

Entrevista al
Dr. Luis Scervino,
Superintendente de
Servicios de Salud

**"HAY QUE CUMPLIR LA LEY:
ES EL PROFESIONAL FARMACÉUTICO
QUIEN DEBE DISPENSAR
EL MEDICAMENTO
AL PACIENTE"**

**Perspectivas económicas
del sector farmacéutico** ✓

Entrevista a Juan Manuel Santa María, director de Consultoría y Servicios de IMS Health

Informe del Instituto Farmacéutico Argentino. **Drogas de diseño** ✓

Estudio epidemiológico global: **La carga de enfermedad en los adolescentes** ✓

qura qura plus

BROMHEXINA - PARACETAMOL
PSEUDOEFDRIINA

BROMHEXINA - CLORFENIRAMINA
PARACETAMOL - PSEUDOEFDRIINA

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



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

qura tos

(HEDERA HELIX)

Antitusivo - Mucolítico - Expectorante



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



Importantes descuentos



Laboratorios Bernabó

www.laboratoriosbernabo.com

Medicamentos con Calidad Total

Terrada 2346 • C1416ARZ • C.A.B.A. • Teléfonos: 4501-3213 al 18 • Directo de Ventas: 4504-2972

Dpto. Ventas: ventas@laboratoriosbernabo.com • Dpto. Científico: cientifico@laboratoriosbernabo.com

Autoridades COFA

PRESIDENTE:

Dr. Raúl Mascaró (Río Negro)

VICEPRESIDENTE:

Dr. Sergio Cornejo (San Juan)

SECRETARIO:

Dr. Daniel Palavecino (Córdoba)

PRO-SECRETARIA:

Dra. Isabel Martínez (Salta)

TESORERO:

Dr. Ricardo Pesenti (Buenos Aires)

PRO-TESORERA:

Dra. Miryan Graciela Fernández (Chaco)

Entidades Federadas:

Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires

Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal

Colegio de Farmacéuticos de Córdoba

Colegio de Farmacéuticos de Corrientes

Colegio de Farmacéuticos de Chaco

Colegio de Farmacéuticos de Entre Ríos

Colegio de Farmacéuticos de Jujuy

Colegio de Farmacéuticos de La Rioja

Colegio de Farmacéuticos de Mendoza

Colegio de Farmacéuticos de Río Negro

Colegio de Farmacéuticos de Salta

Colegio de Farmacéuticos de San Juan

Colegio de Farmacéuticos de San Luis

Colegio de Farmacéuticos de Tierra del Fuego

Colegio de Farmacéuticos de Tucumán

Círculo de Prestaciones Farmacéuticas Rosario

Federación Farmacéutica de Formosa

Asociación Santacruceña de Farmacéuticos

Miembro Adherente:

Asociación Profesional Farmacéutica de Rosario

Revisores de Cuentas:

Dr. Luis Zelada (Tucumán)

Dra. Silvia Rodríguez (Corrientes)

Dra. Cecilia José (Jujuy)

Dr. Ignacio Terceño (Tierra del Fuego)

CORREO FARMACÉUTICO

Directoras:

Dra. Miryan Graciela Fernández

Dra. Isabel Martínez

Redacción:

Dr. Carlos Izidore (In memoriam)

Dr. Mario Luis Castelli (In memoriam)

Dr. José Ruggieri

Corresponsales:

Representantes de los Colegios de Farmacéuticos Provinciales

Asesora Periodística:

Andrea Joseph

Asesoramiento Científico:

Dra. Ester Filinger

Dra. Laura Raccagni

Observatorio Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA

Edición y Comercialización:

Editorial RVC SRL

Director Comercial: Jorge Vago

Riobamba 855 7° A / 15 5329-1002

editorialrvc@yahoo.com.ar

Diseño: Oscar Martínez 15 51031945

Impresión: Mariano Mas

Perú 555 Cap. Fed. / 4331-5762 / 5764

ISSN 2451-7070

COFA: Julio A. Roca 751 2º Piso

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: (011) 4342-1001

4



Editorial



6

"Hay que cumplir la ley: es el profesional farmacéutico quien debe dispensar el medicamento al paciente"

Entrevista al Dr. Luis Scervino, Superintendente de Servicios de Salud

10

Perspectivas económicas del sector farmacéutico

Entrevista a Juan Manuel Santa María, director de Consultoría y Servicios de IMS Health

SUMARIO

Año XXV N° 168 Junio 2016
 www.cofa.com.ar



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
 28 August - 1 September



18

Congreso Mundial FIP 2016
Todos los profesionales de la salud deberían adoptar el concepto de Atención Farmacéutica



22

Informe del Instituto Farmacéutico Argentino
Drogas de diseño del mostrador

26

Estudio epidemiológico global: La carga de enfermedad en los adolescentes



28

Efectos adversos:

La FDA advierte acerca del uso de fluoroquinolonas para tratar infecciones no complicadas



33

Folleto informativo: Bifonazol

Propiedad Intelectual N° 25557

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

COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia,

FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana.

C.G.P.: Federación 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 farmacia se está reconvirtiendo en todo el mundo. Ante la amenaza que se cierne sobre las profesiones tradicionales, tomó el desafío de evolucionar. Y está comenzando a expandir los servicios profesionales que se brindan en las farmacias, en algunos países, con mucho éxito y reconocimiento por parte de los gobiernos, que los están incorporando formalmente a los sistemas de cobertura de salud, como en Inglaterra, Canadá, algunos estados de Estados Unidos y Australia. Entre otros servicios, los farmacéuticos formulan planes de tratamiento farmacológico, seleccionan, inician, modifican o administran terapias farmacológicas, monitorean y evalúan la respuesta del paciente a la terapia, incluyendo seguridad y efectividad, realizar una revisión de la medicación para identificar, resolver y prevenir problemas relacionados a los medicamentos, proveen educación sanitaria y entrenamiento para mejorar la comprensión del paciente en el uso correcto de los medicamentos y también información y recursos terapéuticos para mejorar la adherencia. Muchas de estas actividades las realizamos

los farmacéuticos cada día, aunque sin reconocimiento, ni en forma sistemática o formal. Pero los nuevos tiempos van hacia ese sentido: formalizar la Atención Farmacéutica, involucrarnos en el resultado terapéutico y acompañar a nuestros pacientes en cada paso de su tratamiento. De hecho, hoy el paradigma de atención hospitalaria está cambiando y los criterios marcan la rápida externación de los pacientes y su atención en forma ambulatoria o domiciliaria. Esto requiere equipos multidisciplinarios que incluyen al farmacéutico, con acuerdos de manejo colaborativo de las terapias farmacológicas. Estas nuevas responsabilidades requieren de los profesionales una actualización permanente y la voluntad de evolucionar y adaptarse a las nuevas tecnologías y a las necesidades de pacientes complejos. Es un desafío “macro” que se suma a todos los que debemos enfrentar cada día en nuestros mostradores. Pero tenemos que tenerlo muy presente porque es nuestro futuro y nuestra gran oportunidad de evolucionar. 🌱

Consejo Directivo
COFA

XXI

CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO

BUENOS AIRES 2016

**"EL FARMACÉUTICO EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD:
UN ALIADO DE LA COMUNIDAD"**

**28 | 29 | 30
AGOSTO**

Para información e inscripciones:
mesadeayuda@cofa.org.ar
congreso.cofa.org.ar

 **Cofa** **80** AÑOS
CONFEDERACIÓN
FARMACÉUTICA ARGENTINA 1935 - 2015

"Hay que cumplir la ley: es el profesional farmacéutico quien debe dispensar el medicamento al paciente"

Luis Scervino, Superintendente de Servicios de Salud, entrevistado por **Correo Farmacéutico**, asegura que las obras sociales están estables a pesar de la situación de crisis económica. Adelanta que el Fondo Solidario de Redistribución continuará financiando el alto costo y que las reformas al sistema vienen por el lado de la digitalización de los procesos administrativos. Eso incluirá la receta electrónica y la historia clínica digital. También se reformulará el PMO. Consultado sobre si se restringirá la cobertura, el funcionario asegura que "será un reordenamiento" y que "no tiene que ver con disminuir las prestaciones, sino que se hará una evaluación a partir de la evidencia científica".



"No hay una crisis en el sector de las obras sociales. El grueso de la masa de trabajadores sigue manteniendo su fuente de trabajo, con lo cual el pilar de financiamiento de la Seguridad Social, que es a través de la actividad laboral formal, se mantiene", sostiene Luis Scervino.

Scervino se desempeñó hasta el 17 de diciembre como director médico de la Obra Social de Obras y Servicios Sanitarios, que conduce José Luis Lingeri, y era el vicepresidente del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social de la CGT liderada por Antonio Caló.

-A su llegada a la S.S.SALUD, ¿se hicieron auditorías, investigaciones sobre lo que sucedió en la gestión anterior como sucedió en el PAMI?

-Nosotros desde la comisión de Obras Sociales de la CGT veníamos teniendo una relación bastante fluida con la gestión anterior. Llegamos con la visión de seguir con las cosas que se habían hecho bien y mejorarlas, y dejar de hacer las que se habían hecho en forma incorrecta. Estamos resolviendo ese tipo de situaciones. No encontramos puntualmente ninguna situación, como se encontró en el PAMI o en otras áreas de la administración.

-¿Cuáles son esas cosas que en esta gestión están corrigiendo?

-Tiene que ver con reducir la carga burocrática en relación a los trámites que las obras sociales presentan para reintegros. Estamos desarrollando una plataforma informática para que toda la comunicación y la relación entre las Obras Sociales y la Superintendencia, los expedientes, se hagan básicamente de forma digital. Estamos incorporando nuevas herramientas informáticas como la firma digital.

-¿Va a reformar el sistema del Fondo de Redistribución?

-No, porque el financiamiento del fondo, cómo se integran los recursos, cómo se distribuyen, está totalmente establecido por la ley. Por lo cual si uno pensara en modificarlo habría que modificar la ley y hasta ahora ha demostrado que funciona bien y que más allá de situaciones puntuales, cumple con su función siendo un gran amortiguador de los gastos catastróficos que muchas obras sociales tienen y que no podrían financiar si no está el auxilio del fondo.

-¿El gobierno le va a devolver a las obras sociales los 2.700 millones de pesos del Fondo de Redistribución que están reclamando?

-Existe el compromiso del gobierno de reintegrar a las obras sociales el excedente del año 2015 que son esos 2.700 millones de pesos, que se van a destinar al pago de deudas pendientes de larga data que se conocen como APE residual, así que durante 2016 se va a terminar con esa deuda. Y en cuanto a la parte restante del fondo, hay conversaciones avanzadas, estamos trabajando en equipo con el Ministerio de Trabajo, con el Ministerio de Salud para dar una respuesta y una devolución de esos fondos progresivamente a las obras sociales.

-Tengo entendido que se está trabajando en la actualización del PMO. ¿Va a haber cambios profundos en la cobertura? ¿Va a haber restricciones?

-La Superintendencia entiende que el Programa Médico Obligatorio que está hoy vigente lleva algunos años, que en todos esos años el Congreso de la Nación ha dictado leyes específicas de cobertura por enfermedad, que por otro lado la S.S.SALUD ha sacado resoluciones agregando la cobertura de medicamentos que no están en



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
28 August - 1 September



XXI CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO
BUENOS AIRES 2016

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
28 de Agosto al 1° de Septiembre
2016



Hotel Hilton Buenos Aires

UN EVENTO HISTÓRICO PARA LA ARGENTINA

MÁS DE 3000 FARMACÉUTICOS DE TODO EL MUNDO

2 CONGRESOS PARALELOS

¿TE LO VAS A PERDER?

“Reducir la carga global de enfermedad – Responder al desafío”

El evento, que se centrará en el abordaje del aporte que la profesión puede hacer a los países desde los servicios farmacéuticos para contribuir a alcanzar los objetivos sanitarios, se desarrollará simultáneamente en 6 salas, de las cuales 2 tendrán traducción al español (los disertantes expondrán en idioma inglés) y la otra sala será el espacio donde se desarrollarán las conferencias y mesas redondas del congreso nacional.

www.fip.org/buenosaires2016

INFORMES

mesadeayuda@cofa.org.ar
(011) 4331-3514

el PMO, entonces básicamente esta revisión en primera instancia tiene la función de generar un ordenamiento administrativo en un solo cuerpo que incluya todas estas formas de cobertura que se fueron incorporando. Por otro lado, la revisión no tiene que ver con disminuir las prestaciones que contiene el programa médico, sino evaluar a partir de la evidencia científica, tanto las prestaciones diagnósticas como la cobertura de medicamentos. Porque lo peor que nos podría ocurrir es estar malgastando los recursos de la Seguridad Social y para gastarlos con eficiencia tenemos que cubrir prestaciones que sean costo-efectivas. Ese es el objetivo del PMO. Lo más probable es que después de hacer la revisión se terminen incorporando prestaciones, no que se reduzcan las que hoy hay.

-¿Qué porcentaje del gasto de las obras sociales representan los medicamentos?

-Probablemente esté cercado entre el 25 y el 30%. Es un promedio de lo que la Argentina gasta en Salud.

-¿Y qué porcentaje representan los de alto costo?

-Cercano al 20% del gasto total en medicamentos.

-¿Se está haciendo una utilización racional de los medicamentos en el ámbito de la Seguridad Social?

-Ahí tendríamos que diferenciar los medicamentos de alto costo y la medicación general. En cuanto a los medicamentos de alto costo, en general para poder conseguir el reintegro a través del sistema SUR generalmente se tienen que cumplir algunos protocolos de práctica clínica. Las obras sociales tratan de ajustar la indicación a lo que estas guías dicen. Eso hace que el uso sea bastante racional. Con respecto a medicación general, depende de las distintas organizaciones que tengan un vademécum más abierto o más cerrado. Probablemente eso exija una revisión a mediano o largo plazo porque probablemente tengamos algunas especialidades medicinales que no cuentan con la mayor evidencia para que la Seguridad Social las cubra, pero no es un tema prioritario ni de emergencia.

-¿Cuáles son los temas prioritarios y de emergencia que tiene la Seguridad Social?

