, mild exercise, modest effects. *Arthritis Rheum.* 2004;50:1366-1369.

146. Huang MH, Chen CH, Chen TW, Weng MC, Wang WT, Wang YL. The effects of weight reduction on the rehabilitation of patients with knee osteoarthritis and obesity. *Arthritis Care Res.* 2000;13:398-405.

147. Messier SP, Loeser RF, Miller GD et al. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. *Arthritis Reum.* 2004;50:1501-1510.

148. van Gool CH, Penninx BW, Kempen GI, et. Al. Effects of exercise adherence on physical function among overweight older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2005;53:24-32.

149. Adams TD, Stroup AM, Gress RE, et al. Cancer incidence and mortality after gastric bypass surgery. *Obesity.* 2009; 17:796-802.

150. Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. *Lancet Oncol.* 2009; 10: 653-662.

151. Kuna ST, Reboussin DM, Borradaile KE, et al. Long-term effects of weight loss on obstructive sleep apnea severity in obese patients with type 2 diabetes. *Sleep.* 2013;36:641-649 A.

152. van de Laar FA, Lucassen PL, Akkermans RP, et al. Alpha-glucosidase inhibitors for patients with type 2 diabetes: results from a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2005; 28 (1):154-163.

153. Lee A, Patrick P, Wishart J, Horowitz M, Morley JE. The effects of miglitol on glucagon-like peptide-1 secretion and appetite sensations in obese type 2 diabetics. *Diabetes Obes Metab.* 202;4(5):329-335.



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

Transmisión Instantanea por e-mail de Noticias Mundiales de Salud

Suscribase

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



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

Un descubrimiento que podría revolucionar la Medicina y una batalla legal

El laboratorio AstraZeneca lidera un proyecto conjunto que será el primero a gran escala en aplicar la nueva técnica de ingeniería genética más importante desde el principio de la era de la biotecnología en los '70: CRISPR.

Esta técnica permite la edición de genomas utilizando repeticiones de pares de bases denominadas CRISPR posibilitando alterar en forma precisa cualquier posición específica en el ADN de los 23 pares de cromosomas humanos sin introducir mutaciones no deseadas o fallas. Esta técnica podría revolucionar el tratamiento de una gran cantidad de enfermedades, desde cáncer hasta diabetes.

CRISPR es la sigla en inglés de Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats. La técnica funciona mediante el uso de una molécula de ARN guía que puede ser programada para que coincida con cualquier secuencia de ADN en el genoma humano. La molécula se une a una enzima que corta ambas cadenas de la doble hélice del ADN y luego el ADN copiado se inserta en la doble hélice del ADN defectuoso y lo elimina.

Esta tecnología tiene dos componentes: un dispositivo de seguimiento de una sección concreta del ADN (el ARN-guía) y 'tijeras' enzimáticas que cortan el ADN (la Cas9 nucleasa). En el núcleo de la célula, la secuencia ARN-guía ordena a la Cas9 nucleasa que rompa la doble hélice de la secuencia diana del ADN.

Además, al hacer uso del sistema de reparación del ADN de la propia célula, el gen diana se puede modificar eliminándolo, añadiéndole nucleótidos o activándolo o desactivándolo. 'CRISPR' es una técnica más sencilla que las anteriores conocidas de edición del genoma, como la de 'zinc-finger nucleasas' y la 'TALENs'. Las cuatro instituciones con las que AstraZeneca desarrolla este proyecto son el Instituto Wellcome Trust Sanger de Cambridge (Reino Unido), la Innovative Genomics Initiative de California, el Thermo Fisher Scientific de Waltham (Estados Unidos) y el Instituto Broad/Instituto Whitehead de Cambridge (Estados Unidos).

Los roles en el equipo de investigación

La función del Instituto Wellcome Trust Sanger de Cambridge (Reino Unido), será desarrollar una investigación para eliminar genes concretos relacionados con el cáncer, con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, autoinmunes e inflamatorias y con la medicina regenerativa para saber de forma precisa la función que desempeñan estos genes en estos trastornos.

