

>>> CORREO FARMACÉUTICO

ISSN 2451 - 7739 | Año XXX | N° 220 | Marzo 2021 | www.cofa.org.ar | prensa@cofa.org.ar



EN LA PRIMERA LÍNEA DE ATENCIÓN

LA RED SANITARIA DE FARMACÉUTICOS MÁS EFICIENTE DEL PAÍS



PerPiel

Cambia tu vida y tu piel

NUEVO

Humectación profunda



Emulsión x 400 g

Sin fragancia



Emulsión x 200 g y x 400 g

Fragancia floral



Emulsión x 200 g y x 400 g

Vitamina
A
Que hidrata

Ante cualquier duda consulte a su médico y/o farmacéutico.
Para mayor información comunicarse al (011) 4504-2972
o escribanos a departamentomedico@laboratoriosbernabo.com

 @per.piel
www.perpiel.com.ar


Laboratorios Bernabó



P|6

Llamado de Certificación y Recertificación 2021



EDITORIAL

P|4



Curso online de vacunación

P|6

Reunión de la CGP

P|8

Colegios

Vacunación de farmacéuticos en el Chaco



P|8



P|16

Estudiantes de Farmacia y graduados de la UNLP participan de brigadas sanitarias que asisten a poblaciones vulnerables durante la pandemia



P|22

FIP: Herramientas para asistir a los farmacéuticos en el servicio de conciliación de medicamentos



P|10

Entrevista al Dr. Omar Sued, presidente de la Sociedad Argentina de Infectología COVID 19: La posibilidad de una segunda ola



Estudio de cronoterapia Hygia Tomar antihipertensivos a la noche reduciría el riesgo cardiovascular

P|28

Folleto informativo:

HIDROXIPROPILMETILCELULOSA

P|33

AUTORIDADES

Presidenta

Farm. Isabel Reinoso

Vice Presidente

Farm. Luis Salvi

Secretario

Farm. Germán Daniele

Pro Secretaria

Farm. Alicia Merlo

Tesorero

Farm. Jorge Bordón

Pro Tesorero

Farm. Ricardo Pesenti

Revisores de Cuentas Titulares

Farm. Humberto Albanesi

Farm. Luis Zelada

Farm. Rubén Sajem

Revisor de Cuentas Suplente

Farm. Ignacio Terceño

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

COMISIÓN DE ASUNTOS PROFESIONALES:

Coordinador. Farm. José Ruggieri

COMISIÓN DE DEPORTES:

Coordinador. David Suarez

>>> CORREO FARMACEUTICO

Directores

Farm. Ricardo Pesenti

Farm. Alicia Merlo

Redacción

Farm. Carlos Izidore (In memoriam)

Farm. Mario Luis Castelli (In memoriam)

Farm. 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, Comercialización e Impresión

Editorial RVC SRL

Director Comercial: Jorge Vago

Riobamba 855 7° A / 15 5329-1002

editorialrvc@yahoo.com.ar

Diseño: Oscar Martínez 15 51031945

ISSN 2451-7739

Confederación Farmacéutica Argentina

Av. Pte. Julio A. Roca 751 2° Piso (C1067ABC)

Buenos Aires - Argentina

Tel: (54-11) 4342-1001

www.cofa.org.ar



EDITORIAL

Vivimos un momento en el que políticos, poderes del Estado, profesiones, sectores económicos, referentes sociales y las instituciones democráticas se ven interpelados por la sociedad en su conjunto. Estas situaciones son una oportunidad para recordar quiénes somos y qué hacemos.

Los farmacéuticos estamos reclamando algo tan básico, tan lógico, como ser considerados profesionales de la salud para recibir la inmunización antiCOVID, habiendo estado desde principios de la pandemia en la primera línea de atención, a pesar del aislamiento, a pesar del desconocimiento sobre el entonces "nuevo virus" y el miedo por la alta exposición que tenemos día a día. De hecho, ya cientos de farmacéuticos en todo el país padecieron el COVID-19 y algunos perdieron la vida.

Nuestras farmacias nunca cerraron, incluso cuando sí lo hicieron muchos consultorios médicos.

Siguieron adelante a pesar de haber debido readecuarse a las exigencias de los protocolos, a los horarios, a las limitaciones, al desabastecimiento, al caos de directivas por parte de los financiadores en sus requerimientos administrativos, a las inspecciones permanentes.

La red sanitaria de farmacias está en cada pueblo, en cada ciudad de la Argentina brindando accesibilidad a los medicamentos, asesoramiento profesional y servicios farmacéuticos las 24 horas, los 365 días del año.

Sin embargo, hay quienes aún cuestionan qué valor sanitario tiene un profesional farmacéutico por sobre el dueño de una ferretería, así como hay quien cuestiona el valor de las organizaciones farmacéuticas.

Junto a cada farmacéutico en cada rincón del país, junto a cada Colegio está la COFA.

Ningún farmacéutico se sintió solo durante la pandemia. Los Colegios, sus dirigentes, estuvieron siempre asistiendo, a cualquier hora, cualquier día, siempre a disposición. Igual lo hizo la COFA, que estableció nuevas vías de comunicación, adaptó los sistemas de validación, así como todos los servicios y prestaciones.

Se hizo especial énfasis en brindar información y formación, protocolos, noticias, cursos, charlas, herramientas tecnológicas y el primer congreso virtual. Se generaron mecanismos de ayuda a farmacéuticos afectados por COVID y hubo una interacción permanente entre la COFA y los Colegios de cada provincia para brindar contención, asesoramiento y apoyo frente a los problemas que se presentaban a diario.

La COFA reafirmó la inserción histórica de la farmacia en el ámbito sanitario, acompañando campañas sanitarias y políticas que ponen énfasis en la Atención Primaria de la Salud, apoyándose en la extensión de nuestra red de farmacias, en la accesibilidad de los servicios farmacéuticos.

Es hora de que llegue el reconocimiento social, político y económico al farmacéutico como personal esencial de Salud, a las farmacias como establecimientos sanitarios y a la COFA y sus Colegios como el espacio institucional de unidad, interacción y crecimiento que ayuda a sostener, como otras instituciones fundamentales, el sistema sanitario argentino en funcionamiento. ■

MESA EJECUTIVA



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

COFA es miembro de:

FEPAFAR: Federación Panamericana de Farmacia | FEFAS: Federación Farmacéutica Sudamericana | C.G.P.:

Confederación General de Profesionales de la República Argentina | FIP: Federación Internacional Farmacéutica

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

>>> CORREO FARMACÉUTICO

Recibí la revista en tu mail y leela en todos tus dispositivos

Más de 13.000 profesionales de la salud acceden todos los meses a la versión online



Suscribite en
noticofa.cofa.org.ar

Buscanos en



Publicación oficial del la



Como todos los años se realizó el primer llamado a la certificación y recertificación profesional, que vence el 31 de marzo, convocando a los farmacéuticos a presentar la documentación a sus respectivos Colegios.

En el link: <http://servicios.cofa.org.ar/cnc/Documentos/CNC-RGCyR.pdf> están disponibles los formularios, como así también las disposiciones del Reglamento General de Certificación y Recertificación.

También pueden solicitar a la Secretaría de CNC (mail: cnc@cofa.org.ar) el listado de farmacéuticos cuya certificación o recertificación tenga caducidad en este llamado, o bien en anteriores. ■



Llamado a Certificación y Recertificación

Curso online de vacunación



La COFA lanza el curso de actualización Servicios Farmacéuticos de Vacunación en Tiempos de COVID 19-Vacunación invernal 2021.

Coordinado por la Dra. Angela Gentile, Jefa del Departamento de Epidemiología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y asesora del Ministerio de Salud de la Nación, el curso será online y gratuito para todos los farmacéuticos que integran la COFA.

Disponible desde la última semana de marzo, constará de 3 módulos que permitirán un análisis crítico de cada una de las vacunas seleccionadas: COVID-19, vacunas Influenza y antineumocócica.

Se trabajará con un foro de discusión para las preguntas y comentarios inherentes a cada módulo, así como ejercitación a partir del análisis de situaciones. ■

Para más información:
cursos@cofa.org.ar

AMFFA

Salud

NUEVO PLAN REGIONAL

#Queremos Verte bien



¡ASOCIATE!

0800-333-7500

WWW.AMFFA.COM.AR



Reunión de la CGP

Con el objetivo de diagramar las acciones urgentes y programar la agenda 2021, el 25 de febrero se realizó una reunión de Junta de Gobierno de la Confederación General de Profesionales (CGP).

Del encuentro virtual participó la Farm. Alicia Merlo como secretaria de Asuntos Universitarios, Científicos y Culturales, y en representación de la COFA.

Como tema prioritario, el Farm. Fabián García, presidente de la CGP, y la Farm. Merlo plantearon el reclamo del reconocimiento a los farmacéuticos como personal de salud. Motivó la intervención

el hecho de que, tras arduas negociaciones, el Colegio de Farmacéuticos de la 2° Circunscripción de Santa Fe logró que se empezara a vacunar a los farmacéuticos del Sur santafesino.

“Todos los farmacéuticos tenemos que estar vacunados, tal cual lo dice el cronograma del Ministerio de Salud de la Nación, como “personal de salud de primera línea”; los de farmacias comunitarias junto con sus colaboradores”. “Se está pidiendo a todos los ministerios de Salud de cada jurisdicción que se nos incluya en el orden de prioridad”.

Otro tema que se abordó en la reunión son las modificaciones al impuesto a las Ganancias.

Se decidió solicitar reuniones con funcionarios del Ministerio de Trabajo y todos los entes relacionados de todos los profesionales del país. “Estamos analizando con los Consejos de Ciencias Económicas y jurídicas que integran la CGP el alcance de la resolución del mínimo no imponible para los trabajadores profesionales, para ser comprendidos en el nuevo régimen que ha estipulado el Gobierno Nacional.

En la reunión de Junta Ejecutiva de la CGP también se trataron temas de educación, la apertura de las universidades, y el retorno a los espacios físicos. ■



> Vacunación de farmacéuticos en el Chaco

“Los días 24 y 25 de febrero, gran parte de la comunidad farmacéutica colegiada pudo tener acceso a la vacunación anticovid. Nos costó muchísimo conseguirlo, las gestiones fueron muchas, pero lo logramos”, destaca Sheila Montesi, presidente del Colegio de Farmacéuticos del Chaco.

“Aplaudimos a todos ellos por estar frente a esta pandemia de sol a sol, dando la mejor atención sanitaria a sus pacientes desde el día 1 sin desamparar a los que más nos necesitan. La cruz verde nunca se apagó”. “Desde la Comisión Directiva seguimos trabajando para brindarles el mejor servicio y atención que se merecen. En esta pandemia trabajamos todos por el cuidado de salud que necesita nuestra población chaqueña. Todos los eslabones son importantes en la cadena sanitaria y nuestra profesión es uno de ellos”. ■





El Programa de los Laboratorios Argentinos y las Farmacias para beneficiarios de la AUH

Para más información, consultá en: www.cofa.org.ar o www.siafar.com



COVID 19: La posibilidad de una segunda ola

El Dr. Omar Sued, presidente de la Sociedad Argentina de Infectología, advierte que por el comienzo de las clases y el aumento de la actividad, es posible que en los próximos meses haya una segunda ola de COVID-19 en el país. En esta entrevista, el especialista, miembro del Comité Asesor del Ministerio de Salud de la Nación, aclara aspectos del COVID-19 como las nuevas variantes del virus y la efectividad de las vacunas, las reinfecciones, las secuelas, la posibilidad de una vacuna pan-virus, el avance del arsenal terapéutico y también aquello que todavía la ciencia desconoce sobre el SARS CoV-2.