-Tienen que ver con la modernización de la gestión.

-¿Se va a ir a la receta electrónica, a la historia clínica digital?

-Sí, está todo dentro de ese mismo marco de modernización. Debemos calcular que en el año 2015 ingresaron alrededor de 120.000 expedientes y hay una carga burocrática muy grande. Queremos digitalizar esos mecanismos, que sea mucho más efectiva la posibilidad de control. La existencia de expedientes en papel no impidió que en algún momento se haya hecho un acto de corrupción. Con el desarrollo digital se va a poder controlar en forma más efectiva.

-¿Cuáles son los otros ejes de su gestión?

-El cambio de financiamiento de la discapacidad ajustándolo al marco de cumplimiento de la ley que dice específicamente que todas las prestaciones deben ser financiadas desde el Fondo Solidario de Redistribución.

Tenemos como prioridad también mejorar el financiamiento hospitalario porque la mayor parte de los hospitales públicos están cobrando las prestaciones de obras sociales con bastante atraso. La idea es crear un sistema digital de validación de las afiliaciones directamente con la Superintendencia.

El otro objetivo central es cambiar la relación de la Superintendencia con las Obras Sociales. Si bien nosotros somos la autoridad de control, que eventualmente debería sancionarlas ante una falla, nosotros nos estamos poniendo en un posicionamiento de colaboración con las obras sociales tratando en todo lo posible de ir haciéndolas cada vez más eficientes.

Evaluación de los nuevos medicamentos

-¿La Agencia de Evaluación de Tecnologías, va a colaborar con ustedes con respecto a la evaluación de los medicamentos que van a ser incorporados a la cobertura de la Seguridad Social?

-El tema puntual de la agencia es central en la política que lleva adelante el Ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, y el objetivo que tiene es hacer que el gasto en la atención médica, en medicamentos, en la incorporación de nuevas tecnologías sea racional. Se calcula que probablemente ingresen 50 o 60 nuevas drogas para cobertura de enfermedades catastróficas por año, la mayoría con costos elevadísimos y si no contamos con un instrumento que nos permita evaluar cuáles son las que los sistemas de salud deben cubrir en base a la evidencia, nos va a resultar muy difícil poder financiarlas.

-¿Se está analizando en las obras sociales cómo hacer frente al creciente costo de las nuevas tecnologías?

-Las obras sociales son las que hoy están un poco más aliviadas porque todos los medicamentos de alto costo en general terminan siendo financiados por el Fondo Solidario de Redistribución que les reintegra los gastos. Pero el resto del sistema de salud no tiene esa posibilidad, con lo cual realmente la agencia va a cumplir un rol fundamental, y también en lo que tenga que ver con otras prestaciones que se deben ir incorporando a la canasta de prestaciones del PMO.

-Específicamente en cuanto a las farmacias, ¿se va a volver a implementar el Registro Nacional de Prestadores?

-Sí, ese es uno de los temas que está en estudio, lo hemos hablado con la gente de la Confederación Farmacéutica.

-¿Cuál es el rol que Uds. consideran que deberían tener el farmacéutico y la farmacia como parte del equipo de salud que presta servicio a los afiliados de la Seguridad Social?

-Ante todo hay que cumplir la ley. La Ley de ejercicio de la Farmacia es muy clara cuando dice que el último eslabón de la cadena de comercialización del medicamento es el profesional farmacéutico, que es quien debe entregar el medicamento al paciente. En algunas entidades han tratado de burlar o vulnerar esta situación tratando de lograr una distribución por canales que no son los correctos. Entonces creo que hay que privilegiar la función del farmacéutico haciendo cumplir este aspecto de la ley que no es menor, porque además tiene en sus manos la posibilidad, a través de este mecanismo, de formar parte de la trazabilidad. Además nos sirve como un control muy importante si tenemos en cuenta, sobre todo, que ha habido problemas con la provisión de medicamentos en algunas organizaciones.

Además hay que jerarquizar al profesional farmacéutico en la relación con el paciente, el asesoramiento con respecto a los medicamentos. Por problemas de la actividad se ha deteriorado una función que el farmacéutico nunca debería haber perdido. 🇨🇺

@ 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

AMFFA PROVEEDURÍA
Bienestar para su Hogar

LED TV TELEFUNKEN 24"

Resolución máxima: 1366 x 768 (HD Ready)
Dimensiones: 562 x 382 x 151 mm
Entradas HDMI = 2
Entradas USB = 1



12 PAGOS DE

\$ 360⁰⁰

Oferta válida por tiempo limitado y/o hasta agotar stock

Mutual Farmacéutica de la República Argentina

AMFFA



www.amffa.com.ar



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

Cuidado y confianza en un solo lugar

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

AMFFA TURISMO

¿Está pensando en viajar?

Escapadas - Junio 2016

Colonia - 2 Noches en Hotel Sheraton Colonia con **Desayuno**



CONTADO

\$ 4190⁰⁰

Salidas: Hasta el 30 de Junio de 2016 - Incluye Buquebus y Traslados - Asistencia al Viajero

Río de Janeiro - 4 Noches en Hotel Astoria Copacabana con **Desayuno**



CONTADO

\$ 605⁰⁰

Salidas: Junio de 2016 - Aéreos - Traslados in/out desde el Aeropuerto. **Tarifa con Impuestos incluidos**

Las tarifas son por persona en base doble. Sujeto a disponibilidad y cambio. Consulte por otros destinos y planes de financiación - www.amffa.com.ar

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

Perspectivas económicas del sector farmacéutico

Juan Manuel Santa María, director de Consultoría y Servicios de IMS Health, analiza el escenario del mercado farmacéutico en 2016 y 2017. *"En el corto plazo, más que un desplazamiento hacia productos más baratos, lo que vemos es directamente que se reducirá el volumen consumido", sostiene. En cuanto al PAMI, el consultor afirma que la industria estaba preparada para las nuevas reglas de juego del convenio y que hoy atraviesa un periodo de "reacomodamiento". En cuanto a la situación de las farmacias en este año de cambios e incertidumbre, advierte que "para sobrevivir deberían hacer más eficientes sus procesos y brindar más servicios". Y concluye: "Si se quiere trabajar en otras condiciones, hay que trabajar a nivel sectorial para poder cambiar los términos en los cuales se brinda el servicio. Es un tema más político que económico".*



"Este año, en cierta forma es comparable a 2014 porque tenemos la misma mezcla de factores que había en aquel momento -explica Juan Manuel Santa María-: aumento de precios de medicamentos, devaluación y una pérdida del poder adquisitivo del salario. Las causas fundamentales de estos comportamientos, desde el punto de vista macroeconómico, son distintas: ahora hay un fuerte reacomodamiento de precios relativos de servicios, y otros aumentos que en aquel momento no había. Pero el efecto, en el corto plazo por lo menos, es similar".

-¿Eso qué implica?

-Que probablemente la contracción de la demanda va a ir desacelerando fuertemente el crecimiento. Nosotros venimos de un año 2015 que fue bastante expansivo en cuanto a política monetaria, o sea, había mucha más plata en la calle. Y eso pegó fuertemente en los niveles de consumo, incluso de medicamentos, con un crecimiento de casi 5% en volumen.

Este año, por el reacomodamiento de precios de transporte, gas, energía, comunicaciones, etc., probablemente tengamos una distracción del gasto de consumo general hacia otros ítems de la canasta básica, que pueden impactar en el consumo en la farmacia. Si bien el sector salud es mucho menos elástico que otros tipos de consumo, está influido -y lo vimos en el año 2014- por la capacidad de pago que tengan las familias.

-Particularmente esto impactaría en el segmento de OTC...

-Sí, mucho más que en RX.

-¿En el segmento RX la demanda se puede llegar a volcar más hacia los similares?

-Argentina ya tiene un consumo muy importante de similares. Con un nivel de precios bastante parecido al de los medicamentos inno-

vadores. Sin duda los médicos pueden llegar a pensar que antes de no darle nada a un paciente pueden optar por un medicamento más barato. Pero la diferencia no es tan sustancial entre similares y originales en términos generales. Si hablamos de una comparación versus los medicamentos genéricos, ahí la diferencia es un poco más importante. Pero yo diría que más que un desplazamiento hacia productos más baratos, lo que vamos a ver es directamente una desaceleración en el crecimiento de unidades, ya que habrá una menor capacidad adquisitiva y por lo tanto estaremos frente a un escenario de aterrizaje suave. Por supuesto la velocidad de la desaceleración dependerá en la forma y la intensidad con que se reacomoden los precios relativos y la capacidad adquisitiva de la población.

-¿Cómo van a impactar los cambios que se están dando hoy en la cobertura de medicamentos del PAMI en la industria y en los prestadores?

-Todavía es bastante prematuro predecirlo. Sin duda va a haber una caída en el consumo de aquellas unidades que no estaban sustentadas en un consumo genuino. Las trampas que se le hacían al sistema son de dominio público. Por una parte había un consumo "espúreo" que se eliminó. Hay también un segundo aspecto, que es la limitación que puso el PAMI en cuanto a la cantidad de unidades que pueden ser dispensadas por mes. Son dos y no como antes que se podían llevar tratamientos para varios meses. Eso trae un doble efecto, por una única vez se va a comprar por menos cantidad de unidades de lo que se hacía en el pasado y después se va a ir regularizando. En lugar de comprar hoy por cuatro meses, hoy van a comprar por dos meses y dentro de dos meses van a comprar por otros dos meses. Entonces se va a espaciar un poco más el consumo.

Pero por otro lado, también ese tipo de prácticas de acumulación

de medicamentos se prestaba a los comportamientos fraudulentos de “*compro para mí, para mi mamá, para mi hermana, para mi sobrino*” que tienen otra obra social y la hago pasar por PAMI. Podemos decir entonces había un consumo subsidiado que ahora va a dejar de estarlo y eso puede llegar a repercutir negativamente en la demanda. Eso lleva a una “normalización” del consumo que puede llegar a influir hacia abajo en algunas décimas de punto porcentual de desaceleración de crecimiento del mercado.

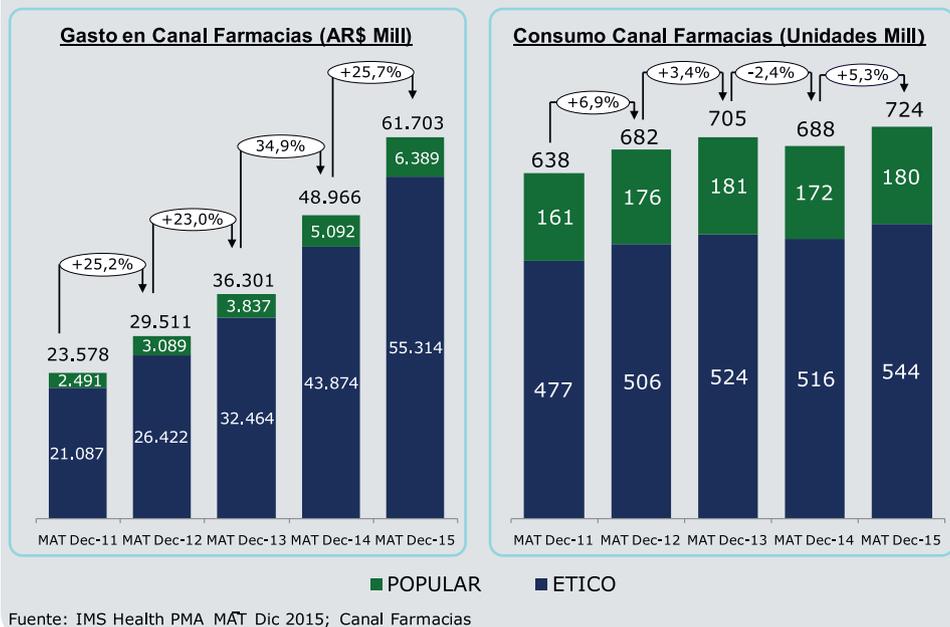
Yo creo que vamos a un sinceramiento del consumo debido a esa normalización de las condiciones que pone el PAMI para adquirir medicamentos.

Otro es el tema de la disminución del porcentaje de cobertura para algunas drogas. No tenemos cuantificado de qué magnitud puede llegar a ser, pero sin duda eso va a repercutir de alguna forma en la desaceleración del consumo. Los médicos van a pensar si le dan o no una medicación a un paciente. Y el paciente va a pensar si lo puede comprar o no. Porque esos 20 puntos de diferencia para un jubilado puede llegar a ser una cantidad de dinero significativa. Eso puede llegar a retrasar una necesidad de compra o descartarla.

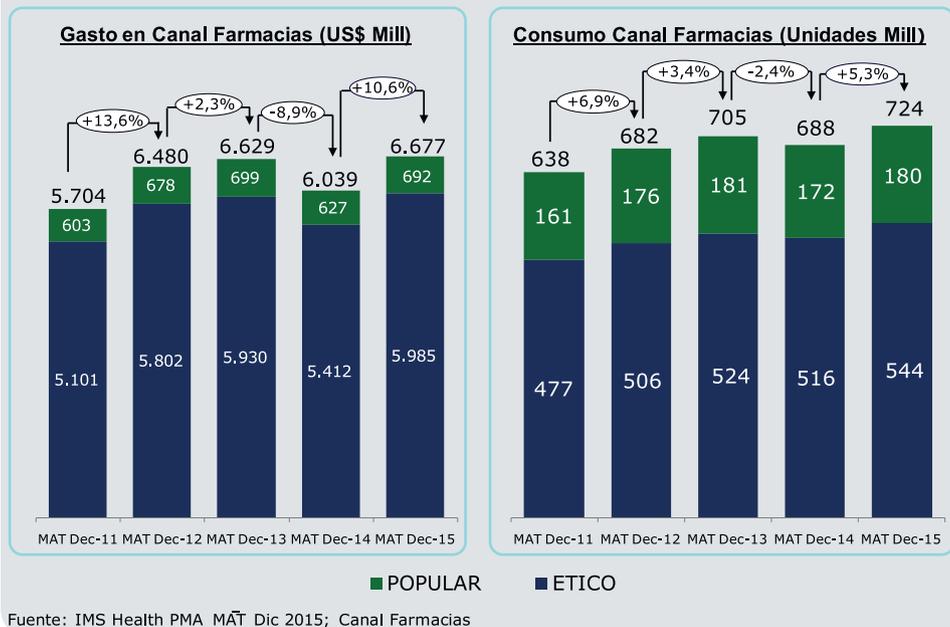
-¿Cómo se van a adaptar los laboratorios a esta nueva realidad del mercado, de contracción de la demanda y también a las nuevas reglas de juego del convenio PAMI?