En este caso, AstraZeneca proporcionará líneas celulares en las que pueda usarse todos los ARN-guías propiedad de CRISPR para todo el genoma del Instituto Sanger con el fin de generar poblaciones de células en las que se desactivarán genes concretos. Posteriormente se identificarán los genes con técnicas de secuenciación de nueva generación y se analizarán las poblaciones celulares para validar los

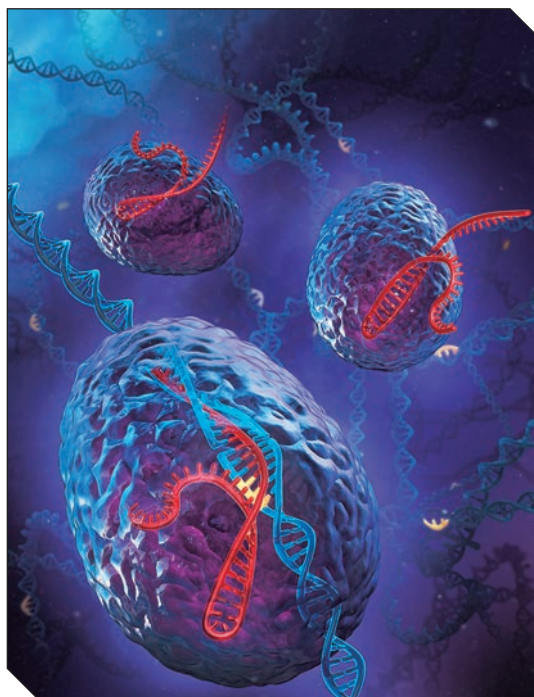
efectos de cada gen concreto sobre una amplia gama de características físicas y biológicas.

Por su parte, la Innovative Genomics Initiative de California se centrará en inhibir (CRISPRi) o activar (CRISPRa) genes para saber la función que desempeñan en la patología de enfermedades. El objetivo es identificar y validar genes diana relacionados con el cáncer, con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, autoinmunes e inflamatorias y con la medicina regenerativa con el fin de saber de forma precisa la función que desempeñan estos genes en estos trastornos.

Del Thermo Fisher Scientific de Waltham, AstraZeneca recibirá archivos de ARN-guías dirigidas específicamente a genes humanos y familias de genes conocidos concretos para probarlas en líneas celulares

a fin de identificar nuevas dianas terapéuticas y su aplicación.

El Instituto Broad/Instituto Whitehead de Cambridge evaluará una biblioteca CRISPR para todo el genoma en una serie de líneas celulares cancerosas con el fin de identificar nuevas dianas terapéuticas para el descubrimiento de fármacos anticancerosos.



La guerra de las patentes

Pero detrás de los acuerdos y el entusiasmo, se está librando una encarnizada batalla nada menos que por la patente de la técnica CRISPR.

Mientras a fines del año pasado en Silicon Valley, las biólogas Jennifer Doudna y Emmanuelle Charpentier recibían el Premio Breakthrough por desarrollar la técnica CRISPR-Cas9, Feng Zhang, investigador en el Instituto Broad del Instituto de Tecnología de Massachusetts y la Universidad de Harvard de Cambridge (hoy asociado a AstraZeneca) también festejaba, pero lo hacía por

haber obtenido la patente general en Estados Unidos sobre CRISPR-Cas9 que le da a él y a su centro de investigación control sobre casi todos los usos comerciales de la técnica.

¿Cómo puede ser que el premio lo hayan recibido Doudna y Charpentier y la patente Feng Zhang? Es el nudo de la batalla legal que estalló entre estos ex-socios por los derechos de este invento que promete ser revolucionario y fuente de ganancias millonarias.

El control de las patentes es clave para varias empresas que, en su conjunto recaudaron más de 80 millones de dólares para desarrollar la técnica CRISPR y aplicarla en terapias para enfermedades catastróficas. Entre ellas están Editas Medicine e Intellia Therapeutics, ambas de Cambridge. Las empresas esperan empezar con ensayos clínicos en apenas tres años.

Zhang cofundó Editas Medicine que compró la licencia para el uso de su patente al Instituto Broad (socio de AstraZeneca). Pero Editas no tiene el monopolio sobre CRISPR porque desde que salió la patente de Zhang, Doudna rompió relaciones con la empresa, y vendió

su propiedad intelectual -en forma de su propia patente pendiente de aprobación- a Intellia, una start-up de la competencia. A su vez, Charpentier vendió sus derechos de la misma solicitud de patente a CRISPR Therapeutics.

El origen

El nuevo sistema de edición de los genes se descubrió primero en las bacterias, organismos que lo usan como una forma de identificar y después descomponer el ADN de los virus invasores. Ese trabajo se prolongó durante una década. Y en junio de 2012, un equipo dirigido por Doudna y Charpentier publicó un artículo demostrando cómo convertir esa maquinaria natural en una herramienta de edición "programable", que servía para cortar cualquier cadena de ADN. El siguiente paso era probar la herramienta en los genomas de las células humanas. En enero de 2013 Zhang y -días después- Doudna publicaron los primeros artículos demostrando que esto era posible. CRISPR se perfilaba como una esperanza para tratar complejas enfermedades genéticas.