“Ojalá esté equivocado y el aumento de casos no se dé, pero hay que estar alertas”, dice el Dr. Omar Sued. “Apenas uno ve dos o tres días con curva ascendente hay que implementar otra vez medidas para limitar la circulación. La gente no debe relajar las medidas de prevención porque lo más comúnmente asociado al aumento de casos es justamente cuando la gente deja de cuidarse”.

Además de presidir la Sociedad Argentina de Infectología, el Dr. Sued es director de investigaciones de la Fundación Huésped, donde se están ensayando la vacuna de Janssen (Johnson & Johnson), la de Sinopharm (China) y la vacuna recombinante de CanSino Biologics Inc (China).

-En el Reino Unido, Sudáfrica, Malasia y también en California y en

Nueva York, surgieron nuevas variantes del virus SARS CoV-2. Se sabe que disminuyeron la efectividad de algunas vacunas... ¿Qué tanto ponen en riesgo estos avances?

-La que más preocupa es la variante sudafricana, que ha demostrado ser poco neutralizada por la vacuna de AstraZeneca. Las otras vacunas mantienen una eficacia bastante alta, aunque la tasa de eficacia para estas

variantes es un poco menor. Pero puede pasar en el futuro que haya alguna que no funcione.

La única que por ahora tiene tasas de neutralización menores al 50% es la de AstraZeneca con la variante sudafricana. Por eso es que Sudáfrica va a relocalizar las vacunas que les asignaron porque allí no va a tener utilidad.

Ahí lo crítico es seguir haciendo estudios periódicamente para ver qué está circulando en cada país. Eso la Argentina lo está haciendo con un proyecto que se llama Proyecto País y a nivel de las vacunas, qué tan efectivas van siendo.

-¿Qué se sabe de la posibilidad de reinfección? Hay algunos casos en los que la primera infección es leve y la segunda grave. ¿Hay estudios en desarrollo sobre esto?

-La reinfección es un evento raro pero que ocurre. Va a ocurrir en función de que las personas hayan perdido los anticuerpos que las protegían o que las cepas sean diferentes o con mutaciones muy diferentes a las que los habían infectado en forma inicial.

Los primeros casos de reinfección se manifestaron en personas después de tres meses, aproximadamente, de la primera infección. Y posiblemente el hecho de que la segunda vez haya sido más grave es un efecto de la situación de que cuando uno se infecta por primera vez con un cuadro clínico leve, pierde mucho más rápido los anticuerpos. Los factores que se asocian a desarrollar muchos anticuerpos es haber tenido una infección grave.

Y estas personas que estuvieron internadas, van a demorar como 8 meses en perder esos anticuerpos. En cambio, muchas de las personas que tuvieron la infección asintomática, a los 3 meses ya no tienen anticuerpos.

Es un aspecto, porque después, cuando se fueron estudiando los casos de reinfección, se empezó a ver a gente que había tenido una infección grave inicialmente y después, por casualidad se hizo un hisopado porque tenía que viajar o por algún tipo de control, y se confirmó positivo muchos meses después de la primera infección, ahora en forma asintomática.



“Siempre vamos a estar expuestos a potenciales pandemias. El tema es poder predecirlas, identificarlas y actuar rápidamente para poder evitarlas”

Esta es la razón por la cual todas las personas que se van de alta de coronavirus, tienen que seguir con las medidas de prevención. Por eso todos los profesionales de la Salud tienen que seguirse protegiendo. Y por eso es que vacunamos a las personas que tuvieron COVID. Porque el nivel de anticuerpos producido por las vacunas es muchísimo más alto el nivel de anticuerpos que produce la infección natural.

Hoy es importante saber el riesgo de infección que tienen las personas vacunadas.

-Hay un porcentaje de personas que no produce anticuerpos en forma natural...

-Hay un 10% de las personas que no produce anticuerpos. El hecho de que no tenga anticuerpos no quiere decir que no tenga defensas. Lo que hemos visto es que algunas de estas personas tienen una respuesta celular. La inmunidad tiene dos tipos de respuesta: la inmunidad humoral, que son los anticuerpos y la inmunidad celular, que es cuando las mismas células intentan combatir al virus, como los linfocitos T. Algunas de estas personas, aun cuando no tenían anticuerpos, tenían una respuesta celular fuerte y apenas se exponen nuevamente, aumentan los anticuerpos.

-Un estudio recientemente publicado plantea que se podría asociar el COVID grave a la falta de células asesinas del sistema inmunitario...

-Sí, muchas de las características del COVID grave tienen que ver con alteraciones del sistema inmunológico. Sobre todo el aumento de la senescencia, de las células con marcadores de envejecimiento, la disminución de las Células T reguladoras, o alteraciones en el balance de las células T reguladoras son predictores también de COVID grave.

Pero llamativamente las inmunodepresiones no son un factor reconocido de riesgo de COVID grave. Porque por ejemplo, un paciente con HIV tiene que estar muy inmunosuprimido, con menos de 350 CD4, para considerarse en mayor riesgo. También las personas con inmunodepresión grave o trasplantadas son de riesgo.

-Otro estudio que se difundió en estos días plantea la posibilidad del desarrollo de una vacuna neutralizante para virus relacionados, una vacuna pan-virus. ¿Esto sería posible en el corto-mediano plazo?

-La verdad que todavía es muy temprano para decirlo. ¿Por qué? Porque tendríamos que poner fragmentos de la proteína spike a diferentes mutaciones que vemos circulando. Más que pan-virus, sería una vacuna de

mayor espectro contra las variantes que están circulando. Pero si en un futuro aparecen variantes diferentes, nuevas, con mutaciones en otros sitios, no estaríamos cubriendo eso. Habría que evaluar si podemos llegar a descubrir algunos de los antígenos que sean menos proclives a mutar. Esa información todavía no está disponible.

En cuanto a las vacunas para mutaciones actuales, las de Pfizer y Moderna son las que tienen mayor rapidez para poder adaptarse. En el caso de las otras es un poco más complejo. Por otro lado, la vacuna de Sinopharm, que tiene el virus inactivado, tiene todo el componente antigénico del virus y eso posiblemente sea una ventaja. Pero hay que ver la respuesta frente al virus con mutaciones, algo que todavía no se ha publicado.

-En este momento las vacunas disponibles no se están aplicando en farmacias, pero es probable que en un futuro, así como se hace con la antigripal y la antineumocócica, forme n parte de una campaña en farmacias comunitarias. Entonces, ¿qué deberían saber los farmacéuticos sobre las nuevas vacunas basadas en ARN?

-Lo más importante es que no tienen contraindicaciones específicas. No es como la vacuna del sarampión o la de la fiebre amarilla que no se pueden utilizar en algunas personas porque se podrían activar virus atenuados que tienen las vacunas. Ninguna de estas vacunas tienen virus atenuados. La vacuna de Sinopharm tiene virus inactivados, y las otras son a vectores o por RNA mensajero. Ninguna de esas vacunas va a generar infección por coronavirus. A partir de ahí lo único que uno tiene que preocuparse es de las reacciones agudas asociadas a las vacunas. Entonces, una persona que ha tenido una reacción alérgica grave a algún medicamento, que tuvo edema de glotis, que requirió internación, etc debería



“Hay que cambiar el sistema de salud a nivel global”

“Estamos viviendo un gran fracaso, a pesar de todo el avance que hemos logrado, porque estamos viendo cómo algunos países no tienen ni siquiera la expectativa de poder tener vacunas hasta mayo, por el egoísmo que hay en el mundo. Hay que fortalecer el rol de la OMS y los mecanismos de colaboración. Limitar el rol de las patentes y de los laboratorios privados en este tema para que todas las personas puedan tener acceso a la protección de su salud”.

“A nivel nacional creo que la pandemia nos hizo ver lo importante que es tener un sistema de salud. Y es necesario mejorarlo, integrarlo para que los públicos, los privados y semi-privados tengan un componente de lo que es prevención y promoción. Hoy la atención está enfocada en la cura de las enfermedades y no en la prevención”.

vacunarse en un ámbito hospitalario para prevenir una reacción grave. Por lo demás, son vacunas muy seguras, que se pueden administrar en forma ambulatoria.

-¿La pandemia –y el uso de antibióticos en pacientes con COVID grave- está acelerando la resistencia a los antimicrobianos?

-La RAM era un problema antes del COVID y empeoró mucho con el COVID porque el manejo de estos pacientes hace que uno tenga que minimizar la entrada y el contacto para evitar las infecciones en el personal de salud, entonces por ejemplo, el

personal de limpieza entra lo menos posible a las habitaciones y eso hace que de alguna manera las condiciones no sean las mismas. Y si a eso agregamos que se le ponen antibióticos a los pacientes ante la mínima sospecha, eso genera la posibilidad de aumento de la resistencia.

Por eso es que la Sociedad Argentina de Infectología hace varios meses que dio la recomendación de evitar el uso inapropiado de antibióticos en estas personas. Si el paciente tiene una neumonía por COVID no hace falta darle tratamiento de neumonía bacteriana porque ya

NUEVAS EMULSIONES FACTOR® AE

ELEGÍ LA HUMECTACIÓN
QUE TU PIEL NECESITA.



EMULSIÓN
HUMECTANTE
FACTOR AE®
ALOE VERA



EMULSIÓN
HUMECTANTE
FACTOR AE®
AVENA

**CON LAS CUALIDADES
DEL ALOE VERA**

- Refrescante
- Hidratante

**PARA PIELES SECAS,
SENSIBLES Y REACTIVAS**

- Sin esencias
- Suavizante

No irritante · Hipoalergénico · Clínica y dermatológicamente testado · Libre de parabenos



sabemos que tiene COVID y que la posibilidad de co-infección es baja. Depende si la radiología es compatible con COVID, si el diagnóstico es confirmado.

medad, en personas mayores de 75 años, durante los primeros tres días del inicio de los síntomas. El suero equino parecería tener algún efecto en personas graves que todavía no

antivirales en ensayo, uno de ellos en España, hay otros medicamentos en estudio para COVID como la colchicina, el Omega 3. Ahora se terminó un estudio con carragenina como profilaxis en personal de salud para evitar el ingreso del virus a través del sistema respiratorio, pero son todos estudios que hay que continuar mirando.



“Hoy es importante saber el riesgo de infección que tienen las personas vacunadas”.

Para evitar el aumento de la resistencia, hay que evitar el sobreuso, mantener las condiciones de higiene. No es que se esté viendo en este momento un aumento de mortalidad por RAM, pero es un riesgo muy grande para todo el hospital mantener altas tasas de circulación de bacterias resistentes que pueden infectar a otras personas. No se está viendo un aumento de la mortalidad porque el curso de tratamiento es relativamente corto y después la sobrevivencia de las personas depende de su situación inmunológica, de cómo van respondiendo y ahí sí, si se co-infectan con bacterias circulantes en el hospital. Es el riesgo de todas las infecciones intrahospitalarias, no sólo para las personas con COVID.

-¿Cómo está avanzando el desarrollo del arsenal terapéutico para enfrentar la infección por SARS CoV-2?