-Creo que es algo que todos, en cierta forma, esperaban. Todos eran conscientes de que el sistema no estaba funcionando bien y que había que apretar algunas clavijas. Por otro lado, también es cierto que la industria está esperando desde hace bastante alguna forma de poder recuperar el desfasaje de precios que existió en los últimos diez años entre el incremento de los medicamentos y el de otros bienes de consumo. No solamente los laboratorios, sino todos los integrantes de la cadena de comercialización de medicamentos estaban esperando un reacomodamiento de precios como el que se produjo, deseando que la inflación del año no lo licúe. También hay cierto ánimo en el sector de pensar “*si este incremento de precios, necesario para que podamos mantener el nivel de funcionamiento, trae como consecuencia una desaceleración de la demanda, es un costo que los agentes están dispuestos a pagar para recuperar un poco de rentabilidad*”. No creo que esto signifique una sorpresa ni un efecto no esperado por gran parte de los actores de la cadena comercial, desde los laboratorios a las farmacias.

Las ventas en farmacias en Argentina crecieron un 26% en el 2015, principalmente debido al efecto inflacionario



A pesar de ello, en término de dólares, el mercado creció por arriba del 10%, recuperándose de la fuerte caída del 2014



Esta desaceleración del crecimiento no esperamos que se vea reflejada en despidos masivos, aunque sí en una evaluación meticulosa de los proyectos de inversión. Creo que este año es considerado como un año de transición en el que están buscando recuperar un poco de previsibilidad para los años que vienen y a medida que se vayan consolidando las nuevas reglas de juego y haya más previsibilidad, vendrán decisiones de realizar inversiones, tales como ampliar plantas, contratar personal, lanzamiento de nuevos productos y servicios, etc.

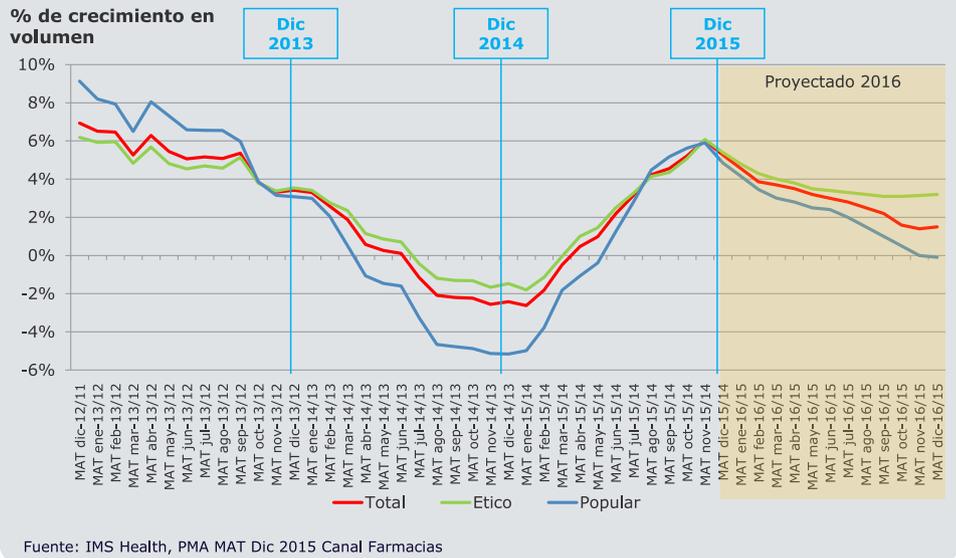
La salida del default, el nivel de inflación que va a tener la Argentina en 2016 y 2017, y cómo maneja el gobierno el conflicto social

son las variables para traer mejores perspectivas de desenvolvimiento del ambiente de negocios a futuro. Las cosas irán mejorando si tenemos estabilidad y previsibilidad. Todavía la gente y los tomadores de decisiones está esperando ver qué sucede con la evolución económica y social, así como la previsibilidad de las reglas de juego para el mediano – largo plazo.

-¿La contracción de la demanda –y eventualmente la presión social– podría provocar medidas como la aprobación del proyecto de ley que establece la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico?

-Yo no lo veo tan ligado a eso. Si nos referimos a la prescripción únicamente por nombre genérico, sin la posibilidad para el médico de prescribir adicionalmente una marca sugerida, no veo que sea el camino a seguir por parte de las actuales autoridades. Los pacientes tienen hoy en día la posibilidad de acceder a un número importante de opciones de marca a distintos rangos de precios. No veo factible que el gobierno aplique una norma general, para el 100% de la población, por casos particulares donde haya problemas de acceso. Por otra parte, si nos valemos de los antecedentes, por el perfil de las personas que componen el gobierno y las políticas que aplicó en su momento Mauricio Macri en la ciudad de Buenos Aires, sí se pueden llegar a tomar medidas de aumento en la racionalidad

Si bien existe una gran incertidumbre en cuanto a la evolución del mercado, IMS estima un moderado crecimiento durante 2016. El segmento OTC es el que más rápidamente se recuperó a pesar de ser el más castigado en 2014.



en el gasto, de modo de eficientizar el consumo. Entonces, yo no descarto que una vez superados los problemas urgentes desde el punto de vista económico, como la inflación y el déficit fiscal, pueda dictarse alguna medida más de fondo para hacer más eficiente el gasto. Que puede ser, por ejemplo, la fijación de precios máximos para las compras del Estado -no para las compras de particulares-, o referencias de precios contra canastas de países para la adquisición del Estado y obras sociales como el PAMI o las que se encuen-

El sector farmacéutico en Latinoamérica

En el marco del IMS Health World Review 2016 que se realizó el martes 17 de mayo, Juan Manuel Santa María informó sobre la situación del mercado de medicamentos a nivel de toda América Latina. El consultor señaló que la región "está creciendo a tasas -descontando la inflación de cada país-, muy cercanas a las de los mercados más maduros como Estados Unidos o Europa". Advirtió que hay una importante ventaja de la región de Asia Pacífico, donde el consumo de medicamentos se sigue acelerando por encima de la inflación.

"Hay un deterioro de las cuentas públicas en varios países, entre ellos Argentina, donde el proceso de crecimiento del déficit fiscal se ha tornado de cerca de 7 puntos del PBI. De todas formas la región sigue creciendo, cerca del 10% en el último año, pero con tasas de inflación promedio que son altas. En el año 2015 el promedio de la región estuvo cerca del 9%. Esto hace que el crecimiento real de la región por encima de la inflación sea bastante inferior a este 10%. Latinoamérica tiene un gasto de cerca de 43.000 millones de dólares en medicamentos".

Santa María describió la situación del mercado en Brasil, donde el canal retail comercializa cerca de 18.000 millones de dólares, que por los descuentos en los mostradores queda en 11.000 millones de dólares.

Canal institucional

A nivel regional, los presupuestos de los sistemas públicos

están poniendo trabas bastante fuertes al ingreso de drogas nuevas. Eso hizo bajar el gasto en el año 2015.

Las áreas terapéuticas que reúnen el mayor gasto son oncología, productos destinados al tratamiento de enfermedades autoinmunes, las vacunas, los antibióticos y antivirales, productos para enfermedades del sistema nervioso central, la diabetes y los antitrombóticos como los productos de mayor inversión por parte de los sistemas de salud en el segmento institucional.

Ese segmento representa hoy en día en Brasil cerca de 6.000 millones de dólares, en México cerca de 3.000, en el caso de Colombia 2.000 millones de dólares, y aquí se da una particularidad, que es que el segmento institucional ya ha superado en gasto al segmento de ventas por el canal farmacias. En esos países el sistema público utiliza principalmente genéricos.

En cuanto al canal farmacias, Brasil sigue siendo el líder absoluto. Casi duplica en facturación al segundo país, que es México. En tercer lugar se ubica Argentina.

La perspectiva para los próximos años

Habrá una desaceleración del crecimiento, también en la Argentina. Brasil seguirá siendo la locomotora del crecimiento de Latinoamérica, aun teniendo en cuenta los importantes descuentos que se están otorgando en el canal de farmacias.



7, 8 Y 9
DE JULIO

**PRÓXIMAMENTE
INSCRIPCIONES EN COLEGIOS**



tran bajo la órbita del Sistema Unico de Reembolso de la Superintendencia de Salud. Un antecedente interesante se da en el convenio de PAMI que se firmó hace poco con la industria, ya que una de las cláusulas –que hay que ver cómo se aplica- establece que el PAMI no va a comprar más caro que otro agente del Sistema de Salud. Hay que ver cómo se interpreta esa palabra, porque puede tomarse también en referencia a una licitación pública para un hospital. Ese tipo de medidas son las que podrían implementarse con más intensidad en un futuro.

-¿Cómo pueden mantenerse a flote las farmacias -sobre todo las pequeñas y medianas-, en este contexto económico que va a continuar este año y parte del próximo?

-El contexto no va a cambiar favorablemente en el corto plazo para el sector de farmacia minorista, en la medida en que las bonificaciones aportadas por las farmacias se mantengan en el tiempo. Es muy difícil de cambiar de un día para otro este aspecto así como la estructura del sistema de reembolso mediante notas de crédito para las farmacias. Las condiciones actuales muy probablemente sean similares a las futuras, a menos que a nivel sectorial haya algún tipo de negociación exitosa para poder recuperar algunos puntos de rentabilidad que la farmacia está entregando al sistema desde hace unos 15 años. Si esas condiciones no cambian, lo único que le queda a la farmacia es ser muy eficiente en el uso de los recursos con los que cuenta. Y muy racional en la administración de sus procesos tanto de compra como de promoción, en el marketing que hace la farmacia hacia sus clientes, son temas que tiene que trabajar muchísimo para modernizarse. Pero si el sector farmacéutico quiere operar en otras condiciones, habría que trabajar a nivel sectorial para modificar los términos en los cuales se brinda el servicio. Es un tema más político-sectorial que económico, y de mediano a largo plazo. En el corto plazo lo que queda es administrar lo que tenemos en forma eficiente.

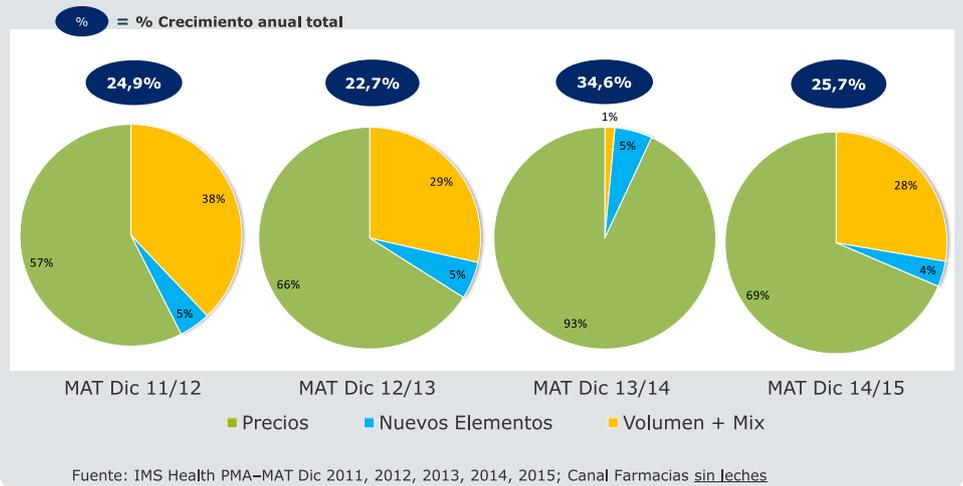
-Teniendo en cuenta que los argentinos solemos tener crisis económicas cíclicas, ¿qué aprendizaje debería dejar esta última etapa al sector farmacéutico?

-Tendríamos que retrotraernos a qué fue lo que sucedió en la última década. Y la pregunta se puede responder desde los distintos puntos de vista de los actores del sector. Desde el punto de vista de la industria, que tampoco es una sola, porque están quienes producen y quienes importan. Y quienes elaboran productos genera-

El incremento de precios fue el principal factor de crecimiento los últimos años, en un contexto macro que se fue deteriorando

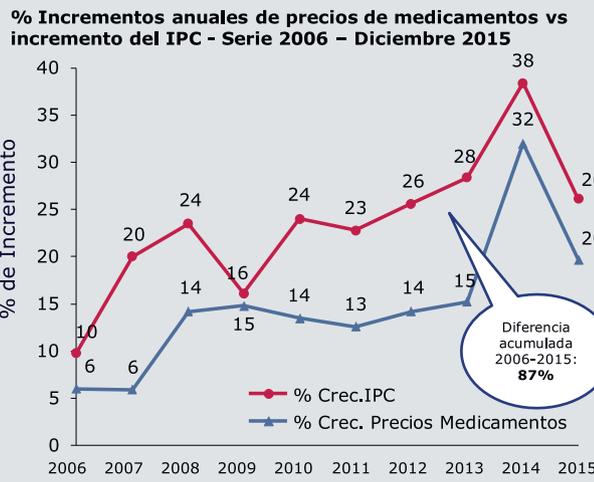
El volumen + mix fue perdiendo peso relativo en los últimos años, y se observa una creciente incidencia de lanzamientos como factor de crecimiento

Aporte de cada factor al crecimiento total de cada año en el Mercado Total s/leches



Sin embargo, por decimo año consecutivo el IPC real superó al incremento en los precios de medicamentos

Los actores de la cadena comercial buscan medios para combatir la erosión del margen producida por costos que crecen por encima del precio de venta



- Recortes presupuestarios
- Postergaciones en reposición de vacantes
- Búsqueda de eficiencias operativas
- Extensiones de línea y lanzamiento de nuevos productos
- Replanteo de términos y condiciones comerciales
- Financiamiento a través de proveedores
- Captura de masa crítica
- Replanteo de niveles de bonificaciones de farmacias al sistema de SS y PAMI

Fuentes: Indec (hasta 2006)– Inflación Congreso / Analistas independientes (desde 2007) – IMS Health Consultoría y Servicios

lizados y quienes hacen productos más específicos. Por el lado de las compañías farmacéuticas multinacionales, durante estos años, hay un tema que se fortaleció, que es el de la investigación en la Argentina. Nuestro país no debería perder ese rasgo de ser un país de referencia en cuanto a la calidad de sus investigadores. Y desarrollar aún más la investigación clínica de forma de crear fuentes de trabajo calificadas en nuestro país.