Surgieron entonces grupos de inversión que vieron el negocio y empezaron a reclutar a los científicos y formar start-ups. Charpentier se ligó a CRISPR Therapeutics en Europa. Doudna ya había creado Caribou Biosciences, pero en 2013 se unió a Zhang y Church como cofundadora de Editas. Ya habían recibido 43 millones de dólares. Entonces se largó la carrera por conseguir la patente.

En abril del año pasado, Zhang y el Instituto Broad obtuvieron la primera de entre varias patentes generales que cubren el uso de CRISPR en eucariotas, o cualquier especie cuyas células contengan

un núcleo. Eso significa que tenían los derechos para usar CRISPR en ratones, cerdos, ganado vacuno, humanos, en esencia en cualquier criatura que no fuera una bacteria.

La patente que recibió el Instituto Broad, ahora asociado a Astra-Zéneca, sorprendió a algunos por la rapidez del trámite. A pesar de que Doudna había presentado antes la solicitud, Zhang reafirma su derecho, ya que la predicción de Doudna en su propia solicitud de patente de que su descubrimiento funcionaría en humanos era una "mera conjetura" y que en cambio él fue el primero en demostrarlo en un acto de invención distinto y "sorprendente".

De hecho el nivel de la pelea se volvió casi personal. Zhang desconoce el trabajo realizado por las investigadoras, mientras que Charpentier asegura: "Yo sólo puedo decir que lo hicimos en mi laboratorio con Jennifer Doudna". Y opina: "Todo en este caso está muy exagerado porque este es uno de esos casos únicos en los que hay una tecnología que la gente puede comprender muy fácilmente y está cambiando la vida de los investigadores. Las cosas están yendo muy rápido, quizá demasiado".

Los abogados de Doudna y Charpentier presentaron un procedimiento de interferencia en Estados Unidos, un proceso legal en el que el ganador se queda con todo. Dependerá de quién logre presentar la documentación con fecha más antigua.

La batalla legal entre los tres investigadores (y las universidades, empresas y millones de dólares detrás de ellos) continúa.

Fuente: MIT Technology Review / BBC MUNDO

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

+ de 25 años de experiencia
en defensa del profesional de la salud

Equipo propio de abogados y peritos especializados
Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios
Cobertura civil y penal en todo el territorio nacional
para profesionales de la salud

A través de su propia compañía, Seguros Médicos, legalmente
autorizada a operar en responsabilidad profesional médica



ASOCIACION DE MEDICOS
MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES



SEGUROS MEDICOS
Nuestra misión, su seguridad

Asociación de Médicos Municipales de la C.B.A.

Junín 1440 (C1113AAN).

Tel/Fax: (5411) 4806-1011 (líneas rotativas)

E-mail: asociación@medicos-municipales.org.ar

www.medicos-municipales.org.ar

Seguros Médicos S.A.

Junín 1448 (C1113AAN). Tel/Fax: (5411) 4804-1767 / 4807-6515

E-mail: info@segurosmedicos.com.ar

www.segurosmedicos.com.ar



España: farmacéuticos hospitalarios crean un mapa de atención al paciente externo

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) puso en marcha el proyecto Mapex, un Mapa estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo.

Ramón Morillo, uno de los coordinadores del proyecto, señala que esta iniciativa surgió porque en los hospitales se produjo un incremento incesante de fármacos dispensados para estos pacientes, que no ha ido en paralelo al número de farmacéuticos de hospital que dedican su actividad diaria a este ámbito.

Se estima que entre el 60 y el 80 por ciento del gasto en medicamentos proviene del área de pacientes externos, a los que presta atención el servicio de farmacia hospitalaria, es decir, pacientes que no están hospitalizados pero que requieren una particular vigilancia, supervisión y control.

Una de las prioridades de este proyecto va a ser incorporar las nuevas tecnologías para el seguimiento de los pacientes.

Para Morillo se trata de un proyecto que nace con una clara vocación anticipatoria y no reactiva, "como hasta ahora se ha trabajado". *"Se trata de identificar las necesidades no satisfechas con el modelo actual, la estrategia a seguir y los retos que tenemos para aportar valor, siempre con una perfil integrador y abierto, con una perspectiva innovadora y clínica". "Prendemos sentar las bases para empezar a trabajar desde el hospital y no exclusivamente para el hospital".*

Entre los objetivos del proyecto está diseñar un observatorio que



permita "ver resultados y modificaciones de la práctica actual en un breve plazo de tiempo".