-La verdad que los avances son bastante lentos. En cuanto al plasma finalmente se consolidó que la indicación es muy temprana en la enfer-

están intubadas y solamente en esa situación. La ivermectina y la nita-zoxanida siguen en estudio porque ninguno de los múltiples estudios que hay ha sido convincente como para demostrar un efecto. El tocilizumab es un medicamento para el que la evidencia había sido un poco contradictoria pero finalmente los últimos resultados están mostrando que en pacientes graves, que están intubados, puede tener efecto beneficioso. Y el remdesivir, el único antiviral aprobado hasta este momento en Estados Unidos, no termina de convencer. Es una droga que puede acortar un poco el periodo de internación pero no disminuye la mortalidad. Entonces, sumado el precio que tiene, es difícil justificar su uso. Lo mismo con los anticuerpos monoclonales contra el coronavirus: por ahora no han podido demostrar ser muy efectivos.

Entonces la búsqueda de un medicamento mágico continúa y hay varias líneas de investigación. Hay varios

-¿Cuáles son las secuelas estudiadas que está dejando el COVID?

-Están las secuelas del COVID específicamente y las de todo el proceso de internación de la persona en una UCI por varias semanas. Del COVID, hay secuelas tanto a nivel neurológico, cardiovascular y respiratorio. Está la posibilidad de múltiples microtrombos. Es una enfermedad que está produciendo muchas trombosis, entonces ha generado trastornos neurocognitivos por alteraciones del flujo sanguíneo. Puede generar trombosis más importantes a nivel del Sistema Nervioso Central. Puede producir isquemias a nivel del corazón. 30% de las personas internadas en terapia tiene evidencia de isquemia miocárdica. Aún cuando sean jóvenes, las personas pueden salir con una capacidad miocárdica alterada. Hay un estudio en deportistas que muestra miocarditis en más de un 30% de los pacientes con COVID. Es algo que a largo plazo tenemos que seguir estudiando y por eso a las personas que han tenido COVID grave se les hace un ecocardiograma y habría que repetirlo periódicamente –una vez al año por lo menos- para ver si ha tenido un impacto.

Y después el problema en el pulmón, la fibrosis que genera, las secuelas que pueda generar a nivel del tracto respiratorio, que también hay que hacer seguimiento con espirometría.

Entonces, si la persona estuvo en UCI, si tiene más de 65 años, se requiere una resonancia magnética cerebral, un ecocardiograma, una espirometría y una evaluación de esos resulta-

dos por un médico clínico para que haga un seguimiento para evaluar la posibilidad de secuelas.

-¿Están estudiando la secuela de “niebla mental” que refieren algunos pacientes recuperados y también depresión?

-La depresión, la confusión, la falta de concentración son muy comunes, tanto en personas jóvenes como en personas ancianas en la fase inmediata, durante el primer mes posterior al COVID, y es un fenómeno multifactorial. No es solo por el COVID; está la inflamación que produce la enfermedad, los microtrombos, pero también todo el stress, la angustia que genera, sobre todo si la persona es un trabajador de la salud o si tiene más de 60 años tienen el miedo de contagiar o de morir. Son situaciones de muchísimo stress que cuando pasa la enfermedad, después de dos semanas, si les dicen que están de alta, les cuesta un poco reajustarse si estuvieron internados en terapia intensiva, intubados.

No hay una terapia definida aún, si hay que dar aspirina, antiagregantes. Vamos a seguir aprendiendo con los pacientes. Por ahora lo que hay que hacer es rehabilitación, reintegración a la vida habitual, ejercicio, dieta y tratar de estimular la actividad.

-Teniendo en cuenta las características tan particulares de esta enfermedad desconocida hasta hace poco más de un año, ¿qué cosas se desconocen aún?

-Ha sido uno de los virus sobre los que más rápidamente se ha generado información. Se ha compartido información a nivel global. El hecho de las vacunas ha sido uno de los fenómenos más importantes. Pero falta todavía conocer más sobre el impacto en la transmisión madre-hijo, ha habido casos de infecciones intraplacentarias. Eso no está muy claro. La transmisión a través de la leche materna tampoco está esta-

blecida claramente. Hay madres que se han infectado y que después de la infección han amamantado y el hijo adquirió anticuerpos a través de la lactancia.



“30% de las personas internadas en terapia intensiva por COVID tiene evidencia de isquemia miocárdica”.

A nivel de transmisión comunitaria creo que lo que más falta saber, como decía antes, es cuáles son los factores asociados a las mutaciones en las diferentes variantes. Si hay cepas virales que tienen más facilidad para mutar, en qué sector de la molécula como para diseñar vacunas que sean más estables. El rol de los reservorios. Quizás lo más importante en este momento es el potencial de transmisión de las personas vacunadas, el potencial de enfermarse y transmitir, aun cuando no tengan síntomas.

Hoy se sabe que reducen un 80% la transmisión, pero queda un 20%. Y ese 20% qué tanto transmiten esas personas que adquieren el coronavirus vacunados pero que están asintomáticos. No está claro todavía.

Y los mejores tratamientos preventivos, además de las vacunas, sobre todo para las personas que no pue-

den hacer anticuerpos, qué otras opciones preventivas pueden funcionar.

El rol de los anticuerpos monoclonales como terapia preventiva se está evaluando.

-En estos últimos tiempos surgieron en los medios referentes sanitarios que advierten que ésta podría no ser la última pandemia. Que en los próximos tiempos podría surgir otra pandemia por el cambio climático y otros factores. ¿Qué hay de cierto en esta advertencia?

-Es 100% cierto. Las pandemias las generamos nosotros cuando cambiamos el equilibrio entre un virus y un patógeno por alguna cuestión social que nos pone en una situación más vulnerable. El VIH apareció recién en los años '80 pero surgió mucho antes y estuvo contenido en África porque no había vuelos internacionales. La gripe aviar surgió a partir de la forma de cría de aves de corral; entonces siempre vamos a estar expuestos a potenciales pandemias. El tema es poder predecirlas, identificarlas y actuar rápidamente para poder evitarlas. Debemos disminuir la presión que tenemos los humanos sobre el hábitat de animales que pueden transmitir virus a los humanos.

Ahora estamos más preparados que antes, pero siempre vamos a estar en riesgo.

Siempre depende de la susceptibilidad de los humanos, el R1 de los virus o del microorganismo, o sea, la capacidad infectante y la mortalidad. Si hay un virus con poca capacidad infectante y alta mortalidad es probable que no genere pandemia, porque la persona tiene poco tiempo para contagiar a otra, como el ébola por ejemplo. Pero en el caso de virus con mucha capacidad de transmisión como el SARS CoV2 y una mortalidad mediana o alta, estaremos en problemas. ■



Estudiantes de Farmacia y graduados de la UNLP participan de brigadas sanitarias que asisten a poblaciones vulnerables durante la pandemia

Las carencias durante el aislamiento obligatorio de 2020 se profundizaron y se hicieron más apremiantes en los barrios vulnerables de La Plata, Berisso y Ensenada, en la provincia de Buenos Aires. Faltaba de todo, pero más que nada atención sanitaria, alimentos, alcohol en gel, desinfectantes y también información sobre cómo prevenir la propagación del SARS CoV-2. Estudiantes de Farmacia y otras carreras de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata, junto a graduados, docentes y personal no docente crearon lo que hoy son las “Brigadas Sanitarias Ramona Medina”. Se convocaron para dar asistencia, se organizaron y se articularon con el sistema de salud y las organizaciones barriales. Hicieron relevamientos sanitarios, promoción de la salud, testeos y vacunación. El trabajo que realizaron permitió acercar por primera vez atención a miles de personas, generando una base de datos epidemiológicos geo-referenciados con más de 35.000 registros.

“Seguramente, de haber encontrado estos ámbitos de trabajo durante la pandemia, va a salir una generación de profesionales de la salud con una capacidad superlativa”, sostiene Guido Mastrantonio, Secretario de Extensión de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata. Se refiere a la labor que vienen realizando más de 250 estudiantes, graduados, docentes y personal no docente dentro de lo que denominaron las “Brigadas Sanitarias Ramona Medina”.

“Lo que hicimos primero fue una con-

vocatoria interna a voluntarios”, cuenta el Dr. Mauricio Erben, decano de la Facultad. “Y pusimos a disposición de las autoridades de la provincia el laboratorio de diagnósticos por PCR, junto con las facultades de Ciencias Médicas y de Veterinaria. La respuesta que tuvimos fue muy superior a las necesidades. Y así surgió la idea de organizarnos para ir casa por casa. Trabajamos en coordinación con la Unidad de Pronta Atención (UPA) 6, los comités de crisis barriales, la Secretaría de Salud de la municipalidad y la Región 11”.

“Lo particular de las brigadas es entender a la Secretaría de Extensión como un espacio de interacción con el medio. La idea central es que la universidad tiene una cierta obligación de establecer espacios de trabajo en territorio porque es el lugar donde los estudiantes, sobre todo de las carreras de Salud, empiezan a entender y a formarse en su rol.

La formación disciplinar, un examen de una asignatura o una práctica en un laboratorio es solo una parte de la formación. El lograr una persona ín-

La mejor opción para conectarte con tus clientes



¿Por qué utilizar FarmaTouch?

- ✓ Elegí tus contenidos y proveedores
- ✓ Mantené la identidad de tu farmacia
- ✓ Comunicá ofertas de productos y servicios
- ✓ Recibí pedidos online
- ✓ Captá y fidelizá clientes

...y mucho más!

Para comenzar a usar la app ingresá en

red.cofa.org.ar/farmatouch 

Videos · Tutoriales · Registración

UNA NUEVA HERRAMIENTA GRATUITA PARA TODAS LAS FARMACIAS DE LA RED COFA



LA RED SANITARIA
DE FARMACIAS
MÁS GRANDE
DEL PAÍS



FarmaTouch 
La App de tu farmacia

tegra, vinculada con su contexto, con su entorno social, no se resuelve solo con el transcurso habitual en las aulas y en los laboratorios.

Aparecen, entonces, estos espacios que aportan mucho, por ejemplo, en lo que significa el compromiso de un profesional de la salud, sobre todo en los lugares donde su función es más importante, o sea, en los sectores más desprotegidos”.

En cuanto al rol de los farmacéuticos en las brigadas, Mastrantonio señala que al comienzo “se plantearon algunas líneas de trabajo. Una muy importante tenía que ver con la problemática de los elementos de protección personal. Trabajaron en el asesoramiento y acompañamiento de algunas unidades de producción, que se reconvirtieron para producir tapabocas para uso del personal de salud. Hubo un equipo de farmacéuticos y estudiantes que estuvieron en contacto con unidades de producción –cooperativas textiles-, generando material informativo, recopilando y sintetizando información. En esa etapa temprana había mucha discusión y mucha confusión.

Eso después se actualizó con la recomendación de la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación, así que ese primer equipo dejó de funcionar.

Otro equipo que integraron farmacéuticos se dedicó a la elaboración de alcohol al 70%, lavandina y otros productos desinfectantes. Ahí hubo mucha vinculación con organizaciones sociales y sindicatos que pusieron a disposición los materiales para la producción de alcohol al 70% para llevar a comedores, ollas populares y a clubes de barrio. Estos equipos, además de dedicarse a la producción, tuvieron otra función interesante en cuanto al asesoramiento, porque la producción masiva de alcohol 70% por fuera de los sistemas acreditados por la ANMAT requería asesoramiento técnico para la validación de esos productos y sobre su correcto uso”.