Desde el punto de vista de los laboratorios con plantas de producción locales, nuestro mercado se ha ido expandiendo en los últimos años, y eso fue algo beneficioso para los productores. Los laboratorios locales no deberían perder la estrategia que durante los últimos tiempos fue muy importante, de ampliar las fronteras del país y abastecer también a otros mercados en distintos continentes.

Bisolvon®

Una gran opción para tu farmacia



4 de cada 10
consumidores lo eligieron*



Genera tráfico en el
punto de venta



Precio competitivo



Portafolio Completo



Fuerte campaña
de televisión

**DESCUENTO
ADICIONAL**
Bisolvon Adulto: 12%
Bisolvon Pediátrico: 11%
Bisolhelix: 15%
Plazo: 60 días



NUEVO



*Fuente: IMS - MAT Dic 2015 | ROSC EXPECTORANTES - Populares | Jarabes
Lea atentamente el prospecto y ante la menor duda consulte a su médico y/o farmacéutico. Principio activo Bisolvon: Bromhexina.

El mercado global

Murray Aitken, Director Ejecutivo del IMS Institute for Healthcare Informatics, adelantó en la presentación anual del IMS World Review que en 2020 va a haber más de 225 nuevos medicamentos en el mercado global.

Más de la mitad de la población mundial vivirá en países donde el consumo de medicamentos excederá una dosis por día por persona. Eso llevará a un gasto de 1.4 billones de dólares.

Por ahora, el gasto en el mundo es de 1.1 billones de dólares con un crecimiento anual de 9.5%. Pero Aitken adelantó que ese ritmo de crecimiento se va a desacelerar en los próximos años. Ya este año no va a superar el 8%.

El 75% del crecimiento global viene de 5 áreas terapéuticas:

Hepatitis	28%
Oncológicos	19%
Antidiabéticos	9%
Autoinmunológicos	7%
HIV	4%
MS	3%
Tratamientos enf. Respiratorias.....	3%
Salud Mental.....	2%

Aitken destacó la cantidad de drogas que están en el pipeline, sobre todo en el área de Oncología, con nuevos mecanismos de acción.

En esta área se concentró un tercio de las nuevas drogas y también se triplicó el gasto en este segmento de medicamentos. Pero en el actual contexto macroeconómico, los go-



biernos están implementando estrategias para bajar el gasto, como la colaboración entre países para la negociación de precios, los topes presupuestarios y esquemas de amortización.

Por su parte los laboratorios buscan alternativas para sostener sus cifras de facturación, como la asociación con hospitales privados y seguros y también acuerdos con los sistemas públicos.

En cuanto a las iniciativas privadas, algunos ejemplos son Roche con empresas de seguros en China y con Swiss Re, GSK con Barclays, Sanofi con acciones de Apollo Sugar Diabetes Clinics en India y AstraZéneca con el Healthy Hearts Club.

A la vez, para continuar creciendo a través de la incorporación de los avances de la tecnología, los laboratorios se asocian a otras empresas. Por ejemplo Pfizer se unió a 23 and Me para el descubrimiento de dianas terapéuticas y 23 and Me también a Genetech.

Novartis se asoció a Qualcomm y ésta a Roche. Sanofi se asoció a Google para el monitoreo de pacientes y evaluación de terapias para pacientes. Y Google a Johnson y Johnson para el desarrollo de robótica.

Es que además, los laboratorios multinacionales tienen que hacer frente a la competencia creciente de los biosimilares. Actualmente hay 85 biosimilares en desarrollo.

Sólo como ejemplo, el infliximab en países como Noruega y Polonia llegó en dos años al 98% y 86% de penetración en el mercado. En otros países como España e Inglaterra alcanzó el 25%.

Los números de la Argentina

"Terminamos 2015 con un fuerte crecimiento en unidades de cerca del 5%. Este año comenzó con una desaceleración del crecimiento, fundamentalmente en el sector de venta libre. La buena noticia para 2016 es que, frente a incrementos de precios muy similares a 2014, del 37% para un conjunto de presentaciones que hacen al 80% del mercado, esas mismas presentaciones habían crecido 38,6% en el 1° trimestre de 2014. Sin embargo, en 2014 la variación de la demanda, es decir, el crecimiento en volumen, había sido tan solo del 1%, mientras que en el 1° trimestre de este año, para este conjunto de presentaciones, es casi del 5%. Es decir, que hoy en día, si bien tenemos una situación macroeconómica similar a la de 2014, la demanda se está sosteniendo en mayor medida que en ese año y esperamos que a lo largo de 2016, a menos que haya algún cataclismo económico, terminemos en una mejor posición en términos de incrementos de consumo, que lo que terminamos en 2014.

Nuestra proyección para 2016 es de un crecimiento del mercado aproximadamente del 2%, con un crecimiento del mercado ético un poquito por encima de esos valores y el mercado de venta libre cercano al 1%.

Ese 2% está compuesto por un estimado de 32% de incremento de precios y un 6% de crecimiento por cambios del mix entre terapias antiguas a terapias más innovadoras. Totalizando cerca del 40% de crecimiento en moneda local para fin de año".

En lo que hace a la cadena de comercialización, es muy importante mantener las eficiencias, tanto en época de crisis, como en épocas de actividad económica normalizada porque la cadena comercial, distribuidores y mayoristas, trabajan realmente con márgenes muy limitados y pequeñas diferencias en las eficiencias son quizás el motivo por el cual un balance pasa de azul a rojo.

Desde el punto de vista de la farmacia -y hablo a título personal- es importante ser conscientes de su rol como agentes de salud, su rol social, pero también no hay que perder de vista el hecho de que el paciente/cliente necesita ser "seducido" y fidelizado en el punto de venta. Por eso hay que incrementar el volumen de servicios que se brindan. No hay que tener temor de encarar la actividad en términos de racionalidad económica y del marketing de la marca de la farmacia, sin caer en el mercantilismo, porque son cosas bien distintas. Las farmacias pueden adoptar muchos servicios para el paciente/cliente, que tienen que ver con la adherencia a los tratamientos, con la facilidad de compra, con los mecanismos de pago, con hacer atractivo el local y que la experiencia de la compra de un medicamento, dentro del contexto que significa comprar un medicamento para el tratamiento de una dolencia, sea una experiencia gratificante. Hay un camino que las farmacias deben recorrer para no quedar relegadas: No quedarse en el tiempo, actualizarse en conocimiento, infraestructura y tecnología. 🇨🇦

@ 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

Filten[®] LP

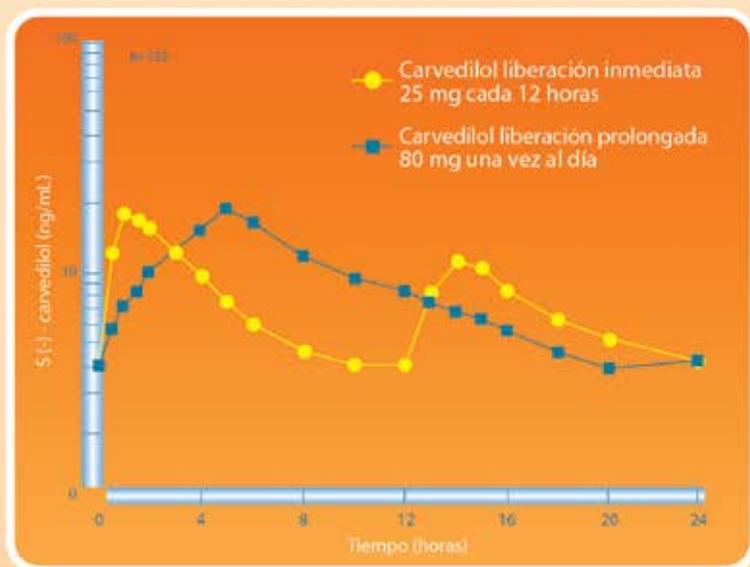
CARVEDILOL 10-20-40-80 MG

MICROGRÁNULOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

Primer carvedilol en microgránulos de liberación prolongada

- Farmacocinética de carvedilol de liberación prolongada vs. carvedilol de liberación inmediata¹

Molécula aprobada por FDA



- Eficacia sostenida y control de la HTA durante las 24hs.¹
- Tabla de equivalencias a Filten[®]LP²



Dosis diaria de comprimidos de carvedilol			Dosis diaria de las cápsulas de FILTEN [®] LP	
	3.125 MG (2 veces al día)	➔	10 MG (1 vez al día)	
	6.25 MG (2 veces al día)	➔	20 MG (1 vez al día)	
	12.5 MG (2 veces al día)	➔	40 MG (1 vez al día)	
	25 MG (2 veces al día)	➔	80 MG (1 vez al día)	

TOMA 1 DIARIA

Presentaciones:

Envases con 28 y 30 cápsulas con microgránulos de liberación prolongada, conteniendo 10, 20, 40 y 80 mg de carvedilol.

pami 60%

IOMA



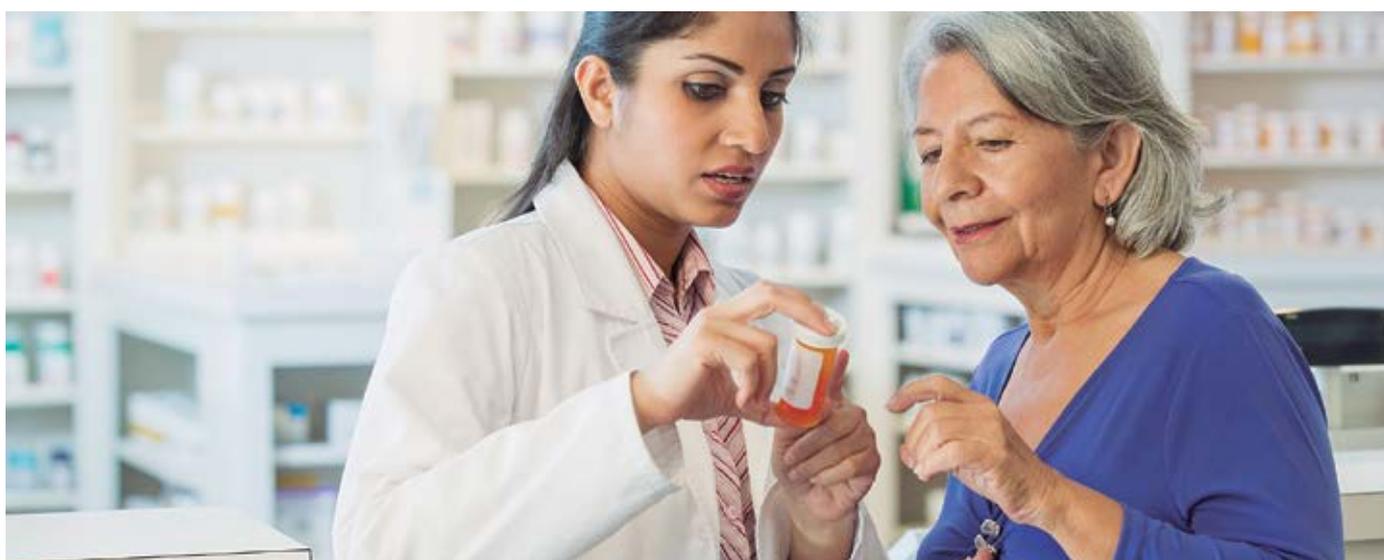
1. Fishman WH y col; Controlled-release carvedilol in the management of systemic hypertension and myocardial dysfunction; Vasc Health Risk Manag 2008;4(6):1387-400. 2. Prospecto Filten LP - Gador S.A. - Fecha última revisión ANMAT: Abr. 2009.



BUENOS AIRES 2016
FIP WORLD CONGRESS
 28 August - 1 September



Todos los profesionales de la salud deberían adoptar el concepto de Atención Farmacéutica



La Secretaria General la PGEU (entidad que representa a las asociaciones farmacéuticas de la Unión Europea) y la experta de la FIP, miembro de la comisión de Ejercicio de la Farmacia y de la Red de Atención Farmacéutica de Europa, adelantan los temas que desarrollarán durante la conferencia "Atención Farmacéutica basada en las necesidades del paciente" en el Congreso Mundial de Farmacia que se realizará en Buenos Aires del 28 de agosto al 1º de septiembre.



Por las Dras. Jūratė Švarcaitė (1) y Arijana Meštrović (2)

La práctica de la Farmacia moderna avanzó por sobre el acto de suministro de medicamentos, focalizándose actualmente en la gestión de la atención al paciente y asegurar el logro de resultados terapéuticos apropiados cuando los medicamentos se han dispensado.

Manejar los procesos de utilización de los medicamentos para mejorar los resultados, y la calidad de vida del paciente, es un concepto más conocido como la Atención Farmacéutica.

La AF es una actividad profesional en la que un farmacéutico, usando su conocimiento y experiencia, identifica las necesida-

des del paciente, establece prioridades en el proceso de tratamiento, supervisa al paciente durante el tratamiento y asume la responsabilidad de los resultados del uso de los medicamentos. Esta responsabilidad es compartida con el prescriptor (generalmente el médico) que establece el diagnóstico y prescribe el tratamiento inicial, y con el paciente, que debe ser motivado a asumir su parte de la responsabilidad y mantener la adherencia a la terapia indicada.