Según destaca Morillo, el proyecto va a integrar al máximo número de farmacéuticos de hospital de toda España especialistas en la materia. Además, *"se recogerá la opinión de todos los agentes que de una u otra forma condicionan la actividad de este profesional, como pacientes, clínicos, gerentes, incluso la industria farmacéutica".*

Fuente: EuropaPress

340% aumentaron las farmacias-consultorio en México

Desde agosto de 2010 se estableció en México el acuerdo para el control de la venta de antibióticos, a fin de evitar la automedicación. Las cadenas optaron entonces por instalar consultorios médicos dentro de las oficinas de farmacia. En los últimos cuatro años las farmacias con consultorio crecieron 340%.



Hoy 15mil de las 28.000 farmacias que hay en ese país tienen médico, según la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), que detectó una serie de anomalías en los dos últimos años que llevó a que se clausuraran 374.

La Comisión está verificando que en cada consulta se

adopte el protocolo clínico para que entre la demanda y la venta de un medicamento exista un diagnóstico médico.

Mikel Arriola, titular del organismo, informa que desde 2010 se estableció la Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias con Consultorio, *"a fin de garantizar que en las farmacias no exista conflicto de interés".* El mercado farmacéutico representa en ese país 14.000 millones de dólares anuales.

Científicos españoles desarrollan un nuevo método para sintetizar benzodiazepinas

Investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) desarrollaron un método de síntesis de las benzodiazepinas, indicadas para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y la epilepsia, que abre la puerta a nuevas áreas de aplicación biológica a nivel esquelético, funcional y estereoquímico hasta ahora inexploradas.

Entre los componentes de las benzodiazepinas se encuentra, al menos, un elemento diferente del carbono; esto los convierte en anillos heterocíclicos. Gracias a su capacidad para modular targets biológicos distintos, estos anillos heterocíclicos proporcionan un considerable número de fármacos para tratar patologías de muy distinta índole, entre otras cosas por su baja incidencia de efectos adversos.

La estrategia sintética, cuyos detalles publica la revista Journal of Organic Chemistry, permitió obtener más de 80 nuevas moléculas, cuya singularidad estructural fue validada durante la fase de evaluación farmacológica. Además de compuestos con acción ansiolítica, y previa manipulación estructural para eliminar los efectos sobre el sistema nervioso central, se identificaron también moléculas que podrían actuar en enfermedades como el asma o la tuberculosis.

Fuente: JANO.es





DisproFarmacias

Información y gestión **on line**, esté donde esté.

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



Regístrese en:
registrofarmacias@disprofarma.com.ar



Integran Disprofarma:



Las 41 nuevas drogas que la FDA aprobó durante 2014



La FDA dio luz verde al lanzamiento en el mercado estadounidense a 41 nuevas drogas el año pasado. Fueron 14 más que en 2013 y el mayor número en casi 20 años. Desde 2005 lleva aprobados, en promedio, 25 nuevos principios activos por año. Según difundió la agencia esto se debió a los nuevos programas de revisión acelerada. De esos 41 productos, 17 fueron First-in-Class, es decir, medicamentos en los que se implementaron mecanismos de acción únicos. En-

tre ellos se destacan tres — ledipasvir/sofosbuvir (Harvoni, Gilead Sciences, Inc) para hepatitis C, pembrolizumab (Keytruda, Merck Sharp & Dohme Corp) para melanoma irresecable o metastásico y vorapaxar (Zontivity, Merck Sharpe & Dohme Corp) para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares trombóticos. También fueron 17 las drogas aprobadas para tratar enfermedades raras (41% del total).