Mastrantonio destaca que “las experien-

cias fueron muy interesantes. El profesional participa en un esquema comunitario, donde hay referentes sociales, barriales, dirigentes de organizaciones. Acompaña procesos; no tiene que limitarse a dispensar o decir qué hacer, sino acompañar y convencer sobre ciertas prácticas que mejoran las condiciones sanitarias”. Erben pone como ejemplo el trabajo realizado en el barrio José Luis Cabezas, “que estuvo aislado por varios días. Los estudiantes de Bioquímica se capacitaron en hisopados. En ese barrio se hizo primero lo de emergencia, estuvimos explicándole a la población cuál era la situación, luego volvimos con la serología de casos”.



“El lograr una persona íntegra, vinculada con su contexto, con su entorno social, no se resuelve solo con el transcurso habitual en las aulas y en los laboratorios”
(Dr. Mauricio Erben).

“Hubo estudiantes de Farmacia en el equipo que hizo relevamiento socio-sanitario. Eso consistió en el peinado de los barrios populares casa por casa, identificando por un lado pacientes sospechosos de COVID, pero también detectando pacientes con enfermedades crónicas, que sobre todo en la primera etapa de la pandemia habían perdido el vínculo con el sistema de salud. Dejaron de hacerse los controles, de recibir medicación, etc.

Uno de los primeros equipos que salió a territorio a mediados de abril fue el que salió a vacunar. Ahí encontramos un espacio para las prácticas de los estudiantes de Farmacia. También se hizo atención telefónica siguiendo los casos.”

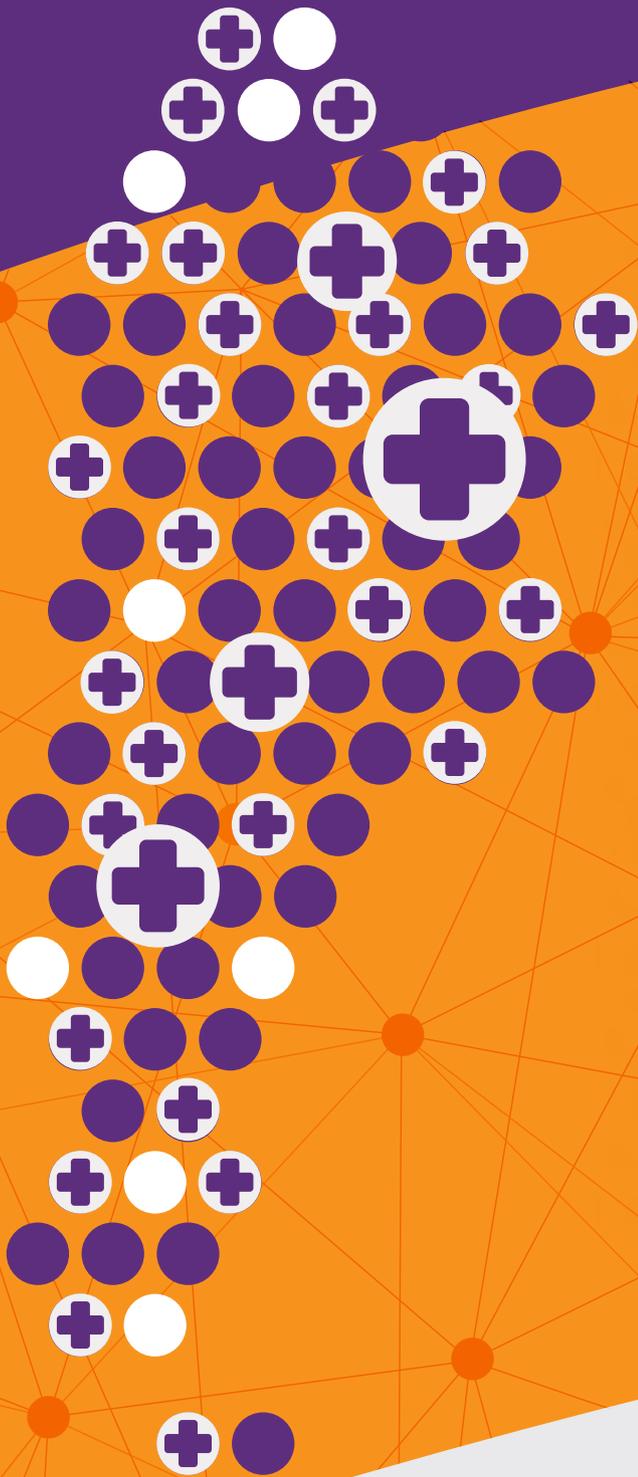
“Estos abordajes territoriales –destaca Erben- no sólo eran la búsqueda de casos de COVID, sino que terminaban siendo motivo de abordajes de salud”. “Esto nos permite ir más allá de la vacuna y el medicamento como bien social, como parte de un tratamiento más general de la problemática, de un acercamiento a la población”.

Una app epidemiológica

“El relevamiento de datos se hizo con una aplicación que desarrollaron químicos, informáticos y matemáticos de la facultad”, cuenta Mastrantonio. A través de esa aplicación, en el recorrido se recogían los datos off line en el celular, porque en muchos de los barrios no hay conectividad, y cuando tenían señal, cada uno de los voluntarios enviaba su información. Se formó un equipo que trabajó en estadísticas, en la elaboración de informes. Llegamos a relevar 35.000 registros de habitantes de barrios populares, con los datos básicos: nombre, apellido, edad, geolocalización, enfermedades crónicas, datos de vacunación. Esa matriz de datos se ha usado para distintos propósitos. Por ejemplo, en este momento se están proveyendo listados de personas que son población objetivo de la vacunación COVID: mayores de 60, con enfermedades crónicas.

El Ministerio de Salud utiliza los programas hospitalarios, las obras sociales, los datos de PAMI para armar los listados. Nosotros recorrimos barrios en donde no existe cobertura formal de salud. Esas personas no habrían llegado a estos listados”.

“Además, en ese censo se recabó información importante de pacientes oncológicos desvinculados del sistema de salud por la pandemia. Esto se presentó al Instituto Nacional de Cáncer para hacer un estudio más profundo.



**Distribución integral de
productos medicinales
y consumo masivo**



Cobertura nacional



**Tecnología de última
generación**



**Productos y servicios
para clientes
y proveedores**



www.monroeamericana.com.ar

Se aprobó y empezaron a trabajar en febrero sobre el abordaje del paciente oncológico en situación de vulnerabilidad social y en contexto de pandemia. Además, el relevamiento seguramente nos va a servir de ahora en más como herramienta de trabajo en problemáticas de salud”.

“Luego de esa acción hubo muchas personas que pudieron ingresar al sistema de salud. Pero surgió algo interesante: Los dispositivos Detectar tuvieron un papel muy importante antes del pico de casos. Ya durante el pico, lo que nos pasaba era que encontrábamos menos pacientes que los que se ingresaban como positivos. Lo que pasó durante la primera etapa es que hubo una capacitación comunitaria y empoderamiento de las personas para rápidamente reconocerse como pacientes sospechosos. Ya no necesitaban que los fueran a buscar. Entonces, la intervención sanitaria, si está pensada de una manera integral, que tiene que ver no solo con la contención, el diálogo, el trasladar capacidad, la propia intervención sanitaria deja un saldo que va más allá del agente sanitario. Es un fenómeno complejo: vimos que el relevamiento en sí incide sobre la organización comunitaria”.

“Por otra parte, muchos de nuestros docentes y estudiantes se encontraron con el entendimiento de la enfermedad más allá de la dimensión biomédica; lo que tiene que ver con los determinantes sociales, el contexto, el papel de la comunidad en el abordaje de una patología”.

“El próximo desafío será la vacunación COVID-19 en estas poblaciones. Descubrimos que la vacunación fue una de las acciones sanitarias más dañadas por el ASPO. Desaparecieron los vacunatorios de las salitas sanitarias y la gente ya no fue a vacunarse, sobre todo los adultos mayores. Arrancamos con vacunación antigripal y luego se entrenaron equipos para salir a cubrir la vacunación de calendario. Ya en ese momento empezamos a entender que

esos equipos iban a tener importancia cuando existiera una vacuna. Ahí el papel de farmacéuticos y bioquímicos es central”.



“La integración de los equipos de salud tiene una falla importante que es responsabilidad de las universidades nacionales. Por lo menos en lo que respecta a nuestras carreras, no ha habido herramientas suficientes como para que la formación de farmacéuticos, bioquímicos u otros profesionales se articule con el sistema de salud”
(Dr. Guido Mastrantonio)

Más allá del COVID-19

“Creo que hay dos cosas buenas que va a dejar la pandemia respecto al sistema de Salud, incorporando lo que es la formación de profesionales, que es nuestro papel -puntualiza Mastrantonio-. Una, que me parece que va a haber una continuidad de los esfuerzos que está haciendo la provincia, a través del Ministerio, para los dispositivos territoriales, que van más allá del hospital o de la salita sanitaria”.

“Por otro lado, la propia universidad redescubrió este espacio de formación. Me parece que estas dos cuestiones van a ser confluyentes en que

las brigadas van a tener un espacio de trabajo más adelante.

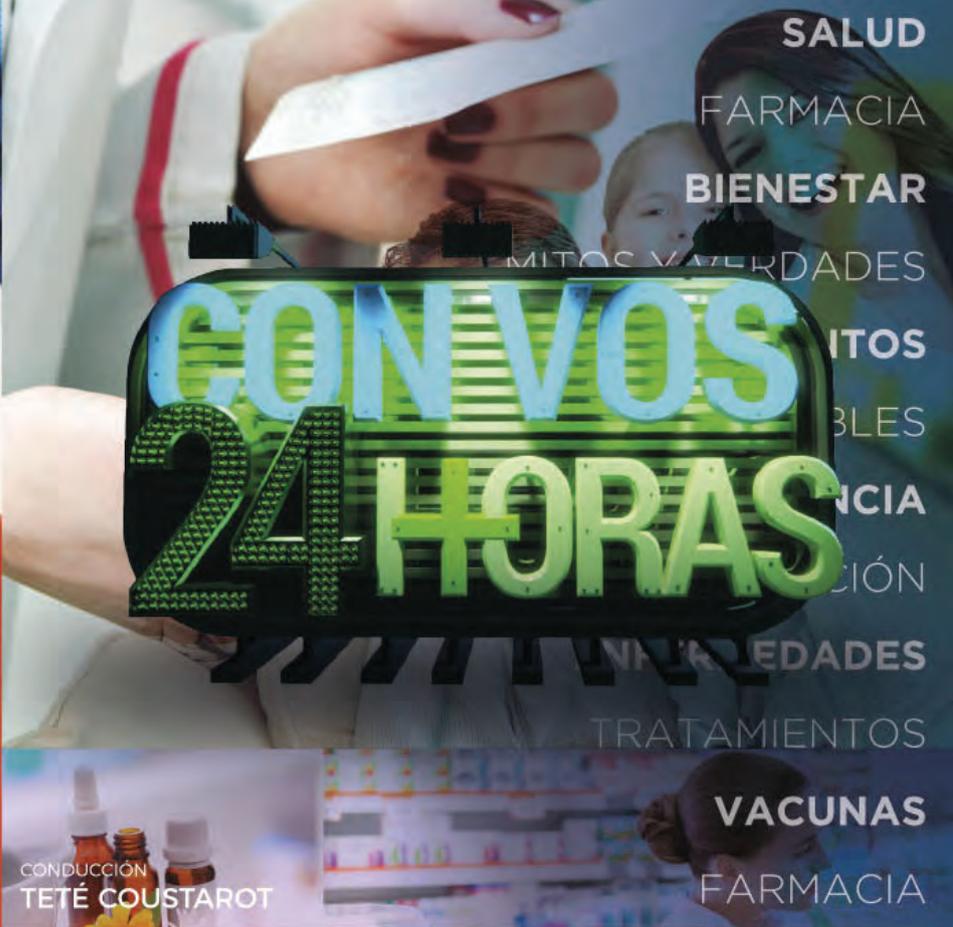
La integración de los equipos de salud tiene una falla importante que es responsabilidad de las universidades nacionales. Por lo menos en lo que respecta a nuestras carreras, no han habido herramientas suficientes como para que la formación de farmacéuticos, bioquímicos u otros profesionales se articule con el sistema de Salud. Entre el egresado de una carrera y la primera etapa de la residencia hay una interfase que no es siempre fluida. Ahora me parece que eso se va a lograr, sobre todo en relación a estos dispositivos de trabajo territorial”.