La AF deriva de los principios y postulados de la Farmacia Clínica, que los farmacéuticos reconocen como base científica para la intervención en el tratamiento de los pacientes. El concepto de la Farmacia Clínica aclara el papel de los farmacéuticos en el proceso de atención. Se trata de diferentes maneras de cooperar con otros profesionales de la salud, y la vinculación de la ciencia con la práctica para beneficio del paciente. Sin embargo, para lograr el mayor impacto posible, es necesario que los farmacéuticos no sólo tengan el conocimiento, sino también desarrollen

IVERMECTINA



La ivermectina es un agente antiparasitario que está indicado para el tratamiento de enfermedades parasitarias, como la oncocercosis, la estrogiloidiasis y la escabiosis (sarna) humana.

Este fármaco deriva de las avermectinas, que son una clase de agentes antiparasitarios de amplio espectro que poseen un único modo de acción. Estos compuestos se unen de forma selectiva y con alta afinidad a los canales del ion cloruro generados por el glutamato, presentes en las células musculares y nerviosas de los invertebrados, generando un aumento en la permeabilidad de la membrana celular hacia los iones cloruro, con hiperpolarización de la célula muscular o nerviosa ocasionando la parálisis y la muerte del parásito. Los compuestos de esta clase también interactúan con otros canales de cloruro activados por otros ligandos, como el neurotransmisor ácido gama-aminobutírico (GABA).

La actividad selectiva de los compuestos de esta clase se atribuye a que algunos mamíferos no tienen canales del cloro generados por glutamato ya que las avermectinas presentan una baja afinidad hacia los canales del cloro generados por ligandos en los mamíferos.

La ivermectina actúa estimulando la liberación del GABA, a partir de las terminaciones nerviosas presinápticas. Por este mecanismo es que en los nematodos inhibe la transmisión del influjo de las interneuronas del cordón ventral a las neuronas motoras y en los artrópodos, por un mecanismo similar inhibe la transmisión del influjo a la unión neuromuscular.

Cabe señalar que la ivermectina no cruza fácilmente la barrera hematoencefálica en seres humanos. Tampoco penetra fácilmente en el sistema nervioso central de los mamíferos, por ende, no interfiere en los mamíferos con la neurotransmisión GABA-dependiente.

También se puede observar la administración de ivermectina en: pacientes de edad avanzada, en el tratamiento de escabiosis endémicas, en pacientes inmunocomprometidos, en los cuales pueden ser difíciles los tratamientos tópicos para la sarna, con riesgo de fracasos, y en pacientes con formas de escabiosis que no responden a tratamientos convencionales.

Este medicamento se presenta en loción al 0.5%, en comprimidos y en comprimidos ranurados.

Dosis y Administración:

Comprimidos:

Los pacientes pueden tomar los comprimidos al levantarse o en otro momento, pero no se deben ingerir alimentos 2 horas antes ni 2 horas después de la toma de ivermectina.

Estrongiloidiasis:

Tratamiento: En pacientes con un peso corporal >a 79 Kg administrar una dosis única de aproximadamente 200 mcg/Kg con agua en ayunas. La importancia de la dosis de ivermectina está determinada por el peso de los pacientes como a continuación se detalla:

Peso corporal en Kg	Dosis en comprimidos
15-24	½
25-35	1
36-50	1 1/2
51-65	2
66-79	2 1/2
>79	200 mcg/Kg

En general, no se necesitan dosis adicionales, pero se recomienda realizar exámenes de las heces para verificar la erradicación de la infección.

Oncocercosis:

Tratamiento: En pacientes con un peso corporal >a 84 Kg administrar una dosis única de aproximadamente 150 mcg/Kg con agua en ayunas. La importancia de la dosis de ivermectina está determinada por el peso de los pacientes como a continuación se detalla:

Peso corporal en Kg	Dosis en comprimidos
15-25	½
26-44	1
45-64	1 1/2
65-84	2
>84	150 mcg/Kg

En la mayoría de los pacientes, el intervalo de tiempo propuesto es de 12 meses. Pero en algunos pacientes es preferible repetir el tratamiento cada 3 meses.

Escabiosis:

Se recomienda una dosis única, de acuerdo con el peso del paciente. De ser necesario y según criterio médico, repetir la dosis a los 15 días.

Ante la ausencia de la información del peso de la persona, la dosis de ivermectina para su uso en campañas de tratamiento masivos se puede determinar por la talla de los pacientes como se detalla a continuación:

Talla en cm	Dosis en comprimidos
90-119	½
120-140	1
141-158	1 1/2
>158	2

En todos los casos se deben atener estrictamente a lo indicado por el médico tratante.

Loción al 0.5%

Pediculosis:

Tratamiento: Aplicar una cantidad suficiente de la loción sobre el cabello seco, hasta cubrir completamente el cabello y el cuero cabelludo. Dejar actuar 10 minutos y luego enjuagar con abundante agua. Se sugiere acompañar el tratamiento de la loción con el uso del peine fino que contribuye a remover piojos y liendres.

Reacciones adversas:

En la mayoría de los casos, los efectos secundarios son rápidos y transitorios, como ser:

Las reacciones de hipersensibilidad que resultan de la muerte de las microfilarias luego del tratamiento con ivermectina son los síntomas de la reacción Mazzotti, que se caracterizan por prurito, conjuntivitis, artralgias, mialgias (comprende mialgia abdominal), fiebre, edema, linfadenitis, adenopatías, náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión ortostática, taquicardia, astenia, erupción y cefaleas. Estos síntomas rara vez son severos.

Si bien los efectos secundarios oftalmológicos son poco frecuentes, sin embargo, luego del tratamiento con los comprimidos de ivermectina, algunos pacientes pueden presentar ocasionalmente una sensación anormal en los ojos, edema de papila, uveítis anterior, conjuntivitis, queratitis, coriorretinitis o coroiditis que se pueden producir a causa de una afección de las mismas. Estos efectos raramente son severos y desaparecen por lo general, sin la ayuda de corticoides.

Precauciones y advertencias:

En aquellos pacientes que presenten una hipersensibilidad a la ivermectina, se debe tener en cuenta que la reinstalación del tratamiento está contraindicada.

Se advierte que los comprimidos de ivermectina no se deben administrar a niños menores de 5 años; dado que la seguridad del empleo de este fármaco no ha sido establecida antes de esa edad.

No se recomienda la prescripción de ivermectina en las mujeres embarazadas, ya que no hay estudios adecuados y bien controlados en las mismas.

Se advierte que no debe utilizarse ivermectina en las mujeres en periodo de lactancia, salvo que el beneficio esperado sea superior al riesgo potencial posible para el niño. Los tratamientos en las madres que tengan la intención de amamantar a su bebé serán aplicados luego de una semana del nacimiento del niño.

Se debe tener en cuenta que menos del 2% de la dosis de ivermectina aparece en la leche materna, de ahí que la seguridad del empleo de este medicamento no ha sido establecida en los lactantes.

Se advierte que no se ha establecido la seguridad y efectividad de la administración de ivermectina en pacientes pediátricos que pesen menos de 15 kg.

Se debe tener en cuenta que bajo el tratamiento con ivermectina se pueden observar un aumento del 3% en los valores de leucopenia y eosinofilia; un incremento del 2% en los valores de las enzimas alaninotransaminasa (ALT) y/o de la aspartato aminotransferasa (AST); un aumento del 1% de la hemoglobina.

Interacciones:

Cabe señalar que si bien no hay resultados en el hombre, se aconseja evitar los medicamentos GABA agonistas en el tratamiento de intoxicaciones accidentales ocasionadas por la ivermectina.

Contraindicaciones:

Está contraindicada en los pacientes con hipersensibilidad a la ivermectina o a alguno de los componentes de la fórmula.

No debe ser administrada ni durante el embarazo ni durante la lactancia.

Sobredosificación:

Si bien se han informado casos de sobredosis accidentales con ivermectina, ninguna muerte ha sido atribuida a este medicamento.

En caso de intoxicación accidental, la terapéutica asintomática indicada, debe consistir en la administración parenteral de líquidos y electrolitos, asistencia respiratoria, (oxígeno y ventilación asistida si es necesario) y agentes presores en caso de hipotensión marcada.

En aquellos pacientes en los que sea necesario prevenir la absorción de la ivermectina, se indica la inducción de vómitos y/o la práctica de lavado gástrico lo más rápido posible, seguido de la administración de purgantes y de un tratamiento antiveneno de rutina.

Se recomienda evitar los medicamentos GABA agonistas con el tratamiento de las intoxicaciones accidentales debidas a la ivermectina.

En caso de sobredosis consulte inmediatamente a su médico, al hospital más cercano o a los siguientes Centros de Intoxicaciones:

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

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

- Hospital Fernández: (011) 4801-5555

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

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
DERMOPER IV	Ivermectina	Comprimidos	RAYMOS
DETEBENCIL	Ivermectina	Comprimidos Ranurados	ROUX OCEFA
EVANIX	Ivermectina	Loción al 0.5%	ELEA
IVER P	Ivermectina	Comprimidos	ELEA
IVERTAL	Ivermectina	Comprimidos	PANALAB
LICEND	Ivermectina	Loción al 0.5%	CASSARA
SECURO	Ivermectina	Comprimidos	RAYMOS

VILDAGLIPTINA



La vildagliptina es un hipoglucemiante oral, que está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2).

También se usa como tratamiento dual por vía oral en combinación:

- con metformina, en pacientes que tienen un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia;
- con una sulfonilurea, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de una sulfonilurea y para los que la metformina no es adecuada debido a contraindicaciones o intolerancia;
- con una tiazolidindiona, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia y para los que es adecuado el uso de una tiazolidindiona.

La vildagliptina, como miembro de la clase de los potenciadores de los islotes, es un inhibidor potente y selectivo de la dipeptidil-peptidasa 4 (DPP 4) que mejora el control de la glucemia. La administración de vildagliptina produce una inhibición rápida y completa de la actividad de la DPP 4. En los pacientes con diabetes de tipo 2, la administración de vildagliptina inhibió la actividad de la enzima DPP 4 durante un período de 24 horas. Dicha inhibición de DPP 4 aumentó las concentraciones endógenas, posprandiales y en ayunas, de las hormonas incretinas GLP 1 (péptido 1 glucagonoide) y GIP (polipéptido insulínico dependiente de glucosa).

La vildagliptina mejora la sensibilidad a la glucosa de las células beta aumentando los niveles endógenos de las hormonas incretinas, y por tanto favoreciendo la secreción de insulina dependiente de glucosa. El grado de mejora de la función de dichas células depende del grado inicial de deficiencia; en los individuos que no padecen de diabetes (normoglucémicos), la vildagliptina no estimula la secreción de insulina ni reduce las concentraciones de glucosa. El tratamiento con dosis de vildagliptina de 50-100 mg al día en pacientes con diabetes tipo 2 mejoró de forma significativa los marcadores de la función de las células beta, incluyendo el HOMA- β (Homeostasis Model Assessment- β). En individuos no diabéticos (glucemia normal), la vildagliptina no estimuló la secreción de insulina ni redujo los niveles de glucosa.

Mediante el aumento de los niveles de GLP-1, la vildagliptina también potencia la sensibilidad de las células alfa a la glucosa, adecuando mejor la secreción de glucagón en función de la glucosa. A su vez, la reducción del glucagón inadecuado durante las comidas atenúa la resistencia a la insulina.

El incremento del cociente insulina / glucagón, que tiene lugar durante la hiperglucemia debido al aumento de la concentración de las hormonas incretinas, hace que se reduzca la producción de glucosa hepática posprandial y en ayunas, lo cual conduce a la disminución de la glucemia.

Durante el tratamiento con vildagliptina no se observa el conocido efecto que producen las concentraciones elevadas de GLP 1, consistente en demorar el vaciado gástrico. Por otro lado, se ha observado una disminución de la lipemia posprandial, aunque sin relación alguna con el efecto mejorador que vildagliptina ejerce sobre la función de los islotes a través de la incretina.

El sexo biológico, la edad y/o el índice de masa corporal (IMC) no afectan la inhibición de DPP 4 con vildagliptina.

Este medicamento se presenta en comprimidos.

Dosis y Administración:

Vildagliptina para el tratamiento de la diabetes puede administrarse con o sin alimentos y debe adaptarse a las necesidades de cada paciente, a saber:

Vildagliptina en combinación dual con metformina o una tiazolidindiona:

La dosis diaria recomendada de vildagliptina es de 100 mg, repartida en dos dosis de 50 mg administradas por la mañana y por la noche.

Vildagliptina en combinación dual con una sulfonilurea:

La dosis recomendada de vildagliptina es de 50 mg una vez al día administrada por la mañana. Con este tratamiento de combinación, la administración de 100 mg de vildagliptina una vez al día no fue más efectiva que la administración de 50 mg de vildagliptina una vez al día. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg.

La seguridad y la eficacia de vildagliptina como tratamiento oral triple en combinación con metformina y una tiazolidindiona o con metformina y una sulfonilurea no han sido establecidas.

Pacientes con insuficiencia hepática: no administrar a pacientes con insuficiencia hepática ni a pacientes cuyos valores de las enzimas alaninotransaminasa (ALT) y/o aspartato aminotransferasa (AST) antes de iniciar el tratamiento son >3 veces el límite superior normal.

Pacientes con insuficiencia renal: No es necesario ajustar la dosis de vildagliptina en los pacientes con insuficiencia renal leve (clearance de creatinina ≥ 50 ml/min). La dosis recomendada de vildagliptina en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave o con enfermedad renal terminal en hemodiálisis es de: 50 mg una vez al día.

Pacientes de edad avanzada: No es necesario ajustar la dosis en los pacientes de edad avanzada. Sin embargo este grupo de pacientes debe tratarse con precaución, ya que la experiencia en pacientes de 75 años de edad y mayores es limitada.

Reacciones adversas:

La mayoría de las reacciones adversas observadas en algunos pacientes son de naturaleza leve y transitoria y no exigieron la interrupción del tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria.

En muy pocos pacientes se ha reportado disfunción hepática, incluyendo hepatitis. En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos, sin secuelas a nivel clínico y las pruebas de función hepática retornaron a los valores normales luego de la suspensión del tratamiento.