Nombre de la droga	Ingrediente activo	Acción
Opdivo	nivolumab	Para tratar pacientes con melanoma irresecable (que no puede ser removido quirúrgicamente o metastásico (avanzado) que ya no responden a otras drogas.
Rapivab	peramivir	Para tratar la infección por influenza en adultos
Zerbaxa	ceftolozane/tazobactam	Para tratar adultos con infecciones intraabdominales complicadas (clal) e infecciones complicadas del tracto urinario (CUTI).
Viekira Pak	(ombitasvir, paritaprevir y ritonavir tabletas envasadas junto a tabletas de dasabuvir)	Para el tratamiento de pacientes con infección por hepatitis C crónica genotipo I, incluyendo aquellos con en cirrosis.
Lynparza	olaparib	Para tratar el cáncer de ovario avanzado
Xtoro	finafloxacin otic suspensión	Para tratar otitis externa aguda.
Blinicyto	blinatumomab	Para tratar pacientes con cromosoma Filadelfia negativo, leucemia linfoblástica aguda tipo B
Esbriet	pirfenidone	Para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática
Ofev	nintedanib	Para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática
Lumason	microesferas de lípidos de hexafluoruro de Azufre	Para pacientes cuyo ecocardiograma es difícil de ver con ondas de ultrasonido.
Akynzeo	netupitant y palonosetron	Para tratar náusea y vómitos en pacientes en quimioterapia
Harvoni	ledipasvir/sofosbuvir	Para tratar el virus de hepatitis C crónica genotipo I
Trulicity	dulaglutide	Para tratar pacientes con diabetes tipo II
Movantik	naloxegol	Para tratar la constipación inducida por opioides en adultos con dolor crónico no oncológico
Keytruda	pembrolizumab	Para tratar pacientes con melanoma irresecable o avanzado que ya no responden a otras drogas.
Cerdelga	eliglustat	Para el tratamiento a largo plazo de pacientes adultos con enfermedad de Gaucher tipo I
Plegridy	peginterferon beta-1a	Para el tratamiento de pacientes con formas reincidentes de esclerosis múltiple
Belsomra	suvorexant	Para tratar el insomnio
Orbactiv	oritavancin	Para tratar infecciones dérmicas
Jardiance	empagliflozin	Para mejorar el control glucémico en adultos con diabetes tipo II
Striverdi Respimat	olodaterol	Para tratar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Zydelig	idelalisib	Para tratar pacientes con tres tipos de cáncer de sangre
Kerydin	tavaborole	Para el tratamiento tópico de onicomicosis de las uñas de los pies
Beleodaq	belinostat	Para el tratamiento de pacientes con linfoma periférico de células T
Sivextro (tabletas e inyectable)	tedizolid fosfato	Para el tratamiento de infecciones dérmicas
Jublia	efinaconazole	Para el tratamiento de onicomicosis leve a moderada
Dalvance	dalbavancin	Para tratar infecciones dérmicas en adultos
Entyvio	vedolizumab	Para el tratamiento de pacientes adultos con colitis ulcerosa moderada a severa y enfermedad de Crohn moderada a severa.
Zontivity	vorapaxar	Para reducir el riesgo de ataque cardíaco y ACV en pacientes de alto riesgo
Zykadia	ceritinib	Para el tratamiento de pacientes con cierto tipo de cáncer metastásico de pulmón de células no pequeñas (NSCLC)
Sylvant	siltuximab	Para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Castleman multicéntrica, una enfermedad similar al linfoma.
Cyramza	ramucirumab	Para el tratamiento de pacientes con cáncer avanzado de estómago o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica
Tanzeum	albiglutide	Para mejorar el control glucémico, junto a dieta y ejercicio, en adultos con diabetes tipo II
Otezla	apremilast	Para el tratamiento de la artritis psoriásica activa
Impavido	miltefosine	Para el tratamiento de la leishmaniasis
Neuraceq	florbetaben F18 inyectable	Para PET cerebral
Myalept	metreleptin para inyección	Para tratar complicaciones de deficiencia de leptina
Northera	droxidopa	Para tratar la hipotensión ortostática neurogénica
Vimizim	elosulfase alfa	Para el tratamiento de la mucopolisacaridosis tipo IVA (Síndrome Morquio A)
Hetlioz	tasimelteon	Para el tratamiento del trastorno del ritmo circadiano en individuos totalmente ciegos
Farxiga	dapagliflozini	Para mejorar el control glucémico, junto con dieta y ejercicio, en adultos con diabetes tipo II

Fuente: FDA



DASSOLUCIONES
A M O B L A M I E N T O S

ARQUITECTURA COMERCIAL

Sabemos lo que su Farmacia necesita.

Mostradores - Exhibidores - Vidrieras - Seguridad para mostradores

Novedoso sistema de ESTANTERÍAS DESPLAZABLES para Depósito



Planta Industrial y Showroom: Madero 747- Ciudadela Tel./Fax:(011) 4657-5130/5395-4137-5630

Web: www.dassoluciones.com.ar / www.mueblesdefarmacias.com.ar

E-mail: info@dassoluciones.com.ar



En 24 estudios simultáneos se publica el mapa más completo de la maquinaria que regula el genoma humano

El *"libro de la vida"*, resultado de 10 años de trabajo de unos 3.000 científicos de 20 institutos de seis países del mundo revolucionó la Medicina. 14 años después, 24 estudios dan a conocer el mapa del epigenoma humano, es decir, la maquinaria que regula la activación genética y las funciones celulares.

En 2003, el Proyecto Genoma Humano concluía que solo entre el 2 y el 5% del genoma eran genes y el resto fue considerado *"ADN basura"*.

Sin embargo, en 2012 el proyecto de investigación multinacional Encode descubrió que hasta el 80% del genoma tenía una función esencial en la regulación de los otros genes.

El nuevo mapa epigenómico, que los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos impulsaron en 2008 con una financiación de 190 millones de dólares, viene a llenar los vacíos que todavía persisten en la ciencia y que no pueden explicar porqué una persona se enferma y otra en las mismas condiciones no lo hace.