Un cambio de enfoque en la extensión universitaria

“La dimensión ético-política de la formación en territorio, en contacto con las problemáticas de los sectores más vulnerables, es un espacio de trabajo que nunca más se tiene que abandonar”, sostiene Mastrantonio. Me parece que este espacio de formación se va a representar después en una generación de profesionales de la salud con otra carnadura.

Otra de las cosas que aprendimos en lo que hace a la Facultad, es la necesidad de que estos espacios de formación no sean voluntarios o excepcionales. Es una parte importante de la formación de los profesionales. Se va a poner en discusión el concepto de voluntariado”.

El secretario de Extensión concluye reflexionando acerca del lugar que tuvieron los jóvenes durante la pandemia. “Hubo una crítica a la juventud como irresponsable, que va a fiestas clandestinas, que no se compromete con la sociedad. Pero yo no vi eso. Lo que yo vi durante toda la pandemia es una juventud comprometida, que puso el cuerpo, que dejó en estas acciones comunitarias horas, sueño y trabajo. Todo lo que se movilizó tiene un aporte muy importante de los jóvenes. Nunca me sentí más orgulloso de mis estudiantes como en este tiempo”. ■



SALUD

FARMACIA

BIENESTAR

MITOS Y VERDADES

MITOS

BLES

NCIA

CIÓN

TRATAMIENTOS

VACUNAS

FARMACIA

CONDUCCIÓN
TETÉ COUSTAROT

**SÁBADO
23:00 HS.**



MIRANOS POR **YouTube**

SEGUINOS!  /ConVos24Horas

Farm. Ricardo Pesenti



Verónica Varano



TESTS

**LOS TEMAS DE SALUD
MÁS IMPORTANTES TRATADOS POR
PROFESIONALES DESTACADOS**

**SÁBADO
23:30 HS** 



FIP: Herramientas para asistir a los farmacéuticos en el servicio de conciliación de medicamentos

Para contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes y la iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) -"Medicamentos sin daño"-, la Federación Farmacéutica Internacional publicó el 18 de febrero un conjunto de herramientas para asistir a los farmacéuticos en la conciliación de medicamentos.

Las transiciones de la atención (como la internación, la transferencia entre sectores dentro de un centro y en el momento del alta, y también entre diferentes prescriptores en entornos comunitarios) pueden conducir potencialmente a provocar daños al paciente debido a cambios no intencionales en la medicación o mala comunicación. Una revisión reciente de Cochrane, por ejemplo, encontró que el 55,9% de los pacientes corren el riesgo de tener una o más discrepancias de medicación en las transiciones de atención que pueden conducir a enfermedades secundarias, internaciones e incluso muertes.

La conciliación de medicamentos es un proceso estandarizado que implica obtener la lista completa de medicamentos actuales de un paciente y revisarla

en relación con la medicación solicitada o utilizada en cualquier entorno nuevo, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia en la frecuencia, vía, dosis, combinación y propósito terapéutico de la medicación.

"Representa un servicio clave en todas las transiciones de la atención y, cuando está dirigida por farmacéuticos, es eficaz para reducir el daño relacionado con los medicamentos a los pacientes. Con este servicio, los farmacéuticos pueden aplicar su expertise para minimizar los errores y optimizar el uso, lo que tiene como resultado un impacto positivo en los resultados clínicos y económicos. La conciliación de medicamentos debe practicarse en todos los entornos de atención médica", afirmó la Dra. Catherine Duggan, directora ejecutiva de la FIP.

El conjunto de herramientas de la FIP sobre conciliación de medicamentos describe los principios y los procesos importantes que los farmacéuticos deben seguir al brindar este servicio profesional. Resume las definiciones, el impacto y los procedimientos y ofrece un conjunto de herramientas para apoyar la práctica.

Elementos clave para llevar a cabo la conciliación de medicamentos

Los principios para realizar la conciliación de medicamentos implican identificar lo que se debe hacer y las personas involucradas. El proceso incluye los siguientes elementos:

1. Una lista de medicamentos para pacientes actualizada, precisa y completa que incluye medica-

- mentos con receta, sin receta, herbarios, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas o complementarias que el paciente podría estar utilizando como guía esencial para garantizar una prescripción segura y adecuada en cualquier entorno de atención.²⁸
2. Información sobre medicamentos o alergias alimentarias, cambios recientes de medicamentos, ayudas para el manejo de medicamentos (como pastilleros), nivel percibido de alfabetización en salud o conocimiento de medicamentos, adherencia y hábitos de estilo de vida (como tabaquismo, consumo de alcohol o drogas).
 3. Un proceso estandarizado y estructurado para llevar a cabo la conciliación de medicamentos.²⁸
 4. Integración en procesos que ya existen para la gestión de medicamentos y el flujo de pacientes.²⁸
 5. Responsabilidad compartida entre el farmacéutico y otros profesionales de la salud. 28 6. Implicación de los pacientes y sus familias.²⁸
 7. Se debe poder contactar con otros profesionales de la salud aliados, incluidas enfermeras, médicos o farmacéuticos en entornos hospitalarios o comunitarios para corroborar la información.
 8. Consentimiento de los pacientes, (o asentimiento de sus familiares), para obtener información colateral de las fuentes antes mencionadas.

El proceso de conciliación de medicamentos

Los siguientes pasos representan un proceso propuesto para la conciliación de medicamentos que puede utilizarse directamente o adaptarse a las prácticas locales.

La conciliación de medicamentos consta de tres pasos principales:

1. Crear el mejor historial de medicación posible (MHMP);
2. Comparar el MHMP con los medicamentos recetados al ingreso, al traslado del paciente o al alta del paciente e identificar las discrepancias;

pancias; y

3. Conciliar las discrepancias clasificándolas como intencionales o no intencionales y tomando las medidas apropiadas y documentando las intervenciones.

Creación del mejor historial de medicación posible

El mejor historial de medicación posible (MHMP) es un historial de medicación preciso, actualizado y completo que recopila información sobre todos los medicamentos recetados y no recetados utilizados por el paciente, incluida la dosis, la frecuencia, la formulación y vía de administración.³⁰



La información sobre medicamentos también debe incluir cualquier medicamento a base de hierbas, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas / complementarias que el paciente pueda estar tomando. Esta información debe recopilarse a través de al menos dos fuentes diferentes.⁶ Idealmente, la información debe recopilarse entrevistando al paciente y sus familiares y/o cuidadores. La información obtenida debe luego verificarse y aclararse con otras fuentes, como otros farmacéuticos, otros profesionales de la salud, proveedores de atención domiciliar y/o inspeccionando los envases de medicamentos, las listas de medicamentos de los pacientes y los registros médicos anteriores del paciente.

Información sobre alergias conocidas, cambios previos de medicación, manejo de medicación, historial de vacunación, nivel de alfabetización en salud o conocimiento de medicación,

cumplimiento y hábitos de estilo de vida también se pueden recopilar durante la entrevista. Las preguntas abiertas, como “¿Qué medicamentos recetados toma habitualmente?”, permiten a los pacientes elaborar y proporcionar tanta información como sea posible. Preguntas cerradas, como “¿Estaba usando gotas para los ojos?” se puede utilizar para obtener información precisa.

Comparación del MHMP e identificación de discrepancias

Ejemplos de discrepancias de medicamentos incluyen:³¹

- Omisión de medicamentos
- Adición de medicamentos
- Duplicación de medicamentos
- Sustitución de clases terapéuticas (cambio de medicamentos dentro de una clase de medicamentos)
- Alergia o intolerancia
- Poco clara / incorrecta / omisión de concentración
- Poco clara / incorrecta / omisión de frecuencia • Poco clara / incorrecta / omisión de unidades
- Poco clara / incorrecta / omisión de la forma de dosificación
- Poco clara / incorrecta / omisión de la vía de administración
- Poco clara / incorrecta / hora de administración diferente
- Duración del tratamiento incierta / incorrecta

Conciliar las discrepancias y tomar las medidas adecuadas

Las discrepancias identificadas se analizan en el contexto clínico y se clasifican como intencionales o no intencionales. Para resolver tales errores, se deben tomar las medidas adecuadas, como comunicarse con los prescriptores para cambiar la terapia con medicamentos, así como documentar los cambios y el seguimiento necesario. Cualquier cambio realizado en la terapia con medicamentos debe comunicarse posteriormente al paciente. Por último, una conciliación de medicamentos debería completarse idealmente con una revisión del uso de medicamentos (RUM) para evaluar las indicaciones,

contraindicaciones y dosis, así como para estudiar las interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad con respecto a la información obtenida a través de la conciliación de medicamentos.

Conciliación de medicamentos en las transiciones de atención hospitalarias
Las transiciones de atención, como en el momento de la admisión, el traslado o el alta, conllevan la posibilidad de errores de medicación y, por lo tanto, se benefician de la conciliación de medicamentos.

Al admitir a un paciente en el hospital

1. Se debe crear una lista precisa y completa de todos los medicamentos que el paciente ha tomado antes de ser admitido. Esta información se puede obtener entrevistando al paciente, familiares y médicos e, idealmente, debe ser adicional a una fuente secundaria, como una lista de medicamentos. Esta información se recopila mejor dentro de las 24 horas posteriores a la admisión al hospital.
2. Los pedidos de medicamentos de admisión deben crearse en función de este MHMP. En entornos de atención aguda o situaciones de emergencia, es posible que no haya tiempo suficiente para realizar una MHMP antes de recetar medicamentos al momento de la admisión. Por lo tanto, el MHMP debe realizarse lo antes posible después del ingreso, y debe usarse para comparar los medicamentos pedidos al ingreso e identificar discrepancias.²⁸
3. Todas las discrepancias identificadas deben conciliarse y las intervenciones y sugerencias necesarias deben documentarse adecuadamente y comunicarse al resto del equipo sanitario así como al paciente y/o sus cuidadores.²⁸

Para traslados de pacientes hospitalizados

1. Se debe crear una lista precisa y

completa de todos los medicamentos que el paciente ha tomado antes de la admisión y durante la admisión.

2. Los pedidos de medicamentos al ingreso a la nueva unidad deben crearse en base al MHMP de los medicamentos tomados durante la estancia hospitalaria actual. El MHMP de los medicamentos que se tomaban antes de la admisión (en el hogar) también debe compararse con los medicamentos actuales.
3. Si se identifican discrepancias en la transferencia, deben conciliarse.
4. Las intervenciones necesarias y las sugerencias realizadas deben documentarse adecuadamente y comunicarse al resto del equipo sanitario, así como al paciente y / o sus cuidadores. El procedimiento para los traslados de pacientes hospitalizados también se aplica a las transiciones de la atención dentro de una institución, como en el contexto perioperatorio.