En estudios en monoterapia y de tratamiento combinados, controlados de hasta 24 semanas de tratamiento de duración, la incidencia de elevación de ALT y AST 3 veces el valor normal (determinadas en dos oportunidades consecutivas o hasta la última visita del período de tratamiento) fue 0,2%, 0,3% y 0,2% para vildagliptina 50 mg una vez al día, 50 mg dos veces al día y todos los comparadores respectivamente. Estas elevaciones fueron generalmente asintomáticas, no progresaron y no estaban asociadas a colestasis ni ictericia.

Se han notificado casos raros de angioedema con vildagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vildagliptina se administró en combinación con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina.

Durante la etapa post-marketing se han informado las siguientes reacciones adversas adicionales: casos esporádicos de hepatitis, que revertía al retirar el tratamiento y urticaria o pancreatitis de frecuencia desconocida.

Se advierte que como estas reacciones son comunicadas de forma voluntaria por una población de tamaño incierto, no siempre es posible estimar de forma fiable su frecuencia, de modo que esta última se considera desconocida.

Precauciones y advertencias:

Precauciones

Insuficiencia hepática: la vildagliptina no se debe administrar a pacientes con insuficiencia hepática ni a pacientes que, antes de iniciar el tratamiento, tengan elevaciones de ALT o AST >3 veces el límite superior normal.

En la práctica clínica habitual, se recomienda efectuar pruebas de la función hepática antes de instaurar el tratamiento con vildagliptina para determinar los valores basales del paciente y repetirlos periódicamente cada 3 meses en el primer año y posteriormente en forma periódica. Los pacientes que presenten cifras elevadas de transaminasas deben ser objeto de una segunda prueba de la función hepática para confirmar el resultado, así como de un seguimiento posterior con pruebas frecuentes de la función hepática hasta que las cifras se normalicen.

Se recomienda interrumpir el tratamiento con vildagliptina si la elevación de AST o ALT es igual o superior a tres veces el límite superior de lo normal (LSN) en forma persistente. Los pacientes que desarrollan ictericia u otros signos de disfunción hepática deben discontinuar el tratamiento y ponerse en contacto con su médico inmediatamente. Luego de la suspensión del tratamiento y normalización de las pruebas de función hepática no se debe reinstaurar el tratamiento con este fármaco.

Insuficiencia cardíaca: no se recomienda el uso de vildagliptina en los pacientes con clase funcional I-II de la New York Heart Association (NYHA), ya que la experiencia con vildagliptina es limitada en estos pacientes.

Trastornos de la piel: se recomienda monitorear los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras; como cuidados de rutina del paciente diabético.

Advertencias

Se advierte que la vildagliptina no es un sustituto de la insulina en los pacientes insulino-dependientes.

Se debe tener en cuenta que los comprimidos de vildagliptina contienen lactosa, por lo tanto los pacientes que padezcan trastornos hereditarios de intolerancia a la galactosa o la deficiencia de lactasa de los lapones o una deficiencia de absorción de glucosa-galactosa, no deben tomar este medicamento.

No se debe utilizar la vildagliptina en los pacientes con diabetes de tipo 1 ni para el tratamiento de la cetoacidosis diabética.

La vildagliptina no se debe administrar a pacientes con insuficiencia hepática ni a pacientes que, antes de iniciar el tratamiento, tengan aumentos en las enzimas ALT y/o AST >3 veces el límite superior normal.

Se recomienda no administrar vildagliptina durante el embarazo porque no existen datos suficientes sobre la utilización de este medicamento en mujeres embarazadas.

La vildagliptina no debe administrarse a madres que estén amamantando porque se desconoce si este fármaco pasa a la leche humana.

No se recomienda el empleo de la vildagliptina en los pacientes pediátricos, ya que no se han estudiado los efectos de este medicamento en pacientes menores de 18 años.

Se aconseja que los pacientes que sientan mareos no deben conducir vehículos ni utilizar máquinas pues no se han realizado estudios sobre los efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas.

Interacciones:

Dado que la vildagliptina no es sustrato de las enzimas del citocromo P (CYP) 450, ni tampoco inhibe ni induce dichas enzimas, no es probable que interactúe con medicamentos concomitantes que son sustratos, inhibidores o inductores de dichas enzimas.

Combinación con pioglitazona, metformina y gliburide: no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes con estos antidiabéticos orales.

Combinación con amlodipina, ramipril, valsartán o simvastatina: se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes con la administración concomitante de vildagliptina.

De manera similar a otros antidiabéticos orales, el efecto hipoglucemiante de la vildagliptina puede ser reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos.

Contraindicaciones:

La vildagliptina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a este fármaco o a cualquiera de los excipientes. No se debe utilizar vildagliptina en los pacientes con diabetes de tipo 1 ni para el tratamiento de la cetoacidosis diabética.

Sobredosificación:

Si bien hasta ahora la información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada, con la administración de 400 mg de este fármaco se han informado solo 3 casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina y otros 3 pacientes presentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Con la interrupción de la administración de vildagliptina, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento.

El tratamiento con vildagliptina no es dializable, pero el metabolito principal de la hidrólisis (LAY151) puede eliminarse por hemodiálisis. En caso de sobredosis, se debe administrar tratamiento de soporte.

Ante la eventualidad de una sobredosificación concurrir al Hospital más cercano o comunicarse a los Centros de Toxicología:

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

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

- Hospital Fernández: (011) 4801-5555

- Centro Nacional de Intoxicaciones: 0800-3330-160.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	LABORATORIO
GALVUS	Vildagliptina	Comprimidos	NOVARTIS
GLUCEMIX	Vildagliptina	Comprimidos	BAGO
ZOMARIST	Vildagliptina	Comprimidos	MONTPELLIER



***Distribución integral de
productos medicinales,
accesorios y perfumería***



***Cobertura
nacional***



***Tecnología
orientada a
la eficiencia***



***Farmaclub
Productos y servicios***



www.monroeamericana.com.ar

Monroe Americana
Nuestra Gente a su Servicio

Aliado natural de la farmacia

habilidades en comunicación, juicio y toma de decisiones.

La práctica clínica debería ocupar un rol creciente en el trabajo diario de los farmacéuticos, en lugar de ser exclusivo de los farmacéuticos de especialidad. La práctica de la Farmacia Clínica incluye la filosofía de la Atención Farmacéutica que se centra en el conocimiento especializados y la experiencia. Como disciplina científica, la Farmacia Clínica incluye la tarea de recolectar y contribuir a la creación de nuevos conocimientos que pueden mejorar la salud y calidad de vida.

Los farmacéuticos europeos y de otras regiones del mundo desarrollaron una variedad de servicios farmacéuticos dirigidos a las diferentes etapas de los tratamientos. Se basan en la firme evidencia de que los objetivos de tratamiento específicos se asocian con mejores resultados en los pacientes. Por ejemplo, los servicios de farmacia incluyen:

- La realización de una evaluación de las necesidades del paciente;
- El inicio, el ajuste o la suspensión del tratamiento en consulta con los prescriptores cuando sea necesario;
- La gestión de enfermedades, maximizar los resultados de la farmacoterapia a través de revisiones del uso de medicamentos y administración de medicamentos;
- Realizar, interpretar y monitorear resultados de análisis de laboratorio
- Proveer servicios de seguimiento para apoyar a los pacientes con enfermedades crónicas.



Además, se ha desarrollado una serie de servicios farmacéuticos en respuesta a las necesidades de salud pública de las comunidades y la sociedad en general. Estos incluyen servicios de evaluación y servicios de cuidado personal.

Romper las barreras

En todo el mundo, las asociaciones nacionales de Farmacia están tratando de promover e incorporar los servicios de farmacia en los sistemas nacionales de atención de la salud, y aunque estos movimientos son apoyados por una fuerte evidencia, hay muchos desafíos que superar. Las barreras incluyen un número insuficiente de farmacéuticos, una infraestructura inadecuada de la farmacia, falta de fondos, marcos legales restrictivos (que limitan las actividades de los farmacéuticos) y, a veces, la falta de motivación de los propios farmacéuticos. Pero lo más importante, para que los farmacéuticos puedan prestar servicios efectivos y eficientes, centrados en las necesidades de los pacientes, es la colaboración de otros profesionales de la salud involucrados en la atención al paciente. No sorprende que una de las barreras más mencionadas para la implementación de los servicios farmacéuticos es la oposición y la falta de apoyo de otros profesionales de la salud. Es importante apoyar el intercambio profesional con todas las partes involucradas en el

cuidado del paciente, tanto en la atención primaria como la secundaria, para que las necesidades de los pacientes sean comprendidas por todos y para que los servicios que satisfacen esas necesidades se puedan ofrecer en el punto correcto de atención. Sin embargo, demasiado a menudo los farmacéuticos trabajan sin contacto directo con otros profesionales de la salud.

Esta edición del Congreso Mundial de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas tendrá una sesión dedicada a la Atención Farmacéutica, en la que los participantes podrán aprender, entre otros temas, acerca de los controles de salud necesarios para reducir la carga de enfermedad, cuidado sostenible para pacientes vulnerables y la comunicación basada en la evidencia. Esta sesión tendrá el formato de los juegos de rol en los que se representarán las interacciones farmacéutico-paciente con coordinadores que ayudarán a los participantes a tomar decisiones, demostrando el rol de los farmacéuticos comunitarios en los diversos

tratamientos de enfermedades, y – sobre todo- proporcionarán herramientas para romper las barreras.

La prestación de un servicio de Atención Farmacéutica a los pacientes requiere información sobre la población y los riesgos específicos para su salud, comprendiendo las causas principales de los malos resultados sanitarios, y los métodos para focalizar la atención en los pacientes y sus necesidades. Parte de la aplicación de cualquier servicio de farmacia es el desarrollo de procedimientos operativos estándar, guías y protocolos diseñados para atender las necesidades

de Atención Farmacéutica de los pacientes individuales.

Los indicadores para la Atención Farmacéutica son igualmente apropiados para los pacientes hospitalizados y ambulatorios y, por farmacéuticos de hospital y de la comunidad, en Europa y en otras regiones del mundo. Los indicadores pueden proporcionar información acerca de la variedad, la cantidad y calidad de las intervenciones y servicios de Atención Farmacéutica. Los indicadores también pueden proporcionar una oportunidad para reunir conocimientos profundos sobre las prácticas de atención farmacéutica a nivel regional, nacional e internacional, permitiendo el intercambio y el seguimiento de las experiencias de los farmacéuticos y el sector de la Salud en general a lo largo del tiempo. Tales indicadores, por ejemplo, como el desarrollado por la Dirección Europea de Calidad del Medicamento (un brazo del Consejo de Europa), son amplios y pueden desarrollarse más y adaptarse con el tiempo, pero por lo general son fáciles de entender y pueden ayudar a los farmacéuticos, otros profesionales de la salud, y las entidades reguladoras de la profesión a formalizar y desarrollar la filosofía de la atención farmacéutica y sus métodos de trabajo. Al finalizar la sesión de Atención Farmacéutica en el congreso, los participantes serán capaces de:

- Describir y explicar los diversos roles del farmacéutico asegu-

- rando la atención sostenible y asequible al paciente;
- Identificar cómo hacer un plan de aprendizaje personal para lograr la calidad en la atención al paciente;
 - Describir formas de ampliar su ámbito de acción y tomar nuevas funciones; y
 - Esbozar diferentes necesidades y expectativas de los pacientes.

Se proporciona Atención Farmacéutica para beneficio directo del paciente, y el farmacéutico es responsable frente a ese paciente por la calidad de dicha atención. El fundamento de la Atención Farmacéutica es una sociedad mutuamente beneficiosa en la que el paciente comparte la responsabilidad por sus resultados del tratamiento con el proveedor (un farmacéutico) y el proveedor proporciona la mejor calidad de atención y se compromete con los resultados positivos. Estos objetivos, procesos y relaciones en la Atención Farmacéutica existen independientemente del marco de la práctica y la experiencia profesional. 

Si desea saber más, acompáñenos en el Congreso Mundial de la FIP, en la sesión D2 que se desarrollará el 1º de Septiembre.

1. La Dra. Jurate Svarcaite es Secretaria General del Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), la entidad que representa a las asociaciones farmacéuticas de la Unión Europea.

2. La Dra. Arijana Meštrović, MPharm trabajó durante 14 años como farmacéutica comunitaria. Es docente de Práctica profesional y Atención Farmacéutica en universidades de Croacia y Chipre. Tiene un doctorado en Ciencias Biomédicas. Representando el Grupo de Desarrollo y Evaluación de Competencia CoDEG está utilizando el Global Competency Framework y evaluando su impacto en la atención farmacéutica y el desarrollo profesional en países europeos. Colabora con la FIP/UNESCO/OMS en el Equipo de Desarrollo Educativo en áreas de Aseguramiento de la Aptitud y Calidad en la Educación Farmacéutica. Es miembro del International Services Program Advisory Group, the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE, USA), Co-presidente del FIP Programme Committee, también es miembro de la comisión de Ejercicio de la Farmacia en la FIP, y de la Red de Atención Farmacéutica de Europa.

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



ISALUD

1991-2016

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

 UNIVERSIDAD
ISALUD

5239.4000

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



Drogas de diseño

Ante el aumento en el número de intoxicaciones por este tipo de sustancias, se debe advertir acerca de los riesgos que implica su consumo. Los farmacéuticos intervendremos en las acciones educativas y de prevención necesarias ante este problema social, alertando acerca de sus efectos perjudiciales.

Las sustancias que se conocen como drogas de síntesis o drogas de diseño, tienen la característica general de ser sustancias psicoactivas, esto significa que incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y del estado de conciencia. El efecto buscado puede ser de bienestar, de euforia o bien alucinatorio; no obstante, todas tienen efectos tóxicos o perjudiciales.