El cúmulo de datos generados se pone ahora a disposición de los investigadores de todo el mundo, que podrán utilizarlos para sus propios estudios y avanzar en el conocimiento de cómo esta maquinaria actúa en el desarrollo de enfermedades.

"La secuencia de ADN del genoma humano es idéntica en todas las células del cuerpo, pero los tipos celulares -como las células del corazón, del cerebro o de la piel- tienen características únicas y son susceptibles de forma exclusiva a varias enfermedades", explica Joseph F. Costello, director de uno de los cuatro Centros del Mapeo del Epigenoma de los NIH que han contribuido a los datos del programa. *"Al guiar cómo los genes se expresan, los epigenomas permiten a células que llevan el mismo ADN diferenciarse en más de los 200 tipos celulares que conforman el cuerpo humano"*.

Los investigadores estudiaron cómo es el epigenoma que influye

en la diferenciación de cada tejido: placenta humana, esperma, células de la mama, de la sangre, de la piel o del cerebro, de un total de 40. También se analizaron los epigenomas responsables de distintas funciones fisiológicas.

"Las diferentes combinaciones de marcas epigenéticas caracterizan diferentes regiones del genoma, reflejando funciones específicas que tienen un papel en las células. Estudiando estas combinaciones sistemáticamente podemos aprender el lenguaje del epigenoma, y lo que nos está diciendo sobre la actividad y función de cada región genómica en cada uno de los tipos celulares", explica Manolis Kellis, investigador que analizó las bases de datos producidas en este proyecto desde el Laboratorio de Inteligencia Artificial y Ciencia Computacional del MIT.

Entre los muchos resultados obtenidos, se ha visto que la metilación del ADN (la adición de grupos químicos al genoma que establece el estado de encendido o apagado de los genes) afecta a cómo las células madre se diferencian en células nerviosas. Además, se ha demostrado que otra forma de regulación epigenómica -la modificación de la cromatina- también tiene un papel en la diferenciación de las células madre, o que ciertos perfiles epigenéticos se relacionan con patrones de mutaciones asociadas al cáncer.

El siguiente paso, apuntan los investigadores, será rastrear los perfiles epigenéticos de personas para comprender cómo varían de un individuo a otro para así establecer el vínculo entre algunas de estas marcas epigenéticas y la enfermedad. *"Este representa el mayor avance en el esfuerzo de comprender cómo los 3.000 millones de letras del ADN de una persona, el 'libro de instrucciones', son capaces de generar actividades moleculares tan diferentes, dependiendo del contexto celular"*, afirma Francis Collins, director de los NIH.



FEMEDICA

Protección Médica



0800 333 3308 www.femedica.com.ar

- Cartilla con libre elección de profesionales
- Importantes Centros de Diagnóstico y Tratamiento
- Cobertura Odontológica en Urgencias y Tratamiento
- Cobertura en Psiquiatría y Psicología Médica
- Internación Clínica, Quirúrgica y Terapia intensiva
- Importantes descuentos en Farmacias adheridas
- Protección Médica Nacional e Internacional sin cargo

Sanatorios y Hospitales Privados

Htal. Alemán, Htal. Italiano, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Sanatorio Mater Dei, Clínica San Camilo, Inst. Médico de Obstetricia, Cl. y Maternidad, Santa Isabel, Sanatorio Guemes, Clínica Adventista de Belgrano, Fundación Favalaro, etc.

Beneficios para empleados en relación de dependencia y monotributistas: Recibimos sus aportes de Obra Social como parte de pago de sus cuotas

Hipólito Yrigoyen 1126 - Tel.: 4370-1700 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Consultorios Médicos Femédica: Larrea 848 - Tel.: 4961-9050

**www.femedica.com.ar
0800-333-3308**



0800-333-3169

Restricciones de uso de ivabradina en pacientes con angina de pecho crónica estable

El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo –PRAC– difundió el 7 de noviembre pasado un informe en base a la evaluación de los resultados del estudio SIGNIFY y de estudios previos, para el tratamiento sintomático con ivabradina de pacientes con angina de pecho crónica estable.