Tras el alta de un paciente del hospital

1. El MHMP obtenido al momento del alta incluye no solo los medicamentos que el paciente estaba tomando antes de la admisión, sino también los cambios realizados en el plan de tratamiento del paciente durante su estancia en el hospital. Se espera que, en el momento del alta, ya se haya recopilado toda esta información. En caso contrario, debe recopilarse entrevistando a los pacientes, familiares y médicos a cargo y consultando la historia clínica del paciente.
2. El MHMP debe compararse con los medicamentos ordenados al alta y debe identificarse cualquier discrepancia o cambio realizado en los medicamentos.
3. Las discrepancias o cambios identificados deben documentarse y comunicarse al médico tratante o al prescriptor. Cualquier cambio realizado en los medicamentos debe comunicarse al paciente

para que pueda comprender el razonamiento detrás de los cambios.³²

Ejemplos de cambios que el paciente debe conocer incluyen suspender un medicamento que estaba tomando antes de la admisión, continuar con los nuevos medicamentos que se iniciaron durante la estancia en el hospital y reiniciar un medicamento que se había recetado previamente y que se suspendió temporalmente durante la estancia hospitalaria actual.

Conciliación de medicamentos en entornos ambulatorios y comunitarios

La conciliación de medicamentos también se puede realizar en el entorno ambulatorio para obtener una descripción completa y precisa de la terapia de medicamentos actual del paciente. Por ejemplo, en las farmacias comunitarias o en las clínicas para pacientes ambulatorios, los farmacéuticos pueden realizar la conciliación de medicamentos para recopilar información y, posteriormente, proceder a una revisión del uso de medicamentos. El proceso incluye los siguientes pasos:

1. El farmacéutico debe obtener el MHMP del paciente entrevistando al paciente o sus cuidadores, comunicándose con los proveedores de atención médica del paciente, revisando los registros de la farmacia comunitaria, verificando el historial médico del paciente o pidiendo ver sus envases de medicamentos o pastilleros.
2. El MHMP debe compararse con cualquier medicamento recetado que el paciente tome, además de cualquier medicamento sin receta, medicamentos a base de hierbas, suplementos, vitaminas y otras terapias alternativas o complementarias que el paciente pueda estar usando. Se debe identificar cualquier discrepancia.
3. Las discrepancias o cambios identificados deben documentarse. Se debe contactar a los prescriptores y otros profesionales de la salud



Hoy, como desde hace 70 años, nuestra prioridad va de la mano del enorme **rol social que cumplimos: proveer SALUD en todo el país, todos los días** a partir del abastecimiento de medicamentos, accesorios de farmacia, perfumería e insumos hospitalarios.

#NosGustaEstarCerca





para conciliar las discrepancias.

4. Después de realizar los cambios necesarios en la terapia de medicamentos de un paciente después de la conciliación de medicamentos, el farmacéutico debe comunicar estos cambios al paciente o sus cuidadores con el asesoramiento y la educación necesarios.

Momento y priorización de la conciliación de medicamentos

El momento de la conciliación de medicamentos es fundamental para garantizar que las discrepancias de medicamentos se identifiquen y concilien de manera oportuna. Además, la conciliación de medicamentos debería realizarse idealmente para todos los pacientes bajo el cuidado del farmacéutico. Por lo tanto, es importante identificar los plazos y los grupos de pacientes prioritarios para la conciliación de medicamentos. Esto es particularmente importante en situaciones de recursos o capacidad laboral limitados. A continuación se dan ejemplos.

- ✓ **Momentos para la conciliación de medicamentos⁶**
 - Dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, traslado o alta hospitalaria

- En el departamento de emergencias independientemente del estado de admisión
- Al alta del hospital en la comunidad o entorno ambulatorio
- ✓ **Grupos de pacientes prioritarios para la conciliación de medicamentos⁶**
 - Pacientes de 65 años o más
 - Pacientes que toman múltiples medicamentos (5 o más)
 - Pacientes con medicamentos de alto riesgo, tales como anticoagulantes, opioides, insulina, antiepilépticos, anticolinérgicos o inmunosupresores
 - Pacientes con insuficiencia renal
 - Pacientes en entornos de cuidados críticos
 - Pacientes trasplantados
 - Pacientes con bajos conocimientos de salud

La realización de una entrevista con los pacientes y sus cuidadores sigue siendo una de las principales fuentes de información sobre el historial de medicación, y se puede realizar en más o menos cualquier tipo de entorno. Una vez que se ha tomado el MHMP, la conciliación de medicamentos se puede transcribir en un

documento de papel que se puede guardar en un lugar visible entre las historias clínicas de papel del paciente. Se puede y se debe entregar una copia al paciente, quien puede mostrársela a otros proveedores de atención médica. En entornos sin acceso a software específico, se pueden utilizar programas informáticos ampliamente disponibles, como Microsoft Word o Excel, para crear documentos que faciliten la conciliación de medicamentos. Aunque puede existir software específico en entornos con recursos más completos, incluidas aplicaciones de conciliación de medicamentos vinculadas a la historia clínica electrónica del paciente.

Herramientas de implementación de conciliación de medicamentos Herramientas electrónicas Entrada digital de recetas

Un sistema computarizado de entrada de órdenes médicas asegura que el farmacéutico esté actualizado con los medicamentos recetados del paciente en tiempo real, lo que acelera el proceso de obtención de la información³⁶.

Registros de salud personales

Un registro de salud personal (RSP) es un conjunto de herramientas informáticas mediante las cuales los pacientes pueden acceder y coordinar su información de salud de por vida y poner parte de ella a disposición de quienes lo requieran.³⁶ Un RSP permite al paciente compartir algunas o todas las partes de su historial de medicación según lo solicitado durante la conciliación de medicamentos.

Registro médico electrónico compartido

Los registros médicos compartidos se implementan almacenando los registros de salud personales del paciente, que pueden incluir medicamentos, investigaciones de laboratorio y resultados de imágenes en un sistema centralizado. Con su consentimiento, esta información se vuelve fácilmente accesible para los profesionales de la

Cuadro A

INFORMACION PERSONAL	
Fecha de la entrevista	
Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	
Género	
Altura y peso	
Información de cobertura médica	
Número de teléfono del paciente	
Nombre de la farmacia	
Datos de contacto de la farmacia	
Nombre del médico de atención primaria	
Datos de contacto del médico de atención primaria	
Alergias	
Intolerancias	
Manejo de medicación (por el paciente o cuidador)	
Organización de la medicación (Preenvasados o pastilleros; preparado por el paciente o por farmacia)	
Nivel percibido de alfabetización en salud	
Adherencia percibida a medicamentos previamente recetados	
Historial de vacunación	
Hábitos de estilo de vida (tabaquismo, drogas, alcohol)	
Cambios recientes de medicación (en los últimos 1 a 6 meses)	

el historial de medicamentos de un paciente, la fuente principal de información debe ser el paciente o el cuidador (**Cuadro A**).

La **tabla 1** proporciona un ejemplo de cómo se pueden utilizar estos formularios en medicamentos bajo receta, de venta libre y otros productos medicinales.

Conclusión

Este conjunto de herramientas también está destinado a respaldar el desarrollo nacional y local de una conciliación óptima de medicamentos dirigida por farmacéuticos. Los datos durante décadas han demostrado los múltiples beneficios de la conciliación de medicamentos, y los farmacéuticos están llamados a asumir roles de liderazgo en la implementación, conducción y promoción de este servicio. Los recursos, los marcos y las condiciones necesarias, incluidos los modelos de remuneración adecuados por parte de terceros

Tabla 1

Medicamento (nombre genérico o marca)	Presentación	Frecuencia de dosis	Ruta de administ.	Indicación	Estado de la prescripción	Acción a realizar	Comentarios
Amlodipina	comp.	5 mg diarios a la mañana	oral	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Modificada <input checked="" type="checkbox"/> Suspendida/discontinuada/no reordenada	Continuar debido a hipotensión	Reevaluar los signos vitales en 48 horas

salud dentro de una jurisdicción determinada.³⁷

Historia Clínica Electrónica

Una historia clínica electrónica (HCE) es el historial médico electrónico de un paciente que es mantenido por un proveedor de atención médica o varios proveedores.³⁸ Es un registro completo de los datos clínicos del paciente que incluye el historial de medicación del paciente. Es importante en la conciliación de medicamentos en un entorno de atención médica para pacientes hospitaliza-

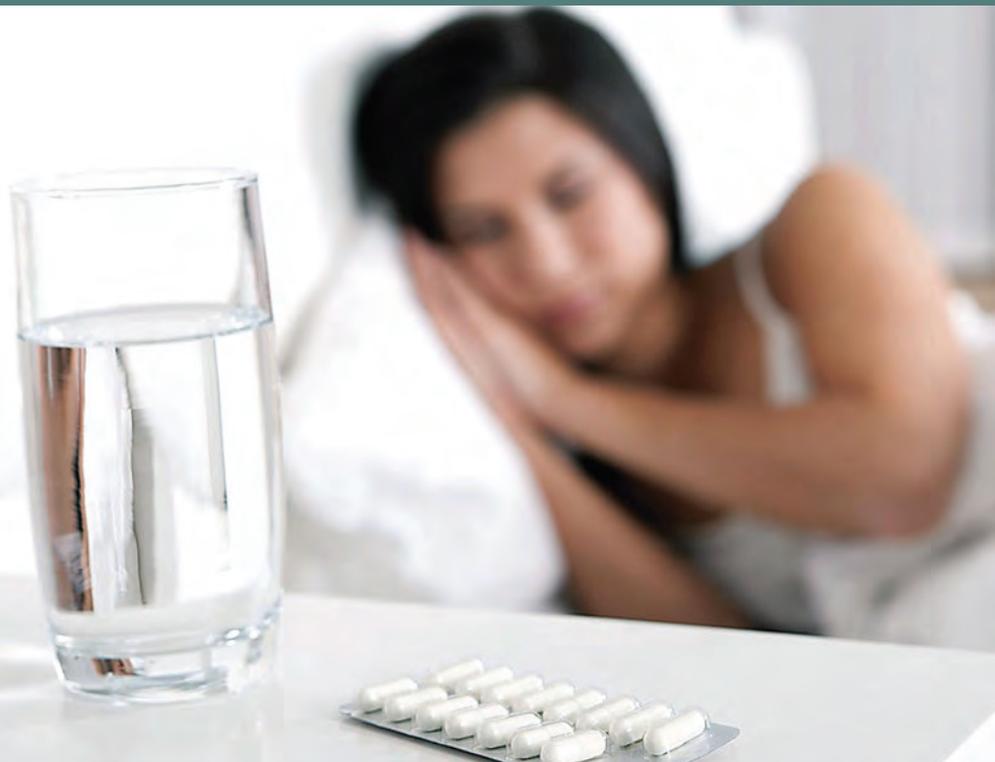
dos o ambulatorios, incluidas las farmacias comunitarias.

Resumen de alta electrónica inteligente

Un resumen de alta electrónica inteligente se utiliza para producir y transmitir un resumen de alta de un paciente basado en los medicamentos del paciente antes de la admisión y durante su estadía en el hospital. El farmacéutico utiliza la información en la conciliación de medicamentos. Aunque los registros de salud y medicamentos son valiosos para obtener

pagadores, deben establecerse en los entornos de farmacia comunitaria y hospitalaria para proporcionar las condiciones óptimas para establecer servicios efectivos de conciliación de medicamentos y contribuir aún más al conocimiento sobre sus beneficios clínicos y rentabilidad.