Sus efectos se ven agravados, además, debido a que al elaborarse en laboratorios precarios pueden generarse residuos tóxicos. Se elaboran en base a cambios moleculares, o síntesis química, de sustancias de las que se parte (por eso se llaman “de síntesis” en oposición a sustancias naturales), buscando un efecto psicoactivo particular (por eso “de diseño”), aunque despreocupándose de los efectos tóxicos. Ninguna de estas sustancias circula por el canal legal de distribución de medicamentos (el circuito legal que incluye la industria farmacéutica, droguerías y farmacias).

Algunas de estas sustancias son nuevas y otras se conocen desde hace años, si bien su uso ahora se está popularizando: en los últimos cuatro años aumentó 2000 veces la cantidad de drogas de síntesis incautadas, y entre 2011 y 2014 aumentó 300 veces su consumo entre estudiantes en la Ciudad de Buenos Aires, según

datos del Observatorio de Políticas Sociales en Adicciones de CABA.

Si bien existen una gran cantidad de sustancias, y se diversifican constantemente, habiéndose presentado a la OMS actualmente más de 400 compuestos de síntesis que aún no pudo clasificar, las más comunes en nuestro medio son:



MDMA - Extasis: polvo blanco que se colorea para elaborar comprimidos, para su uso oral. Los efectos buscados son locuacidad, sociabilidad, euforia y desinhibición; pero también produce temblores, sudoración, taquicardia, arritmia, hipertensión y aumento de la

temperatura corporal. Los efectos a largo plazo son: trastornos de ansiedad y del sueño, ataques de pánico y agresividad, entre otros. Sus efectos se incrementan con el alcohol (es riesgosa la taquicardia) y con los antidepresivos, con los que a veces se lo combina. Es un derivado sintético de las anfetaminas, sustancias que se usaron como excitantes y reguladores del apetito para tratamientos de obesidad, pero que tienen efectos adversos, como ser trastornos de ansiedad y del sueño.

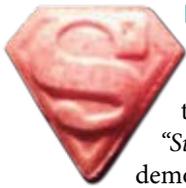


Vida con Salud



Baliarda

www.baliarda.com.ar



PMMA – “Superman”: polvo blanco, sustancia psicoactiva que se vende falsamente como éxtasis (aunque esta droga es más potente y más tóxica), o bien con la denominación “Superman”. Presenta el riesgo adicional de que demora más de una hora en hacer efecto, por lo que suelen aumentarse o repetirse las dosis. Esta sustancia está produciendo actualmente casos letales.

Ketamina: polvo blanco que aspirado produce disociación de la realidad y alucinaciones. Produce trastornos neurológicos, comportamientos violentos, delirios alucinatorios. Es del grupo de los anestésicos disociativos, pero ya no se lo usa como tal, salvo en veterinaria.



Metanfetamina (clorhidrato): polvo blanco que consumido, esnifado o fumado produce disociación de la realidad, bienestar y euforia. Como todas las anfetaminas, aumenta el estado de alerta. Es muy perjudicial: produce trastornos neurológicos, comportamientos violentos, delirios alucinatorios, y su uso continuo pérdida de peso y de piezas dentarias.



Wonga: Contiene antirretrovirales (usados en tratamientos contra el VIH) mezclado con otras sustancias como heroína, y veneno para ratas. Produce calor e insensibilidad al dolor y tiene numerosos y graves efectos adversos: anemia, daño hepático, problemas

neurológicos y digestivos graves.

Spice – “Marihuana sintética”: no es marihuana, sino hierbas aromáticas rociadas con sustancias de síntesis (cannabinoides sintéticos) empacadas en sobres de colores y diseños atractivos. Es más potente que la marihuana y los síntomas de intoxicación moderada son: náuseas, vómitos, debilidad, taquicardia, hipertensión y agitación. Los síntomas severos incluyen arritmias cardíacas significativas, infarto de miocardio, psicosis, depresión respiratoria, parálisis flácida, hipertermia, convulsiones, coma, e inclusive la muerte. Los cannabinoides sintéticos son variables, por lo que el usuario de estas drogas

no sabe qué está consumiendo, debido a que los químicos que las componen cambian frecuentemente. La cantidad de droga utilizada y el componente herbario son desconocidos y estas sustancias pueden combinarse con endulzantes, otras drogas, venenos para ratas, etc.



Popper – Nitrito de amilo: es un líquido que se inhala, puede usarse también en vaporizadores. Como droga recreativa se usa desde los años '70, se dice que aumenta el placer sexual. Puede producir daños neurológicos, es vasodilatador, broncodilatador y aumenta el ritmo cardíaco. Produce sensación de calor.



Todas estas sustancias poseen propiedades de refuerzo, es decir, la capacidad de producir el deseo de promover la re-experimentación, y pueden llevar a la adicción. No obstante, su consumo puede ser fatal aunque sea un uso ocasional.

Los informes del Comité Científico de la Conferencia de Naciones Unidas sobre sustancias psicoactivas, recomiendan encarar este problema desde el punto de vista de la prevención y de la educación para la salud, promoviendo el autocuidado y la comunicación con los adolescentes, brindándoles información. La función del profesional farmacéutico debe ser educativa, de prevención y de promoción del autocuidado y de estilos de vida saludables, además de participar en políticas de reducción de daño, tal como ha recomendado recientemente el mencionado Comité Científico a sus estados miembros.

Heaven – GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) – “Éxtasis líquido”: es un líquido que se suele consumir con bebidas no alcohólicas. Produce desinhibición, euforia y aumento de la percepción táctil. Fue usado en los años '60 como anestésico, y retirado por producir epilepsia y coma. Es muy peligroso consumirlo con bebidas alcohólicas y con otros depresores del SNC como la marihuana (coma, paro cardiorespiratorio).



@ 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

PERVINOX

CAMPO QUIRURGICO

iodo (como Iodo Povacrylex) 0,7% p/p
ALCOHOL ISOPROPÍLICO 74,0% p/p

Antiséptico de uso tópico
para la preparación prequirúrgica de la piel

Para cabeza, cuello y superficies preoperatorias reducidas.
Para superficies extensas preoperatorias
situadas debajo del cuello.

Forma una película persistente
de rápida actividad y amplio
espectro antibacterial

-  RAPIDEZ
-  PRACTICIDAD
-  SEGURIDAD
-  POTENCIA
-  PROTECCION
-  EFECTIVIDAD



Dosis única
Garantiza
la uniformidad
de aplicación



Presentaciones:
Envases con 1 ampolla con aplicador de 6 ml.
Envases con 1 ampolla con aplicador de 26 ml.

% p/p: Gramos de principio activo cada 100 gramos de solución.
Prospecto del producto aprobado por ANMAT, Diciembre 2013.
Estudio in vitro del tiempo de destrucción bacteriana, Método de Filtro "Película Seca". 3M Health Care.

La información para prescribir completa está disponible a pedido en la Dirección Médica de Laboratorios Phoenix S.A.I.C. y F.
Calle (R202) Graf. J. G. Lemos 2809 (B1613AUE) Los Polvorines - Pcia. de Bs. As. Tel.: 4489-8526 - Fax: 4489-8521 / e-mail: info@phoenix.com.ar
Este material está destinado exclusivamente para uso de los médicos. Ante la eventualidad de un evento adverso
que involucre un producto de Laboratorios Phoenix, por favor tenga a bien reportarlo a: farmacovigilancia@phoenix.com.ar
PHX/PVX/0007/15



más de
75 años
uniendo
calidad
y vida

302300541

La carga de enfermedad en los adolescentes



La depresión y los trastornos de ansiedad y conducta, así como el abuso de alcohol y drogas están entre las principales causas de muerte y enfermedad de los adolescentes argentinos. Un estudio que publicó la revista *The Lancet* sostiene que a nivel mundial dos tercios de los jóvenes están creciendo bajo la amenaza diaria de problemas de salud prevenibles y tratables como el VIH / SIDA, el embarazo precoz, el sexo sin protección y la violencia.

La actual es la mayor generación de adolescentes en la historia del mundo: 1,8 billones, 89% de los cuales vive en países en vías de desarrollo. Se prevé que su número aumente a alrededor de 2 mil millones para el año 2032.

“Esta generación de jóvenes puede transformar nuestro futuro. No hay mayor misión en la salud global que asegurar que tengan los recursos para hacerlo. Esto significa que será crucial invertir con urgencia en su salud, educación, medios de vida, y participación”, dice el Profesor George Patton, de la Universidad de Melbourne, Australia, uno de los autores del informe y miembro de una comisión creada dentro de la revista científica *The Lancet* para generar estudios relacionados a la salud y el bienestar de los adolescentes. La comisión reúne a 30 de los principales expertos del mundo de 14 países y dos jóvenes defensores de la salud, dirigidos por cuatro instituciones académicas: la Universidad de Melbourne, Australia; el University College de Londres, Reino Unido; la London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido; y la Columbia University Mailman School of Public Health, de Estados Unidos.

La mayoría de los problemas de salud y factores de riesgo de enfermedades causadas por hábitos de vida, que surgen en etapas posteriores, emergen durante la adolescencia (por ejemplo, los trastornos de salud mental, obesidad, tabaquismo, sexo inseguro). Pero como la adolescencia es considerada la etapa más sana de la vida, los jóvenes recibieron hasta ahora poca atención y escasos re-

ursos. De hecho, los adolescentes entre 10 y 24 años tienen menos cobertura de salud que cualquier otro grupo etario.

Y esto se ve reflejado en las tasas de mortalidad y morbilidad. Mientras las políticas sanitarias lograron bajar las cifras de mortalidad en los niños menores de 5 años, en los adolescentes el descenso de los indicadores es más lento.

Según un nuevo gran análisis internacional de los resultados del Estudio Global de la Carga de Enfermedades, proyecto liderado por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington, el VIH/SIDA, los accidentes de tránsito y ahogamientos causaron una cuarta parte de las muertes en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad en todo el mundo en 2013. Los accidentes de tránsito (14,2% y 15,6%), autolesiones (8,4% y 9,3%), y la violencia (5,5% y 6,6%) fueron las principales causas de muerte para los adolescentes de 15 a 19 años y 20-24 años respectivamente.

La depresión dio lugar a la mayor cantidad de problemas de salud en todo el mundo en 2013. Afecta a más del 10% de los niños y adolescentes de 10 a 24 años, seguido por una creciente carga de enfermedades cutáneas y subcutáneas (9,9%) como el acné y la dermatitis.

Pero el factor de riesgo que tuvo más rápido crecimiento para la pérdida de salud de los jóvenes entre 10 y 24 años durante los últimos 23 años es el sexo sin protección. El alcohol sigue siendo el



**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.**



www.delsud.com.ar

 www.facebook.com/drogueriadelsud

principal factor de riesgo de pérdida de salud en todo el mundo en los adultos jóvenes entre 20 y 24 años, responsable del 7% de la carga de morbilidad, seguido por el uso de drogas que representa el 2,7%.

“Nuestros datos muestran una clara necesidad de renovar los esfuerzos para mejorar la salud y reducir la carga de enfermedad en personas jóvenes. Si continúa la falta de acción, habrá graves consecuencias para la salud de esta generación y la siguiente”, advierte el autor principal, Ali Mokdad, profesor de Salud Global en el IHME. La Comisión considera que algunas de las acciones más eficaces para mejorar la salud y bienestar de los adolescentes dependen de sectores más allá de los servicios de salud. “La mejor inversión que podemos hacer es garantizar el acceso a la educación secundaria gratuita y de calidad”, sostiene el profesor Patton. “Cada año de educación más allá de los 12 años se asocia con un menor número de embarazos para las adolescentes y un menor número de muertes de adolescentes, tanto niños como niñas”.

Es fundamental que los jóvenes participen en la transformación de su bienestar, el desarrollo personal y la salud, dicen los autores. Los medios digitales y las nuevas tecnologías ofrecen oportunidades extraordinarias para involucrar y empoderar a los jóvenes para impulsar el cambio. También hay una apremiante necesidad de asegurar que todos los jóvenes tengan oportunidades y acceso a la cobertura universal de salud, independientemente de la edad, el género, la orientación sexual y de pareja, el estatus socioeconómico, en particular quienes están marginados.

“Los jóvenes son los recursos más importantes que tiene el mundo”, dice el Secretario General de la ONU, Ban Ki-Moon editorializando el informe. “Los adolescentes pueden ser fuerzas impulsoras clave en la construcción de un futuro de dignidad para todos. Si podemos hacer una diferencia positiva en la vida de las niñas y niños de 10 años hoy en día, y ampliar sus oportunidades y capacidades en los próximos 15 años, podemos asegurar el éxito de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Para mí, también significa “Generación de Desarrollo Sostenible”, y la sostenibilidad quiere decir comprometer hoy a las futuras generaciones”.

Principales conclusiones globales del Estudio GBD

- Si bien los esfuerzos globales para mejorar la salud de los niños menores de 5 años han dado lugar a importantes mejoras en las edades más jóvenes, las principales causas de muerte entre los jóvenes entre 10 y 24 años han cambiado muy poco desde 1990 hasta 2013, con las lesiones por accidentes de tránsito, autolesiones, la violencia y tuberculosis manteniéndose entre los primeros cinco.
- Los problemas relacionados a la maternidad eran la causa principal de muerte en las mujeres jóvenes en 2013, responsable del 17% de las muertes en mujeres de 20-24 años y el 11,5% en las mujeres de 15-19 años.
- Los principales factores de riesgo de muerte en los jóvenes de 10-14 años no han cambiado en los últimos 23 años, con agua insalubre, saneamiento inseguro, y el lavado de manos, entre los tres

primeros. Las enfermedades diarreicas e intestinales siguen siendo responsables del 12% de las muertes en niñas de 10-14 años.

- Lesiones, enfermedades mentales, enfermedades infecciosas comunes, y problemas de salud sexual y reproductiva son los problemas de salud dominantes en los jóvenes.
- Tanto en varones (18,8%) como en niñas (15,6%) de 10-14 años, la deficiencia de hierro es la causa principal de la mala salud (años vividos con discapacidad (AVD) -es decir, el tiempo pasado con una salud subóptima, mientras que los trastornos depresivos son la principal causa de la mala salud de las adolescentes de entre 15-19 años y 20-24 años.
- Los dos principales contribuyentes a la pérdida de la salud en todo el mundo para ambos sexos son los trastornos de salud mental y las lesiones por accidentes de tránsito (medido en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) -la proporción de pérdida de años de vida saludable debido a enfermedad.