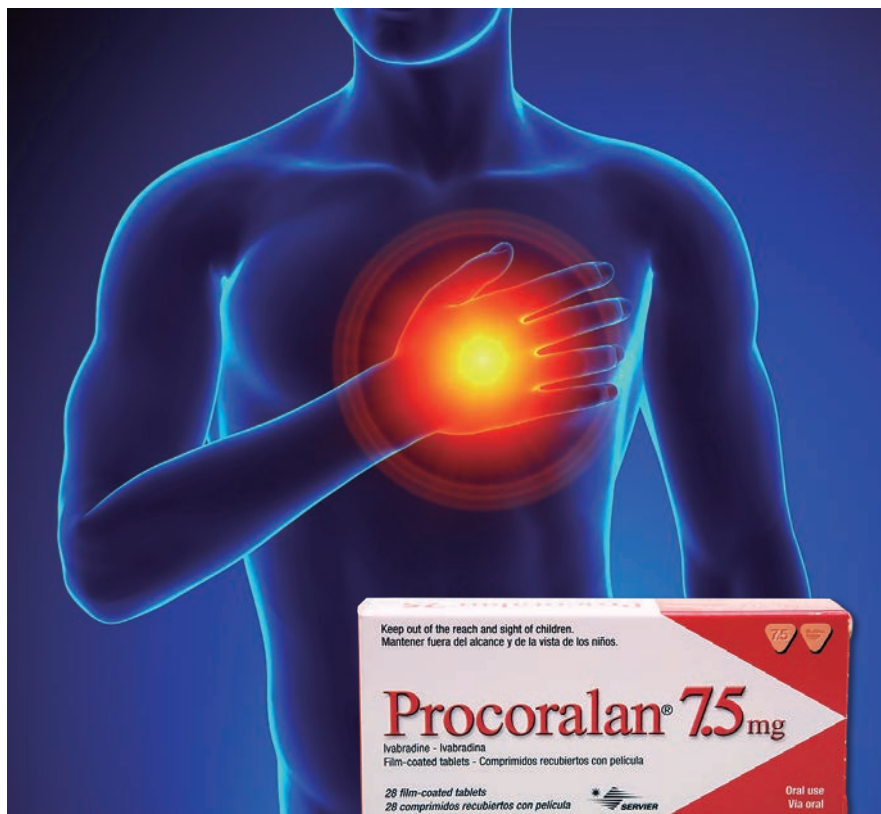
Ivabradina se comercializa en la Argentina bajo la marca Procoralan. Es un fármaco que reduce la frecuencia cardíaca actuando sobre el nodo sinusal. Sus indicaciones autorizadas incluyen el tratamiento de insuficiencia cardíaca y los síntomas de angina de pecho estable crónica en determinados y pacientes y condiciones clínicas.

Tras la finalización del estudio SIGNIFY (1), (estudio aleatorizado, enmascarado y controlado frente a placebo realizado en 19.102 pacientes con enfermedad coronaria estable sin afectación de la función ventricular seguidos un máximo de 18 meses; la dosis inicial utilizada fue de 7,5 mg dos veces al día, pudiendo alcanzarse los 10 mg dos veces al día), el Comité concluyó:

El uso de ivabradina no tiene efectos beneficiosos sobre la morbi-mortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria, por lo que su uso en estos pacientes únicamente aporta beneficios en el tratamiento sintomático.

El estudio SIGNIFY constató un incremento pequeño pero significativo de riesgo cardiovascular (variable compuesta por muerte cardiovascular e infarto de miocardio no mortal) en pacientes con angina de pecho sintomática (incidencia anual 3.37% en el grupo ivabradina vs. 2.86% en el grupo placebo; HR 1,18; IC95% 1.03-1.35). Aunque este estudio permitía la utilización de dosis mayores a las autorizadas, ello no explica totalmente este resultado.

El análisis agregado de los resultados de los ensayos clínicos (40.000 pacientes seguidos durante al menos 3 meses) indica un incremento del riesgo de aparición de fibrilación auricular en los pacientes en tratamiento (incidencia 4.86% en el grupo ivabradina vs 4.08% en el grupo placebo; HR 1,26; 95% IC 1,15-1,39).



Teniendo en cuenta estos datos, la AEMPS recomienda:

- Iniciar el tratamiento sólo si la frecuencia cardíaca en reposo del paciente es de al menos 70 lpm.
- Respetar las dosis de inicio y mantenimiento reflejadas en la ficha técnica. La dosis de mantenimiento no debe superar los 7,5 mg dos veces al día.
- Suspender el tratamiento si los síntomas de angina no mejoran pasados tres meses de tratamiento y en caso de aparición de fibrilación auricular.
- Monitorear la frecuencia cardíaca antes de iniciar el tratamiento y después de una modificación de la dosis.
- No utilizar ivabradina en combinación con diltiazem o verapamilo en ningún caso.

BENZOCAINA 10% o 20% (Adultos)

Ud. está llevando un
MEDICAMENTO de VENTA LIBRE

*La benzocaína es un anestésico local que está indicado para el alivio temporario del dolor de muelas o el ocasionado por la aparición de aftas, llagas y lesiones provocadas por los tratamientos de ortodoncia.
Se presenta en forma de gel.*

Es importante tener en cuenta:

- ✓ No usar el gel si tiene antecedentes de alergia a la benzocaína o a otros anestésicos como procaína y butacaína.
- ✓ No usar el gel por más de 7 días.
- ✓ No se debe comer por una hora después de su aplicación.
- ✓ No se debe masticar chicles o alimentos mientras dure el adormecimiento



Dosis y administración:

- Para la administración del gel se pueden usar los dedos o un hisopo de algodón.
- Adultos y mayores de 12 años: se debe aplicar la cantidad necesaria del gel para cubrir adecuadamente la lesión o la zona afectada hasta 4 veces por día.
- Se puede aplicar con más frecuencia si las lesiones son muy molestas.
En las lesiones producidas por prótesis se debe retirar la misma, aplicar el gel de benzocaína y esperar hasta que el dolor o la molestia se haya calmado lo suficiente.
- Luego se debe enjuagar bien la cavidad bucal con agua natural y recién después se puede volver a colocar la prótesis.



BENZOCAINA 2% (Niños)

Ud. está llevando un
MEDICAMENTO de VENTA LIBRE

*La benzocaína es un anestésico local que está indicado para el alivio temporario del dolor ocasionado por la aparición de la dentición en los bebés y para el tratamiento de la mucosa oral.
Se presenta en forma de gel.*

Es importante tener en cuenta:

- ✓ No utilice este medicamento sin consultar con su pediatra.
- ✓ No aplique el gel en niños menores de 4 meses.
- ✓ No usar el gel si los niños son alérgicos a la benzocaína o a otros anestésicos como procaína y butacaína.
- ✓ No usar el gel por más de 7 días.



Dosis y administración:

- Para la administración del gel se pueden usar los dedos o un hisopo de algodón.

Las dosis son:

- **Niños mayores de 2 años:** se debe aplicar una fina capa del gel de benzocaína sobre la zona afectada hasta 4 veces por día o según lo indicado por el pediatra.
- **Niños menores de 2 años:** se debe administrar solo bajo indicación del pediatra.



Advertencias y Precauciones:



- ✓ Este gel **solo** se aplica en la mucosa oral y **no** puede ser aplicado en otras áreas del cuerpo.
- ✓ Si al cabo de los 7 días de tratamiento persisten los síntomas o empeoran, se debe consultar al odontólogo.
- ✓ Se aconseja no ingerir alimentos ni mascar chicles mientras persista el adormecimiento debido al riesgo de morderse la lengua o la mucosa bucal.
- ✓ Se debe evitar el contacto del gel con los ojos.
- ✓ En caso de contacto accidental con los ojos, se debe lavar con abundante agua durante 10 minutos.
- ✓ Avise a su médico y/o farmacéutico si tiene cualquier otro problema médico.
- ✓ Mantenga éste y cualquier medicamento fuera del alcance de los niños.
- ✓ Conserve este medicamento en lugar seco y al abrigo de la luz.
- ✓ No lo guarde en el baño o en sitios húmedos ya que el calor o la humedad pueden deteriorar el medicamento.

Ante una sobredosificación, concurra al hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:



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



Advertencias y Precauciones:



- ✓ No se debe administrar en niños menores de 4 meses de edad.
- ✓ Este gel **solo** se aplica en la mucosa oral y **no** puede ser aplicado en otras áreas del cuerpo.
- ✓ Si tras los 7 días de tratamiento persisten los síntomas, se debe consultar al pediatra o al odontólogo.
- ✓ Se debe evitar el contacto del gel con los ojos.
- ✓ En caso de contacto accidental con los ojos, se debe lavar con abundante agua durante 10 minutos.
- ✓ Avise a su pediatra y/o a su farmacéutico si tiene cualquier otro problema médico.
- ✓ Mantenga éste y cualquier medicamento fuera del alcance de los niños.
- ✓ Conserve este medicamento en lugar seco y al abrigo de la luz.
- ✓ No lo guarde en el baño o en sitios húmedos ya que el calor o la humedad pueden deteriorar el medicamento.

Ante una sobredosificación, concurra al hospital más cercano o comuníquese con los Centros de Toxicología:



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



Su Botiquín: ¿tiene Seguro de Desinfección?



Desinfecta
heridas leves¹



Desinfecta heridas
sangrantes y quemaduras²

Consulte al Farmacéutico acerca del
Programa Botiquín Pervinox.

PERVINOX

SEGURO DE DESINFECCION

DISFRUTAR
TE HACE
BIEN



QUE EL MALESTAR
NO TE LO IMPIDA.



Antiespasmódico