La conciliación de medicamentos representa un componente convincente para mejorar los resultados de salud y un componente esencial para reducir los errores de medicación y garantizar la seguridad del paciente. ■



Tomar antihipertensivos a la noche reduciría el riesgo cardiovascular

Cambiar el régimen de toma de antihipertensivos de noche –en lugar de hacerlo a la mañana, como suele indicarse– puede disminuir un 56% la mortalidad total por causas cardiovasculares. Así lo demuestra un estudio sobre más de 19.000 pacientes que reflejó que este cambio de estrategia logra, además, al controlar la presión arterial, una reducción del 45% de los episodios cardiovasculares totales, un 34% de los infartos y un 49% de los accidentes cerebrovasculares (ACV).

El estudio fue desarrollado por investigadores de la Universidad de Vigo, en España, y publicado en la European Heart Journal.

El Ensayo de Cronoterapia Hygia multicéntrico, controlado y prospectivo de criterios de valoración, se realizó en el ámbito de la atención primaria clínica entre 2008 y 2018. Se asignó a 19084 pacientes hipertensos (10614 hombres / 8470 mujeres, $60,5 \pm 13,7$ años de edad) (1: 1) a ingerir la dosis diaria completa de ≥ 1 medicamentos para la hipertensión a la hora de acostarse ($n = 9552$) o todos al despertar ($n = 9532$). En la inclusión y en cada

visita clínica programada (al menos una vez al año) durante el seguimiento, se realizó una monitorización ambulatoria de la presión arterial (PAA) durante 48 horas. Durante la media de seguimiento de los pacientes de 6,3 años, 1752 participantes experimentaron el resultado primario de ECV (muerte por ECV, infarto de miocardio, revascularización coronaria, insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular). Los pacientes del gru-

po que tomó la medicación a la hora de acostarse, en comparación con el grupo que tomó la medicación al despertar, mostraron una razón de riesgo significativamente menor, ajustada por características influyentes significativas de edad, sexo, diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica, tabaquismo, colesterol HDL, presión arterial sistólica dormida (PA) media, disminución de la PA sistólica relativa durante el sueño y evento previo de ECV: del resultado primario de ECV [0,55 (IC del 95%: 0,50-0,61), $P < 0,001$] y cada uno de sus componentes individuales ($P < 0,001$ en todos los casos), es decir, muerte por ECV [0,44 (0,34-0,56)], infarto de miocardio [0,66 (0,52-0,84)], revascularización coronaria [0,60 (0,47-0,75)], insuficiencia cardíaca [0,58 (0,49-0,70)] y accidente cerebrovascular [0,51 (0,41-0,63)].

Introducción

Múltiples ensayos clínicos prospectivos documentan una mejor normalización de la presión arterial (PA) durante el sueño y el patrón de PA de 24 hs (aumento en la disminución de la PA relativa durante el sueño hacia el perfil dipper más normal) cuando se ingieren medicamentos para la hipertensión, individuales o combinados, formulados convencionalmente al acostarse que al despertar,^{1,2} sin aumento de los efectos adversos.³ Estas diferencias en el tiempo de administración de los efectos de los medicamentos para bajar la PA surgen de influencias dependientes del ritmo circadiano tanto en su farmacocinética y farmacodinamia como en los mecanismos de regulación de la PA.^{1,4,5} Por ejemplo, la actividad máxima del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) se produce durante el sueño.⁵ Por consiguiente, la ingestión a la hora de acostarse en comparación con la ingestión al despertar de formulaciones diarias de bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) y angiotensina, los inhibidores de la enzima convertidora (IECA), así como sus combinaciones probadas con bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos, dan como resultado una reduc-

ción considerablemente mayor en la media de la PA durante el sueño sin comprometer el efecto terapéutico sobre la PA en la vigilia.^{1,2}

El control de la PA durante el sueño mediante la elección adecuada del tiempo de tratamiento de la hipertensión es clínicamente relevante. Los resultados de numerosos estudios prospectivos independientes y meta-análisis demuestran que la media de la PA al dormir determinada por la monitorización ambulatoria de la PA (ABP) (MAPA) es un marcador pronóstico de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) significativamente más sensible que las mediciones diurnas de PA en el consultorio (OBPM) o la media de PA despierto o de 24 hs derivada de MAPA.⁶⁻¹¹

Lo más importante es que los estudios de resultados que incorporan la evaluación periódica del paciente con MAPA durante el seguimiento corroboran la reducción terapéutica de la PA sistólica (PAS) durante el sueño y la mejora de la PAS relativa del tiempo de sueño el descenso hacia el patrón normal dipper de PA reduce el riesgo de ECV independientemente de los cambios inducidos por el tratamiento en la OBPM y / o la PAA al despertar.^{8,11}

A pesar de la creciente evidencia, aunque no del todo consistente, que documenta la influencia del tiempo de tratamiento de la hipertensión en el control de la PA, particularmente durante el sueño,^{1,2} pocos estudios de resultados a largo plazo, incluida la Evaluación de Prevención de Resultados del Corazón (HOPE),¹² Syst-Eur,¹³ Syst-China,¹⁴ y el estudio de Verapamil de liberación prolongada de inicio controlado (COER) Investigación de criterios de valoración cardiovasculares (CONVINCE)¹⁵, evaluaron específicamente los efectos de la ingestión de medicamentos para la hipertensión por la noche o antes de acostarse sobre la reducción del riesgo de ECV. Sin embargo, estas investigaciones, que implican una estrategia terapéutica nocturna de

ramipril, nitrendipina y verapamil COER, se llevaron a cabo en ausencia de un grupo de tratamiento matutino comparativo. El estudio MAPEC- Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial para la Predicción de Eventos Cardiovasculares- constituye el primer y hasta ahora único ensayo prospectivo aleatorizado diseñado específicamente para probar si los medicamentos para la hipertensión formulados convencionalmente cuando se ingieren de manera rutinaria antes de acostarse reducen mejor el riesgo de ECV que cuando se ingiere como práctica habitual al despertar.¹⁶ Después de la media de seguimiento de 5,6 años, el régimen de tratamiento a la hora de acostarse, en comparación con la toma al despertar, dio como resultado una disminución significativamente mayor de la PA durante el sueño, una menor prevalencia de no inmersión y menor incidencia de eventos de ECV.¹⁶ Estos hallazgos, basados en una cohorte relativamente pequeña de 2156 pacientes hipertensos, esperaban validación en el ámbito clínico de atención primaria.

El Proyecto Hygia está compuesto por una red de 40 centros de atención primaria dentro del Servicio Gallego de Salud de la Seguridad Social [Servicio Galego de Saúde (SERGAS), Norte de España]. Involucra a 292 investigadores capacitados y certificados en la aplicación adecuada de MAPA y la realización de procedimientos de estudio.

Resultados

Características demográficas, clínicas y del PAA según el régimen de tiempo de tratamiento

De acuerdo con el diseño del ensayo, no hubo diferencias estadísticamente significativas al inicio del estudio entre los dos grupos equilibrados de tiempo de tratamiento en la prevalencia de diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño, Enfermedad Renal Crónica ERC, antecedentes de eventos de ECV previos, obesidad y todos los valores evaluados antropométricos y variables de las prue-

bas de laboratorio clínico. La OBPM diurna, los valores medios de PAA y la prevalencia de no inmersión también fueron equivalentes entre los grupos. Al final del estudio, el número de medicamentos para la hipertensión recetados (generalmente cada uno en dosis máximas) fue leve pero significativamente ($P < 0.001$) menor en el régimen de tratamiento antes de acostarse, lo que resultó en diferencias relativamente pequeñas entre los grupos en el porcentaje de individuos tratados con cualquier clase dada de terapia única o combinada. El análisis que corrigió el número promedio de medicamentos ingeridos reveló un porcentaje ligeramente más alto de diuréticos y un porcentaje más bajo de uso de BCC por parte de los participantes de los grupos de tratamiento al despertar que antes de acostarse. Las monoterapias prescritas con mayor frecuencia en ambos esquemas de tiempo de tratamiento fueron los BRA (principalmente valsartán o telmisartán) o los IECA (principalmente enalapril o ramipril; 69% de los participantes) y los BCC (principalmente amlodipina; 13% de los pacientes). Las terapias de combinación dual prescritas con más frecuencia fueron ARB / IECA con diurético, principalmente hidroclorotiazida en dosis de hasta 25 mg/día (43%) o CCB (26%). La triple terapia más utilizada fue ARA /IECA-diurético-BCC (69%). Finalmente, la proporción de participantes de los grupos de terapia al despertar y a la hora de acostarse prescribió estatinas (36,8 frente a 38,1%, respectivamente; $P = 0,064$) y aspirina en dosis bajas (100 mg/día) (25,0 frente a 25,5%; $P = 0,462$) fue similar.

En la evaluación final, los pacientes del régimen de tratamiento a la hora de acostarse mostraron niveles de creatinina y colesterol LDL significativamente más bajos y colesterol HDL y TFGe más altos que los tratados al despertar. Los datos de la última evaluación de MAPA revelaron una media de PAS/PAD durante el sueño ($P < 0,001$), significativamente menor en los participantes de la hora de acostarse que en los del ré-

gimen de tratamiento de despertar. La disminución relativa de la PAS/PAD durante el tiempo de sueño fue significativamente mayor en las del régimen antes de acostarse ($P < 0,001$); en consecuencia, la proporción de pacientes con un mayor riesgo de ECV de patrón de PA non-dipper fue significativamente menor con el tratamiento a la hora de acostarse que con el tratamiento al despertar (37% frente a 50%; $P < 0,001$).

Riesgo de ECV según la pauta de tratamiento

Durante el período de seguimiento medio de 6,3 años (rango intercuartil de 4,1 a 8,3 años), 3246 participantes tuvieron un evento registrado; de ellos, 1752 experimentaron el resultado principal de ECV (infarto de miocardio: 274; revascularización coronaria: 302; insuficiencia cardíaca: 521; ictus: 345; muerte por ECV: 310). Los pacientes del régimen de tratamiento a la hora de acostarse evidenciaron una FC significativamente más baja del resultado primario de ECV (ajustada por las únicas características influyentes significativas de edad, sexo, diabetes tipo 2, ERC, tabaquismo, colesterol HDL, evento previo de ECV, media de PAS durante el sueño -tiempo relativo de disminución de la PAS) en comparación con los que ingirieron todos los medicamentos al despertar [HR = 0,55 (IC del 95%: 0,50–0,61), $P < 0,001$]. La reducción sustancial y beneficiosa del riesgo con el tratamiento a la hora de acostarse también fue muy significativa para las variables secundarias de accidente cerebrovascular, eventos coronarios y eventos cardíacos analizados por separado. Los análisis de la influencia del tiempo de tratamiento de la hipertensión en cada una de las clases de eventos únicos registrados documentaron además una reducción del riesgo significativamente mejor con el tratamiento antes de acostarse que con el tratamiento al despertar, principalmente para la muerte por ECV [HR = 0,44 (0,34–0,56), $P < 0,001$], accidente cerebrovascular hemorrágico [0,39 (0,23–0,65), $P < 0,001$], insuficiencia cardíaca

[0,58 (0,49–0,70), $P < 0,001$] y enfermedad arterial periférica [0,52 (0,41–0,67), $P < 0,001$]. Las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier muestran la diferencia altamente significativa entre los pacientes de los dos grupos de tiempo de tratamiento en el intervalo libre de eventos de ECV para el resultado de ECV (rango logarítmico 140,1; $P < 0,001$) y eventos de ECV totales (rango logarítmico 174,0; $P < 0,001$).



“La reducción sustancial y beneficiosa del riesgo con el tratamiento a la hora de acostarse también fue muy significativa para las variables secundarias de accidente cerebrovascular, eventos coronarios y eventos cardíacos analizados por separado”

El análisis del impacto del tiempo de tratamiento de la hipertensión en el resultado de la ECV para los participantes categorizados además por marcadores influyentes de riesgo de ECV indica una frecuencia cardíaca significativamente menor de eventos de ECV cuando se ingirieron medicamentos para bajar la presión arterial al acostarse, independientemente del sexo, la edad, los hábitos de fumar, el tratamiento de la hipertensión al inicio, media de PAS despierta o dormida normal / elevada, patrón de PA dipper / non dipper y ausencia / presencia de diabetes, ERC, evento previo de ECV o cualquiera de estas tres complicaciones. La reducción del riesgo de ECV asociada con el

régimen de tratamiento a la hora de acostarse fue similar independientemente de la mayoría de las variables influyentes, aunque se documentó un mayor beneficio para los individuos no tratados previamente que para los participantes tratados y aquellos sin antecedentes de eventos de ECV que aquellos con tal historial.

Seguridad y cumplimiento del tratamiento

No hubo diferencias en el tiempo de tratamiento en la prevalencia de pacientes que informaron efectos adversos en cualquier visita durante el seguimiento (6,7 frente a 6,0% para el régimen de tratamiento al despertar y a la hora de acostarse, respectivamente; $P = 0,061$). Se informó una mala adherencia (prueba de Morisky-Green) en cualquier visita durante el seguimiento en el 2,8 y el 2,9%, respectivamente, de los pacientes de los grupos de tratamiento al despertar y a la hora de acostarse ($p = 0,813$). Debido al estricto control de los pacientes mediante MAPA periódica, 17 solo 39 y 26 pacientes de los grupos al despertar y a la hora de acostarse, respectivamente (0,3% de todos los participantes; $P = 0,114$ entre los grupos), experimentaron hipotensión durante el sueño, definida por los criterios actuales de MAPA, 18 en cualquier momento durante la media de seguimiento de 6,3 años.

Se podría concluir que la reducción significativa del 45% en el resultado de la ECV lograda por la ingestión de la dosis diaria completa de ≥ 1 medicamentos para bajar la presión arterial a la hora de acostarse, en comparación con la ingestión de todos esos medicamentos al despertar, está en parte vinculada a un mejor logro de esos nuevos objetivos terapéuticos a través de una mejor orientación de los mecanismos biológicos organizados por el ritmo circadiano subyacentes.⁵ Como se informó anteriormente, 11 análisis de la FC ajustada del resultado de la ECV en términos de la media de PAS dormida alcanzada en la última evaluación disponible por participante revela una reducción



Somos la distribuidora farmacéutica líder de Argentina.



significativa del riesgo incluso cuando la media de PAS durante el sueño es <103 mmHg. Esto sugiere el requerimiento potencial de un objetivo terapéutico de <120 mmHg para la PAS durante el sueño, especialmente para grupos de pacientes de alto riesgo, 18 un tema que se encuentra bajo investigación prospectiva actual dentro de la red Hygia (ClinicalTrials.gov, número NCT03457168).

Más allá de un control más eficaz de la PAA, la estrategia terapéutica a la hora de acostarse también se asoció con una mejor función renal (creatinina sérica significativamente más baja y un cociente albúmina / creatinina con mayor TFGe) y una redistribución favorable del perfil de lípidos (colesterol LDL significativamente menor y colesterol HDL más alto), todos los cuales son biomarcadores relevantes bien reconocidos de riesgo de ECV. Además, la frecuencia más baja de

eventos de ECV para los pacientes del tratamiento a la hora de acostarse que los del régimen de tratamiento de despertar se documentó como altamente significativa independientemente del sexo, la edad, el tratamiento de la hipertensión, el nivel y el patrón de ABP basal, y la ausencia / presencia de diabetes, ERC, y /o evento de ECV previo. Finalmente, de acuerdo con hallazgos previos, 3 resultados documentan que la terapia de hipertensión antes de acostarse es al menos tan segura, y con un cumplimiento y adherencia similar del paciente, que la terapia habitual al despertar.

Entre las limitaciones del Hygia Chronotherapy Trial se menciona que el ensayo no asignó a los participantes

a clases específicas de medicamentos para la hipertensión ni a una lista específica de medicamentos dentro de cada clase; más bien, el tratamiento fue elegido por cada médico participante respetando la práctica clínica actual. Esto resultó en un número desequilibrado de pacientes por clase de medicamento, aunque con una distribución relativamente equilibrada entre los dos grupos de tiempo de tratamiento de acuerdo con el diseño del estudio PROBE (prospective, randomized, open-label, blinded). No obstante, las diferencias en las tasas de prescripción entre las diferentes clases de medicamentos reflejan las preferencias terapéuticas actuales en el entorno de atención primaria, lo que a su vez es una de las principales ventajas del ensayo. ■

Para consultar el artículo completo y las referencias (en inglés): *European Heart Journal* <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/48/4565/5602478>

 UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA
ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA

www.isalud.edu.ar

Venezuela 931/847/758, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
+54 11 5239.4000 Int: 4015/4033 | informes@isalud.edu.ar

HIDROXIPROPILMETILCELULOSA

Ud. está llevando un MEDICAMENTO de VENTA LIBRE

La hidroxipropilmetilcelulosa es un lubricante ocular que está indicado para el alivio sintomático y temporal de las irritaciones del ojo, como ardor, sequedad ocular, humedeciendo y disminuyendo la sensación de sequedad ocular.

Se lo prescribe para el alivio de los síntomas en casos de ojo seco como queratoconjuntivitis seca debido a una insuficiente secreción de las glándulas lacrimales y por ojo seco causado por el viento, polvo ambiental, tierra, irritación producida por el agua de piscinas.

La solución oftálmica de hidroxipropilmetilcelulosa actúa como lágrimas artificiales produciendo un alivio moderado y de larga duración de la sequedad en los ojos sensibles.

Su fórmula sin agentes descongostivos se combina naturalmente con las lágrimas del ojo para producir un alivio más completo del ardor, la irritación y la sequedad.

Se presenta en forma de solución oftálmica estéril en frascos goteros.



Es importante tener en cuenta:

- ✓ No utilice este medicamento si es hipersensible a la hidroxipropilmetilcelulosa o a alguno de sus componentes.
- ✓ No ingiera ni inyecte este medicamento.
- ✓ No use ni más ni menos de la dosis indicada.
- ✓ No se aplique una dosis doble para compensar la dosis olvidada.
- ✓ No se aplique las gotas si usa lentes de contacto blandas; debe quitárselas antes.
- ✓ No aplique las gotas mientras conduce o maneja cualquier maquinaria.
- ✓ No utilice este medicamento si está embarazada o amamantando sin consultar antes con su oftalmólogo.
- ✓ No utilice este medicamento en niños sin indicación del oftalmólogo pediátrico.

Dosis:

- **Adultos y adultos de edad avanzada:**
Dosis: 1 gota en cada ojo afectado 3 a 5 veces al día según la indicación del oftalmólogo.

(Niños y adolescentes según indicación del oftalmólogo pediátrico)

Administración para su aplicación:

- Lavarse cuidadosamente las manos antes de cada aplicación.
- Instile la gota en el o los ojos afectados según la indicación del oftalmólogo.
- Para secarse cualquier exceso de líquido de la cara, se debe usar un pañuelo desechable.
- Para evitar la contaminación del frasco gotero, no poner la punta del cuentagotas en contacto con el ojo o cualquier otra superficie.
- No emplear sin consulta previa con el médico.

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



Advertencias y Precauciones:

- ✓ Informe a su oftalmólogo y/o a su farmacéutico si es hipersensible a la hidroxipropilmetilcelulosa o a otros componentes de su fórmula.
- ✓ Si está usando otras gotas oftálmicas, deberá esperar 5 minutos entre la administración de ambos medicamentos.
- ✓ Se aconseja no usar las lentes de contacto si su ojo o sus ojos están enrojecidos.
- ✓ Se deben quitar los lentes de contacto antes de ponerse las gotas de hidroxipropilmetilcelulosa y volver a colocarlos después que hayan pasado 15 minutos.
- ✓ Se debe tener en cuenta que si el paciente experimenta dolor ocular, cambios en la visión, enrojecimiento continuo o irritación ocular, o si la condición empeora o persiste durante más de 24 horas, debe consultar con su oftalmólogo.
- ✓ Si experimenta visión borrosa luego de una aplicación de la solución oftálmica, no debe conducir ni manejar herramientas o máquinas hasta que desaparezcan estos efectos.
- ✓ Si está embarazada o si está amamantando, consulte con su oftalmólogo antes de utilizar este medicamento.
- ✓ Está contraindicado el uso de este medicamento en niños sin indicación del oftalmólogo pediátrico.
- ✓ Se aconseja también que consulte a su oftalmólogo y/o a su farmacéutico si tiene alguna duda o algo que no entienda antes de administrarse estas gotas.

Mantenga este medicamento fuera del alcance de los niños.

Conserve este medicamento por debajo de los 25 °C y al abrigo de la luz y del calor.

No lo guarde en el baño o en sitios húmedos ya que el calor o la humedad pueden deteriorar el medicamento.

Ante una sobredosificación concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de Toxicología.



- Instituto Oftalmológico Pedro Lagleyze: Av. Juan B. Justo 4151 - CABA - Tel. 011-4581-7766
- Hospital de Oftalmología Santa Lucía: San Juan 2021 - CABA - Tel. 011-4127-3100/ Guardia: 4941-8081



LA RED SANITARIA
DE FARMACIAS
MÁS GRANDE
DEL PAÍS



**Transmisión Instantánea
por e-mail de Noticias
Mundiales de Salud**

PROGRAMA
INF+salud.com

La construcción de la salud empieza por la comunicación

Suscribase

Toda la información de Argentina y el Mundo, transmitida en tiempo real por correo electrónico. Dos emisiones diarias.

50% de Descuento a lectores de CORREO FARMACÉUTICO y Colegios Farmacéuticos afiliados a la COFA.

Solicite por mail, sin compromiso, la incorporación a un Ciclo quincenal de transmisiones SIN CARGO para evaluar recepción y contenidos.

Dirección Comercial: Avellaneda 2146 3° B - Capital Federal

Tel: 54 9 5579 8822 E-mail: direccion@programainfosalud.com / www.programainfosalud.com

LO HACÉS POR
ELLA, LO HACÉS
PORQUE
*te sentís
bien*



SERTAL PERLAS

Una cápsula blanda de **rápida acción** para aliviar malestares estomacales, dolores digestivos y dolores menstruales.

Sertal. Qué felicidad sentirse bien.



Investigamos

Desarrollamos

Creamos

con Innovación

En Laboratorios Bagó trabajamos diariamente en la búsqueda de nuevas respuestas terapéuticas para ofrecer al cuerpo médico y pacientes, productos innovadores de última generación. 85 patentes obtenidas por investigación propia son fieles testimonios de nuestra misión.