- Estas causas de pérdida de la salud difieren según el sexo: para los hombres, las lesiones por accidentes de tránsito se ubicaron entre los cuatro principales factores que contribuyen a la pérdida de salud en todos los grupos etarios, mientras que las mujeres pierden sustancialmente más salud debido a la deficiencia de hierro y la depresión.
- El sexo sin protección se ha convertido en un factor de riesgo clave para la pérdida de la salud (AVAD), tanto en hombres como en mujeres de 15-19 años de edad, pasando del lugar 13 en 1990 al segundo lugar en 2013.

Principales conclusiones sobre la salud de los adolescentes argentinos

- Los accidentes de tránsito continúan siendo desde 1990 la principal causa de muerte para los jóvenes de ambos sexos de entre 10 y 24 años.
- Los suicidios fueron 3º causa de muerte entre los niños de 10 a 14 años en 2013. En 1990 eran la 5º causa.
- El abuso de drogas causó 307 muertes de jóvenes entre 15 y 24 años en 2013. En 1990 no estaba entre las diez primeras causas de muerte.
- Las mujeres jóvenes pierden sustancialmente más salud por depresión y ansiedad que los hombres. La depresión y los desórdenes de ansiedad están entre los primeros factores que contribuyen a la pérdida de salud en mujeres en todas las edades, tanto en 1990 como en 2013.
- Las enfermedades de la piel, como el acné; la lumbalgia y dolor cervical son las principales causas asociadas a pérdida de salud en el grupo entre 15 y 19, seguidos por la depresión. En el grupo de entre 20 y 24 años las causas de pérdida de salud son las lesiones por accidentes, la lumbalgia y el dolor cervical, la depresión y el abuso de drogas.
- En cuanto a factores de riesgo de muerte: El abuso de alcohol es el 1º factor de riesgo para ambos sexos en jóvenes desde los





Cuidamos **la salud y la vida.**
Ofrecemos **productos y servicios de excelencia.**
Estamos **junto a los profesionales de la salud,
los pacientes y la comunidad.**

IVAX

TEVA

Group Member

10 hasta los 24 años. Esto no ha variado desde 1990.

- En las mujeres desde los 15 a 24 años la violencia de pareja es el segundo factor de riesgo de muerte.
- En los hombres de 20 a 24 años el abuso de drogas es el segundo factor de riesgo de muerte. En 1990 era el 6° factor de riesgo.
- Si se consideran ambos sexos, el abuso de drogas subió del 6° lugar como factor de riesgo de muerte en 1990 al 2° lugar en 2013 en jóvenes de 15 a 19 años.
- En el grupo de 20 a 24 años, en ambos sexos, el abuso de drogas estaba en el 8° lugar en 1990 y en 2013 pasó al 2° lugar como factor de riesgo de muerte
- En los niños de 10 a 14 años el abuso infantil subió del 7° lugar como factor de riesgo de muerte en 1990 al 5° lugar en 2013.
- En 1990 el sexo sin protección no aparecía entre los 10 principales factores de riesgo de muerte para los jóvenes de 15 a 19. En 2013 ocupó el 8° lugar.



Los autores del estudio utilizaron datos del Estudio de la Carga Global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (GBD) 2013 para cuantificar los niveles, patrones y tendencias de enfermedad, discapacidad y muerte en los jóvenes en 188 países entre 1990 y 2013 para revelar la considerable carga de los trastornos discapacitantes y el costo que implican para los sistemas de salud 306 enfermedades y lesiones, así como 1233 (consecuencias para la salud secuelas) que resultan de estos trastornos, y 79 factores de riesgo. El proyecto Carga Mundial de Enfermedad es una colaboración internacional de la que participaron más de 1.500 investigadores en más de 110 países,

coordinados por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington.

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

DIPLOMATURA EN FARMACIA ONCOLÓGICA

Inicia en MAYO 2016

Finaliza en DICIEMBRE 2017

Carga horaria: **400 horas** | Dirigida a **Farmacéuticos** | Metodología: **e-learning con tutoría** | Duración: **2 años, 4 módulos, más un Trabajo Final Integrador (TFI)**

AÑO 2016	AÑO 2017
MÓDULO 1 Farmacia Oncológica. \$2.500	MÓDULO 3 Farmacia Oncológica aplicada al cáncer de útero. Cuidados paliativos. \$3.750
MÓDULO 2 Farmacia Oncológica aplicada a los cánceres de pulmón, colón y próstata. \$2.500	MÓDULO 4 Farmacia Oncológica aplicada a los cánceres de testículo y estómago. Determinantes sociales del cáncer. \$3.750
Trabajo Final Integrador (TFI)	

EXCEPCIONES
 Los Farmacéuticos que tengan los 4 módulos aprobados, y solamente requieran el TFI para completar la Diplomatura el arancel será de \$2.000 (a cumplimentar durante 2016).

El que tenga algún/algunos módulo/s aprobado/s, el arancel será de acuerdo a los importes mencionados dependiendo de los módulos para completar programa y \$2.000 por TFI faltante.

- Arancel de la Diplomatura: **\$12.500**
- Año 2016: **\$5.000**, en 3 cuotas: Abril \$2.000 | Julio \$1.500 | Septiembre \$1.500
- Año 2017: **\$7.500**, en 3 cuotas: Abril \$2.500 | Julio \$2.500 | Septiembre \$2.500

FARMACÉUTICOS CERTIFICADOS O RECERTIFICADOS EN COFA 10% DE DESCUENTO

CONTACTO | cursos@cofa.org.ar



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



1

Registramos a la farmacia en el portal de Disprofarmacias

2

La farmacia solicita un transfer de los productos de su interés

3

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



Regístrate en:
registrofarmacias@disprofarma.com.ar

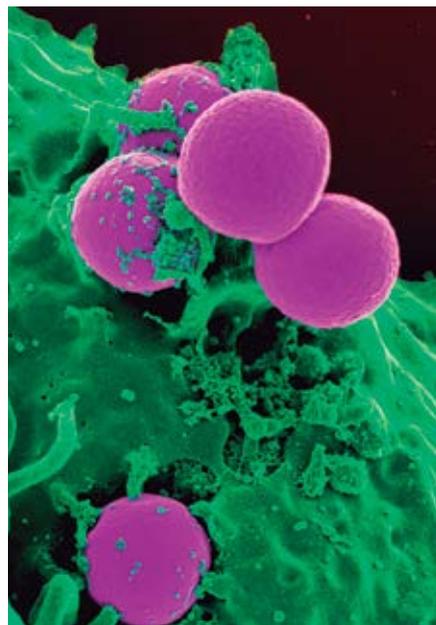


La FDA advierte acerca del uso de *fluoroquinolonas* para tratar infecciones no complicadas

La FDA informó que los efectos secundarios graves asociados con fluoroquinolonas por lo general superan los beneficios antibióticos *“para pacientes con infecciones no complicadas como la sinusitis y la bronquitis”*. Durante una revisión de seguridad, la FDA determinó que el uso sistémico de las fluoroquinolonas se asocia con *“graves efectos secundarios potencialmente permanentes e incapacitantes que pueden ocurrir en forma conjunta”* involucrando a los tendones, como el Tendón de Aquiles, los músculos, las articulaciones, los nervios y el sistema nervioso central.

La alerta se produce un año después que la FDA convocó a un comité asesor para revisar el balance riesgo-beneficio de la utilización de fluoroquinolonas. El comité determinó que el riesgo no valía la pena frente al beneficio potencial para los pacientes con sinusitis, bronquitis e infecciones del tracto urinario no complicadas, para las que existen otras opciones de tratamiento. La FDA va a actualizar los prospectos y guías para todas las fluoroquinolonas reflejando estas conclusiones. Las fluoroquinolonas, incluyendo la ciprofloxacina, son agentes bactericidas que exhiben tasa de muerte bacteriana dependiente de la concentración frente

a un amplio espectro de patógenos. También demuestran excelente penetración en el tejido, con sus concentraciones en tejido a menudo superior a las de plasma. A pesar de sus beneficios, varios estudios encontraron que el uso de fluoroquinolonas tiene riesgos. Una investigación encontró que una fuerte reducción de la prescripción del antibiótico ciprofloxacina dio lugar



Meticilina Staphylococcus aureus (MRSA)

a una fuerte reducción de la tasa de infección resistente a la metilina Staphylococcus aureus (MRSA) entre los pacientes en un hospital en el Reino Unido.

Los investigadores observaron que otros antibióticos fluoroquinolonas tienen mecanismos de acción similares suficientes, por lo que probablemente tengan un efecto similar en términos de aumento de las tasas de infección por SARM. Sugirieron que el desarrollo de formas alternativas de uso de antibióticos es la clave para controlar el MRSA.

La FDA pidió a todos los profesionales de la salud detener el tratamiento sistémico con fluoroquinolonas en forma inmediata si un paciente informa acerca de efectos secundarios graves. Se recomienda que sólo los pacientes con condiciones que no pueden ser tratadas con otros agentes reciban fluoroquinolonas.

Los signos y síntomas de estos efectos secundarios graves incluyen dolor en los tendones, articulaciones y músculos, sensación de pinchazos, hormigueo, confusión y alucinaciones.

La FDA ya había publicado alertas de seguridad relacionadas con el uso sistémico de estos agentes en julio de 2008 y agosto de 2013.

BIFONAZOL

Ud. está llevando un MEDICAMENTO de VENTA LIBRE

El bifonazol es un antimicótico que está indicado para el tratamiento de la micosis en las uñas de los pies y las manos causadas por hongos y levaduras, así como para el alivio de las manifestaciones como el mal olor, sudoración excesiva, despellejamiento y prurito o picazón.

Es un medicamento auxiliar en el tratamiento de la onicomicosis, que elimina los hongos que afectan las uñas en forma efectiva y rápida mientras ayuda a recuperar su dureza y coloración.

Se presenta en forma de ungüento.



Es importante tener en cuenta:

- ✓ No usar en caso de hipersensibilidad al bifonazol.
- ✓ No interrumpir el tratamiento.
- ✓ No usar este medicamento durante el embarazo
- ✓ No usar este medicamento si está en periodo de lactancia

Dosis y administración:

• Dosis:

Aplicar 1 vez por día una fina capa de bifonazol ungüento sobre la/s uña/s o las zonas afectadas, preferentemente por la noche, antes de acostarse.

Se aconseja limar un poco la uña antes de aplicar este medicamento.

Se debe colocar una tela adhesiva sobre la uña para mejorar la penetración del bifonazol y dejarla todo el día hasta reiniciar el proceso la noche siguiente.

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

Equipo propio de abogados y peritos especializados

Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios

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



ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CBA

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



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

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



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



Advertencias y Precauciones:

- ✓ Se recomienda lavar y secar bien las zonas de la piel afectadas antes de la aplicación.
- ✓ Se aconseja evitar el contacto del bifonazol con la boca, ojos, mucosas, heridas o lesiones dérmicas.
- ✓ Se recomienda no suspender el tratamiento con bifonazol cuando desaparezcan las molestias o los síntomas inflamatorios agudos, sino continuar con la aplicación hasta completar los ciclos de tratamiento y continuar aplicando por 1 o 2 semanas más.
- ✓ Se advierte que el bifonazol puede producir reacciones cutáneas, generalmente transitorias, como enrojecimiento, irritación o prurito.
- ✓ Se advierte también que en casos aislados se puede presentar dermatitis por contacto, eccema y resequedad de la piel, que se revierte al interrumpir el tratamiento.
- ✓ Ante cualquier duda consulte a su médico y/o a su farmacéutico.
- ✓ Mantenga éste y cualquier medicamento fuera del alcance de los niños.
- ✓ Consérvelo en lugar seco y al abrigo de la luz.

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



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



FARMACIA

SEGUINOS!



comunidad <
mesa de ayuda <
noticias <
material profesional <
tutoriales <
novedades <
consultas <



GADOLIP®

ÁCIDO FENOFÍBRICO 45 Y 135 MG

BALANCE DEL PERFIL LIPÍDICO



APROBADO POR FDA
PARA UTILIZAR
EN COMBINACIÓN
CON ESTATINAS

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA CON EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

- Único ácido fenofibrico con minicomprimidos de liberación prolongada
- Aprobado en administración concomitante con estatinas ¹
- Formulación con óptima seguridad y tolerabilidad (en monoterapia o en combinación) ²
- Logra un aumento del HDL-C superior a lo reportado en monoterapia con fenofibrato ³
- Posee mejores características de absorción sobre fenofibrato ⁴
- Permite administración independientemente de las comidas ¹⁻²



1 TOMA DIARIA

INDICADO EN: ¹

Hiperlipidemia primaria o dislipidemia mixta.
Tratamiento concomitante con estatinas para el manejo de la dislipidemia mixta.
Tratamiento de la hipertrigliceridemia severa.

PRESENTACIONES:

Envases con 30 cápsulas con minicomprimidos de liberación prolongada conteniendo 45 mg de ácido fenofibrico.

Envases con 30 cápsulas con minicomprimidos de liberación prolongada conteniendo 135 mg de ácido fenofibrico.

1. Prospecto Gadolip® - Gador S.A. Fecha última revisión: Mayo-2010. 2. Moutzouri E y col. Management of dyslipidemias with fibrates alone and in combination with statins: role of delayed-release fenofibric acid. Vascular Health and Risk Management 2010;6:525-529. 3. Jones PH y col; Efficacy and safety of ABT-335 (fenofibric acid) in combination with rosuvastatin in patients with mixed dyslipidemia: a phase 3 study; Atherosclerosis 2009 May;204(1):208-15. 4. Zhu T y col; Comparison of the gastrointestinal absorption and bioavailability of fenofibrate and fenofibric acid in humans; J Clin Pharmacol 2010 Aug;50(8):914-21.



DISFRUTAR
TE HACE
BIEN



QUE EL MALESTAR
NO TE LO IMPIDA.



Antiespasmódico



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA