



Red
Española
de Atención
Primaria

Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)
correo-e: secretario@reap.es

Octubre - Diciembre 2005

volumen **3**
número **8**

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Patrono
Fundador de:
FUNDACIÓN
Pharmaceutical
CARE



Miembro de:

SESPAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

sumario

Propuesta de nuevo modelo de receta

La gripe aviar

Manifiesto sobre la erradicación
de la deficiencia de yodo en España

Propuestas de la REAP para un nuevo modelo de receta en España

Antonio Barbero González, Raimundo Pastor Sánchez, Luis Palomo Cobos, Teresa Eyaralar Riera, Francisco Abal Ferrer, Flor Álvarez de Toledo Saavedra, Francisco García Cebrián, Luis Salar Ibañez, José Ramón García Solans.

El actual modelo de receta médica, correspondiente al Sistema Nacional de Sanidad, no ha sido actualizado desde 1991, ni ha sido mejorado en sus aspectos de información, ni de disminución de la burocracia que genera tanto al médico, como al farmacéutico.

Es una necesidad sentida que el paciente no precise desplazarse, a la consulta médica, exclusivamente para que le "hagan las recetas" de los medicamentos que toma de manera continua. Una buena solución es comenzar cambiando el modelo de receta, permitiendo que se puedan prescribir varios fármacos y envases en cada impreso, y que se pueda dispensar varias veces un mismo medicamento en el mismo acto.

En Gran Bretaña tienen este sistema desde hace años y han acordado llegar a la dispensación repetida desde las farmacias comunitarias, pasando los farmacéuticos a ser prescriptores suplementarios ("supplementary prescription"). En este sistema y con una orden médica o receta, el farmacéutico elegido por el paciente le dispensará los medicamentos necesarios y le realizará el seguimiento farmacoterapéutico, algo que a nuestro entender es fundamental en cualquier sistema de prescripción repetida.

La REAP, en colaboración con la Fundación Pharmaceutical Care de España, ha llegado a un acuerdo de nuevo modelo de receta, adaptable tanto al ámbito de la sanidad pública como de la privada. El objetivo es mejorar, tanto la información que muestra la receta como disminución de la carga burocrática que genera.

Explicación del modelo de receta propuesto

El modelo de receta que se propone es válido para la futura receta electrónica, además de las versiones informatizadas en papel.

Tamaño y forma (Figura 1):

La receta se imprimirá en hojas blancas DIN A4. Sólo aparecerán impresos el logotipo del Sistema de Salud y la figura o dibujo antifalsificación. Cada Sistema de Salud o entidades privadas imprimirán el logotipo y dibujos antifalsificación que quieran.

Número de prescripciones:

Por problemas de espacio sólo aparecen 4 prescripciones con cuatro dispensaciones máximas cada una. Si el paciente lo necesita, el médico podría hacer que dos o más prescripciones fueran del mismo medicamento con varias dispensaciones por cada prescripción. Es decir, imaginemos



que el médico quiere prescribir anticonceptivos orales a una paciente para un año. Entonces podría rellenar en la receta tres prescripciones de 4 dispensaciones cada una.

Operatividad de las recetas:

Cada receta debería tener un número de identificación único (número de receta) que se podría acompañar de un código de barras.

En el momento de realizar la receta, la fecha de emisión corresponderá con la fecha actual de manera automática. En cuanto a la fecha de validez de la receta, el programa daría una fecha que se correspondiera con dos meses después de la última dispensación, aunque sería conveniente que no fuera más allá de un año después de la emisión de la receta.

Sólo se debería imprimir una copia de la receta que siempre estaría en manos del paciente. No es operativo hacer una copia para la farmacia, ya que el paciente puede ir a múltiples farmacias. Las farmacias que dispensen las medicaciones podrían hacer una fotocopia de la misma para tener un comprobante ante diferencias con la administración. En el ordenador de la consulta médica quedaría una copia de dicha receta, sin posibilidad de borrar, para aquellos casos que judicialmente se necesiten.

FIGURA 1

FIGURA 2

Como norma general, sólo se dispensarían 1 ó 2 envases de cada medicamento en la misma fecha. Es decir, al ir a la farmacia el paciente o su representante, como máximo utilizarían dos dispensaciones de cada medicamento, excepto en esos medicamentos que podrían ser eventualmente peligrosos: ansiolíticos, barbitúricos, antidepresivos tricíclicos, etc. Esto se podría señalar imprimiendo un mensaje a lo largo de todas las dispensaciones de dicho medicamento como: "DISPENSAR SÓLO UN ENVASE CADA VEZ" o algo parecido (ver en la figura la Digoxina). Para las diferentes dispensaciones, se permitirá 10 días antes o un mes después, teniendo en cuenta la duración del envase que viene señalada en la receta para cada prescripción.

Otros datos a imprimir en la receta son:

- Código Nacional.- Debido a tantas variaciones que sufren los códigos nacionales (varios códigos para una misma especialidad, etc.) este dato no sería relevante si no se imprimiera
- Nombre de la especialidad.- Este dato es fundamental su presencia en la receta.
- Posología.- Debería ser obligatorio que siempre apareciera la dosis real. No se debería permitir acrónimos del tipo IP (informado paciente) o parecidos.

Ante los cambios de dosis que se produjeran en ese paciente para un determinado medicamento, el sistema informático señalaría la nueva dosis con un asterisco, por ejemplo (1/24 h*).

- **Duración del envase.**- Este viene definido por las unidades del medicamento que vengan en la caja y la dosis. Este dato servirá para ir dispensando cada prescripción.
- **Número de envases.**- Este es un dato que elegirá el propio médico. Según esa cifra el sistema informático rellenará las dispensaciones necesarias para cubrir dicho número de envases.
- **Tipo Tratamiento (tipo trat.).**- Indicará si el tratamiento es de inicio (agudo) o bien de repetición (crónico). Teniendo la historia clínica del paciente informatizada, estos datos los rellenaría el sistema informático de manera automática.
- **Datos de identificación del médico.**- Nombre completo, número de colegiado, número CIAS (para el sistema de salud público), teléfono del Centro de Salud o Clínica, código de barras del CIAS y la firma (podría ser firma electrónica).
- **Datos del paciente.** Los datos de nombre, nº de identificación, fecha de nacimiento y teléfono de contacto (muy importante)
- Al final se dispone de un espacio denominado "Comunicación Médico-Farmacéutico" que nos parece más apropiado que el actual de "advertencias al farmacéutico".

Numeración de dispensaciones:

Cada dispensación de cada prescripción está codificado con un número único acompañado del correspondiente código de barras. El significado de la numeración de las dispensaciones es el siguiente:

Los primeros 14 dígitos corresponderían al número de receta. El siguiente dígito correspondería al número de prescripción y el último al número de dispensación. Con un ejemplo se entenderá mejor:

El código siguiente significa:

MM123456789123-3-2

MM123456789123 es el número o código de la receta

3 corresponde con la prescripción nº 3

2 corresponde con la segunda dispensación de la prescripción tercera

Si tenemos en cuenta el ejemplo de receta que aparece en el modelo, este código correspondería a la segunda dispensación de Cozaar 50 mg 28 comp.

Información al paciente (Figura 2):

Eventualmente se podría imprimir una hoja de información al paciente, que podría ser como la que aparece en este artículo (ver hoja de información al paciente) o bien, un sistema de cuadro o calendario para las dosis.

Flujo de la receta y de la información (Figura 3):

En el esquema se muestra cómo podría ser la operatividad del sistema de la nueva receta desde la consulta médica a la farmacia (sólo se tiene en cuenta el aspecto burocrático del sistema).

Ciñéndonos a la farmacia comunitaria, al llegar el paciente indicará que medicamentos quiere llevarse. En primer lugar el auxiliar o el farmacéutico pasarán la tarjeta del paciente por el lector, luego con el lector de código de barras captarán el número de receta y posteriormente para cada medicamento que se quiera dispensar, se leerá el código de barras de cada medicamento seguido del código de barras de la dispensación. Finalmente el farmacéutico sellará y firmará cada dispensación realizada. Se facturarán todas las dispensaciones realizadas al servicio de salud correspondiente.

FIGURA 3



Gripe aviar.

Algunas consideraciones

Francisco Abal Ferrer

Médico general. Carbayín Alto (Asturias)

La gripe aviar ocupa ya todas las primeras páginas de la prensa. Parece que hay una llamada a la prudencia y desde hace días los titulares ya no son tan preferentes ni tan llamativos. Este salto a la prensa hizo sinónimos vacuna, prevención, profilaxis y tratamientos. En otras declaraciones se usaron términos que llevan a la confusión, por eso primero quiero aclarar algunos conceptos para saber de qué hablo cuando escribo esto:

¿Epidemia o pandemia? La epidemia es un concepto matemático, estadístico, un aumento natural de la incidencia en una comunidad. La pandemia es la extensión de una epidemia a gran parte del mundo, afectando distintos países y continentes.

Gripe. Es una enfermedad transmisible que causa epidemias, y ocasionalmente, pandemias.

Gripe aviar. Es una enfermedad que afecta a las aves. Raramente se puede infectar el hombre.

Vacunación es la inoculación en personas de material capaz de despertar una respuesta inmunológica con el fin de prevenir la enfermedad.

Profilaxis es cualquier medida que evite la enfermedad o mitigue sus síntomas y su transmisión, por ejemplo la vacunación, pero también el sacrificio de aves, el aislamiento o, si existe, el tratamiento preventivo.

Tratamiento. Medida para combatir la enfermedad aplicado a la persona enferma o expuesta.

Los **medicamentos** son una parte del tratamiento, la parte farmacológica, pero para facilitar la comprensión lo haré sinónimo de tratamiento.

LA GRIPE "COMÚN"

Está producida por un virus. Su reservorio es el hombre y, principalmente, las aves. Los síntomas predominantes son los respiratorios. Hablamos de caso de gripe, sin neumonía, al cumplir al menos seis de los siguientes criterios (o cuatro si estamos en epidemia):

- Aparición súbita, en menos de 12 horas
- Tos
- Escalofríos
- Fiebre
- Debilidad y postración (malestar general)
- Mialgias y dolores generalizados (artromialgias)
- Mucosa nasal y faríngea enrojecidas sin otros signos respiratorios relevantes (síntomas de vías altas)
- Contacto previo con enfermo de gripe.

LA PANDEMIA

La pandemia llegará por pura probabilidad y por su comportamiento cíclico. Probablemente nada tiene que ver con la gripe aviar, pero ésta nos asusta porque el virus es muy virulento, con mucha mortalidad (tanta que se destru-

ye los embriones de pollo en que se elaboran las vacunas) pero entre aves. El comportamiento de las pandemias no tiene porque ser estacional como en las epidemias habituales. Viene en oleadas y puede prolongarse más allá de la temporada gripal. La pandemia vendrá, pero puede ser leve o con mucha letalidad. No se sabe. No se espera para este año, pero se calcula un 90% de probabilidades para que ocurra en los próximos cinco años. Medidas para intentar, en lo posible, reducir la extensión y el impacto:

- Medidas en fronteras
- Medidas de salud pública y de control de la infección
- Vacunas
- Antivirales
- Mantenimiento de los servicios de salud
- Servicios sociales y de emergencia

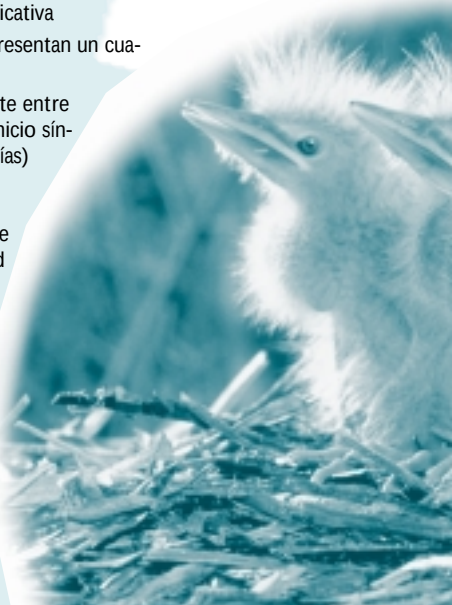
CASOS

No se sabe a cuántas personas afectó, porque solo se consideran casos cuando hay aislamientos y en laboratorios con determinadas características. Es como si en España solo se considerasen casos de gripe "común" aquellos en los que se aísla el virus y que, por su gravedad, llegan al hospital. La gripe aviar tiene determinadas características:

- Los síntomas se producen 2-4 días tras exposición a virus AH5N1 aviar
- Hay fiebre sostenida de $>38^{\circ}\text{C}$, tos, dificultad respiratoria, malestar general
- Los cambios en radiografía tórax son inespecíficos
- Es frecuente la neumonía viral
- Progreso rápido a "distress" respiratorio
- Hay linfopenia significativa
- Algunas personas presentan un cuadro diarreico
- Letalidad alta: muerte entre los 6 y 29 días del inicio síntomas (mediana 9 días)

TRANSMISIÓN

La gripe aviar H5N1 se transmite con facilidad entre aves. Las condiciones en granjas de países del sureste asiático facilitan la transmisión, y son distintas a las que tenemos en Europa. La extensión a otros países se facilita con la migración de las aves y el comercio.



También se conocen casos que llegan a través del comercio ilegal de aves. Es posible que la transmisión a algunos mamíferos se debiera al consumo de carne cruda de ave. Las primeras investigaciones de posible contagio entre humanos empezaron en febrero de 2004. Es difícil saber si hay una fuente común o si el virus se transmitió de hombre a hombre. La OMS no confirmó la transmisión entre humanos. Según la guía del Ministerio de Sanidad y Consumo:

- 1. El virus de la gripe aviar no se transmite de persona a persona.** Según informa la OMS, hasta el momento no hay pruebas científicas de que el virus se transmita entre humanos. Tampoco se ha notificado ningún caso de profesionales de la salud que se hayan infectado al tratar a pacientes afectados por este virus.
- 2. De momento, sólo se transmite de ave a humano, y en casos excepcionales.** La única vía de contagio confirmada es de ave a humano. Este contagio tiene lugar por vía respiratoria. Por tanto, es necesario un contacto directo, reiterado y próximo con las aves o sus excrementos. Tanto en este brote como en los anteriores, todos los casos han sido en personas expuestas de una forma directa y continuada a aves, bien en granjas o en mercados de animales vivos.
- 3. En ningún caso se transmite al comer las aves.** Según la OMS, no hay ninguna prueba de que el contagio de las aves al ser humano se realice por vía alimentaria. Además, el virus no sobrevive a las altas temperaturas, con lo que se destruye durante el proceso de cocción.
- 4. Situaciones que aumentan el riesgo de infección.** Lo que sí se ha confirmado es que las epidemias extensas de gripe aviar en los pájaros aumentan las oportunidades para la exposición humana. Además, la circulación simultánea en el ambiente de virus humanos de la gripe estacional con virus de la gripe aviar, incrementa el riesgo de mutaciones del virus aviar, por lo que es aconsejable la vacunación frente a la gripe común en las personas que están en contacto con aves infectadas.

BARRERAS A LA TRANSMISIÓN

El sacrificio de aves supone una barrera para la transmisión de la gripe aviar, pero no la detendrá. Nunca sabremos qué habremos conseguido con éste sacrificio. Las medidas de salud pública pueden retrasar o reducir los efectos de una pandemia, pero no la evitarán. Se supone que la gripe llegará a través de vuelos comerciales y hay ciudades con más probabilidad de servir de

entrada, en las que se tiene distintos dispositivos de alerta (por ejemplo, detección de viajeros con fiebre).

MORTALIDAD

Las muertes por el H5N1 en humanos se deben mayoritariamente al distrés respiratorio, no a las complicaciones bacterianas de la gripe, como ocurrió en la pandemia de 1918.

Las cifras de muertos que producirá se están calculando extrapolando la tasa de mortalidad de 1918 a la población actual. Pero eso no tiene mucho fundamento. El 30 de septiembre, el recién nombrado responsable de coordinar las actividades del sistema de Naciones Unidas en la lucha contra la gripe aviar y humana, David Navarro, dio cifras de entre 5 y 150 millones de muertos. Horas más tarde la OMS le corrigió y habló de entre 2 y 7,4 millones. La gripe común causa anualmente entre medio millón y un millón de muertos. Y contra ésta sí tenemos vacuna y conocemos su evolución con anterioridad. A ésta debemos dedicar nuestros recursos.

VACUNAS

Las vacunas se hacen en embriones de pollo. Se preparan cada año anterior en base a los primeros aislamientos. En caso de pandemias no llegan a tiempo porque la gripe se extiende en pocos meses, antes de conseguir la cobertura necesaria. Hay capacidad de fabricar 6 millones de vacunas diarias, pero tardaríamos más de tres años en fabricarlas para cubrir a toda la población. La vacuna de la gripe que se está poniendo para la temporada 2005/2006 solo sirve para esta temporada y no protege de la gripe aviar. El uso de esas vacunas por personas no incluidas en grupos de riesgo provoca el desabastecimiento para aquellos a los que van destinadas y cuya efectividad ha sido probada. La fabricación de vacuna para la gripe aviar H5N1 supone llevar los recursos de producción de vacunas a una empresa inútil, puesto que seguramente el virus H5N1 no será el productor de la pandemia y si lo es tendrá mutaciones que hacen dudar de la eficacia de la vacuna.

TRATAMIENTO

La mayor parte de los afectados solo necesitaría un tratamiento sintomático. Los antivirales Amantadina y Rimantadina no son eficaces para el tratamiento. El Oseltamivir (Tamiflu®) y el Zanamivir (Relenza®) han mostrado ser eficaces en determinadas poblaciones. El Tamiflu® ya es el fármaco más vendido a través de páginas web. Y ya se han detectado falsificaciones. Esta venta masiva e indiscriminada puede poner en peligro la capacidad de tratar a los que realmente se vana a beneficiar del tratamiento. Estos medicamentos están protegidos por patentes. En la legislación está previsto que las patentes puedan perderse por necesidades de salud pública. De momento nadie la ha cancelado ¿No hay riesgo?. Los grupos para los que está destinado el tratamiento están ya jerarquizados en la Comunidad Europea.

LA POBLACIÓN

Una gran parte de españoles, italianos, franceses, alemanes, británicos y estadounidenses teme el contagio por la gripe aviar, según una encuesta de la empresa Ipsos realizada antes de que la enfermedad se extendiera a Europa. El sondeo apunta que los más preocupados son los españoles

e italianos, ya que la mitad de ellos temen el contagio. Por su parte, uno de cada diez británicos y franceses, y tres de cada diez alemanes dicen estar preocupados por esa posibilidad. Ese temor se incrementa entre las personas de más edad en todos los países europeos. En Estados Unidos, un tercio de los interrogados dijo estar preocupado. La población tiene diferencias respecto a la de 1918. Hay un envejecimiento que por un lado la hace más susceptible y por otro aumenta la probabilidad de memoria inmunológica contra cepas afines. El sistema sanitario da una mayor cobertura que entonces y se dispone de medicación efectiva contra las complicaciones bacterianas.

EL VIRUS

Hay tres tipos de virus: **A**, responsable de pandemias y epidemias más severas; **B**, que producen epidemias más limitadas y más benignas; y **C**, que produce algunos casos esporádicos. Se denominan según el tipo de virus, la cepa, el lugar y el año de aislamiento, y por los antígenos de superficie: Hemaglutinina (**H**) y Neuroaminidasa (**N**). Los virus H5 tienen mala difusión entre humanos, por eso se piensa que para producirse una pandemia tendrá que mutar para producir contagio entre humanos, aunque probablemente sea un virus distinto el que nos afecte. Las aves son el reservorio del virus. El H5N1 tiene más virulencia que otros aislados en este momento y en los últimos años. Su mutación para hacerlo transmisible entre humanos, si no va acompañada de un descenso de virulencia, puede causar una pandemia grave. Este supuesto es con el que trabaja la prensa.

EL VIRUS H5N1

Preocupa porque muta rápidamente. Tiende a adquirir genes de otras especies animales. Produce enfermedad grave en humanos. Las supervivientes excretan virus 10 días más (vía oral y fecal). Gran diseminación en mercados de aves vivas y a través de aves migratorias; y gran diseminación animal (Corea, Japón, Taiwán, Vietnam...). A mayor presencia animal mayor riesgo en humanos. La coinfección puede generar un nuevo subtipo con genes humanos transmisible entre estos: Por ese mecanismo se generaría una pandemia

RED SANITARIA

Nuestras epidemias habituales, con tasas de ataque del 4 o 5 %, colapsan los servicios sanitarios. La pandemia podría tener una tasa de ataque del 30%. Nuestro sistema sanitario permite que una persona acuda a su médico por un proceso banal, pasadas unas horas pueda acudir a un Centro adyacente como desplazado, por la tarde a otro médico encargado de la Atención Continuada, y poco después al servicio de urgencias y un hospital, aunque sea de tercer nivel. Su proceso banal, curable con tratamiento sintomático automedicado, nos puede costar unos 300 euros, a parte de los peligros de las distintas actuaciones médicas (cada uno le habrá dado un tratamiento). Esto es otro tema, pero ilustra la dificultad que habrá para poner limitaciones a la asistencia en caso de pandemia. Hay que hacer cambios que den cobertura legal a las actuaciones en caso de pandemia. Imaginemos negar un tratamiento a alguien que se muere, o no ir a verlo a casa, o ser atendido por profesionales no médicos en caso de necesidad.

En escenarios más probables, puede llegar a producir cerca de 16 millones de solicitudes de consulta en

Atención Primaria en mes y medio. Se puede necesitar, en las previsiones más pesimistas, camas hospitalarias para más de 2 millones de personas. El sistema sanitario se verá sometido a una gran distorsión social: el 40% de sus trabajadores puede llegar a enfermar, y con los sanos atenderá una demanda considerablemente elevada. En los centros con internamiento (sanitario, social, penal...) además de enfermos residentes, habrá trabajadores afectados.

RED SOCIAL

Es posible que la pandemia, con una tasa de ataque cercana al 30%, desborde los servicios sanitarios, y mucho más. Toda la red social se puede ver afectada. No se puede hacer frente solo desde el Ministerio de Sanidad, así que ya hay un trabajo en conjunto que implica a siete ministerios. Nuestra sociedad se verá igualmente afectada. Todos los servicios se pueden colapsar, y no solo los de seguridad, también el transporte de alimentos, el agua, la electricidad, saneamiento, etc...

ECONOMÍA

Las consecuencias económicas de la gripe aviar en el sureste asiático fueron mayores que las del maremoto del pasado año. No perdamos de vista los beneficios de los fabricantes de vacunas y antivirales. ¿Están detrás de toda esta ola de miedo? Las ventas del antiviral Tamiflu® aumentan el 17% los ingresos de Roche hasta septiembre de 2005. La carne de pollo representa una ponderación cercana al 10% IPC. Eso da una idea de la influencia que tiene en nuestro consumo. Tradicionalmente su importación masiva conseguía algún descenso del IPC.

La industria relacionada con el pollo y los huevos puede quebrar. Imaginemos lo que supone eso para nuestra economía.

Páginas recomendadas:

Hay un montón de información en cientos de páginas, pero la de la OMS o la de la FAO y la del Ministerio, dan información suficiente:

www.who.int/en/

www.fao.org/ag/againfo/subjects/es/health/diseases-cards/special_avian.html

www.msc.es/home.jsp

www.msc.es/Diseno/enfermedades/Lesiones/enfermedades_transmisibles.htm

En la siguiente dan información actualizada e histórica para profesionales sanitarios:

www.tecnociencia.es/especiales/gripe_aviar/noticias.htm

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA GRIPE AVIAR (H5N1)
21 de octubre 2005
Cuadro de casos humanos

Fecha de aparición	Indonesia		Vietnam		Tailandia		Camboya		Total	
	casos	defunciones	casos	defunciones	casos	defunciones	casos	defunciones	casos	defunciones
28.12.03-19.03.04	8	8	22	18	11	8	8	8	29	28
19.07.04-05.10.04	8	8	4	4	5	4	8	8	9	8
14.12.04- hasta (fecha actual)	6	3	66	24	4	4	4	4	79	29
Total	18	19	92	46	20	16	20	20	117	65

Fuente: OMS, HPA. Solo casos confirmados por laboratorio. El número de casos incluye el número de fallecidos.

Manifiesto sobre la erradicación de la deficiencia de yodo en España

Coincidiendo con el primer aniversario de la firma del manifiesto, reproducimos el mismo por su interés.

Los abajo firmantes en representación de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Federación de Consumidores en Acción (FACUA) y representantes de UNICEF España, reunidos en Málaga, quieren dejar constancia de que:

1. La deficiencia de yodo en la dieta es uno de los grandes problemas de nutrición del mundo. La deficiencia grave de yodo en la dieta se ha asociado históricamente con el cretinismo y el bocio, pero hoy sabemos que una deficiencia leve o moderada durante el embarazo puede repercutir sobre la morbilidad perinatal y sobre la maduración intelectual de los niños, entre otros importantes problemas de salud pública.
2. La deficiencia de yodo no sólo es un problema de los países en vías de desarrollo; sino que sigue afectando en mayor o en menor medida a gran parte de los países industrializados.
3. Es el caso de España en el que la deficiencia de yodo se conoce suficientemente ya desde comienzos del siglo XX. Todos los numerosos estudios realizados a lo largo del siglo XX y los más recientes realizados en los comienzos del presente siglo demuestran que la deficiencia de yodo y sus consecuencias persisten aún en nuestro país.
4. Numerosos organismos internacionales han reclamado políticas nacionales de erradicación de la deficiencia de yodo.
5. En los últimos años las autoridades sanitarias españolas, así como las de diferentes comunidades autónomas han puesto en marcha algunas medidas que, con ser necesarias, son aún insuficientes para conseguir la completa erradicación de los problemas relacionados con la deficiencia de yodo.
6. La erradicación de los problemas relacionados con la deficiencia de yodo sólo podrá alcanzarse aumentando la cantidad de yodo en la dieta de la población

española. Esto no es posible conseguirlo aumentando tan sólo la ingesta de alimentos con mayor riqueza natural en yodo, como la leche o el pescado marino, sino recomendando el uso de alimentos enriquecidos con yodo como la sal yodada (y otros) así como aportando yodo en forma de yoduro potásico (IK) en aquellas situaciones especialmente sensibles como es el caso de la mujer durante el embarazo y la lactancia.

7. Las autoridades sanitarias deben saber que cuentan con el respaldo de la comunidad científica para poner en marcha todas aquellas medidas que permitan garantizar una ingesta de yodo de manera estable y permanente en toda la población por encima de 150- 200 µg/día, así como para la recomendación de suplementos de IK durante el embarazo y la lactancia de al menos 150 µg/día por encima de la habitual, de forma que ingieran más de 300 µg/día .
8. De igual manera se recomienda la creación de un Comité Permanente de Vigilancia Epidemiológica y Nutricional que permita comprobar que las medidas implementadas están siendo satisfactorias, tal y como especifican los protocolos elaborados por la OMS y UNICEF.

En Málaga, a 17 de diciembre de 2004

Firmado:

Dr. Joan Soler Ramón

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

Dr. Manuel Aguilar Diosdado

Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición.

Dr. Manuel Gallo

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Dr. Pedro Martull

Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica

Dr^a Josefa Aguayo

Sociedad Española de Neonatología

Dr. Daniel Prados

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Dr. José María Arena

UNICEF España

Sr. Manuel Sánchez Vicioso

Federación de Consumidores en Acción (FACUA)

2006

XI JORNADAS DE LA REAP

LUGAR: ZARAGOZA

FECHAS: 2 y 3 DE JUNIO 2006

TEMA: FARMACOVIGILANCIA

DOLIMEN

El analgésico,
antitérmico y
antiinflamatorio de
alto rendimiento



Un clásico de confianza financiable por la Seguridad Social

COMPOSICIÓN: Composición por comprimido efervescente: ácido acetilsalicílico, 500 mg; codeína fosfato (hemihidrato), 10 mg; ácido ascórbico (D-C) (Vitamina C), 250 mg; Excipientes: ácido cítrico anhidro, benzoato de sodio E301, bicarbonato sódico, citrato monohidratado anhidro, naranja nuclearina 3224-1, povidona K-30, sacarina sódica. **INDICACIONES:** Tratamiento de alivio sintomático del dolor (dolores de cabeza, dentales, menstruales). Tratamiento de la fiebre. (En todos estos indicaciones la administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos a febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse la medicación). Tratamiento de la inflamación no reumática (dolor musculoesquelético, lesiones deportivas, bursitis, capsulitis, tendinitis y tenosinovitis aguda no específicas). Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, osteoartritis y fiebre reumática. En base a su efecto analgésico potente será indicado en la profilaxis de infarto o reinfarto de miocardio en pacientes con historia previa del mismo o con angina de pecho inestable. Prevención de la oclusión del bypass aortocoronario. Tromboembolismo postoperatorio en pacientes con prótesis vasculares biológicas o shunts arteriovenosos. Tromboflebitis, flebotrombosis y riesgo de trombosis arteriales. Tratamiento de las ataques isquémicos transitorios en pacientes con isquemia cerebral transitoria para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Estas indicaciones requieren siempre un control médico. **POSOLÓGIA:** Dosis media recomendada: Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 4 a 6 horas, máximo de 6 a 12 años: 1/2 a 3/4 de comprimido por toma, Niños de 4 a 6 años: 1/4 a 1/2 comprimido por toma. Niños de 2 a 4 años: 1/4 de comprimido por toma. En niños, hasta un máximo de 4 tomas en 24 horas. La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse esta medicación. **CONTRAINDICACIONES:** Úlcera gástrica/duodenal, gastritis. Hiper sensibilidad a salicilatos. Hemofilia o problemas de coagulación sanguínea. Terapia conjunta con anticoagulantes orales, insuficiencia renal y/o hepática. No administrar durante los últimos tres meses de embarazo, ya que puede prolongar el parto y aumentar el riesgo de hemorragia. **PRECAUCIONES:** En caso de administración continuada, prevenir al médico a cualquier intervención quirúrgica, ya administrará sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones. Se excreta con la leche materna. Atraviesa la barrera placentaria. En condiciones normales no es preciso administrar durante el embarazo dosis superiores a 100 mg de vitamina C al día y en cualquier caso, siempre por indicación del médico. Aunque no hay evidencia de efectos perjudiciales, no se ha establecido la seguridad fetal cuando se administra a dosis altas. En diabéticos, por su contenido en vitamina C, pueden producirse resultados erróneos en la determinación de glucosa en orina, incluyendo los pruebas por tira reactivas. Administrar con precaución en pacientes diabéticos, anémicos, o con lesiones intracraniales, hipotiroideo, insuficiencia suprarrenal, hipertrofia prostática, asma y otras enfermedades obstructivas pulmonares. Debe tenerse precaución al conducir vehículos, manejar maquinaria pesada y en general, en aquellas actividades donde la falta de atención suponga un riesgo. **INTERACCIONES:** Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antidiabéticos orales. No administrar con fármacos potencialmente ulcerogénicos (alcohol, corticoides, antiinflamatorios no esteroideos). Evitar administrar junto con probenecid. Administrado junto con metotrexato puede producir una depresión intensa de la médula ósea. Si usa simultáneamente de anticonceptivos y codeína puede ocasionar constricción intestinal. Puede potenciar el efecto sedante de los depresores de S.N.C. como anestésicos, amfetaminas, antihistamínicos y alcohol. La utilización de antidiabéticos orales o IMNC junto con codeína puede ocasionar un aumento de los efectos de ambos. **ADVERTENCIAS:** Uso en deportistas: Debe inferirse a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje como positivo. Advertencia sobre excipientes: Este medicamento por contener 157 mg/compromido efervescente de benzoato de sodio puede estar ligeramente los con la piel y las mucosas y aumentar el riesgo de coloración amarillenta de la piel (ictericia) en recién nacidos. **EFECCIONES ADVERSSAS:** Irritación gastrointestinal. Erupciones cutáneas. Dificultad respiratoria. Somnolencia. Vértigos. Reacción por salicilatos después de administrar dosis terapéuticas a pacientes con asma reumatoide. La ingesta del ácido acetilsalicílico, entre otros factores, se ha relacionado con el Síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Es por ello que se recomienda consultar con su médico antes de administrar a niños y adolescentes en casos de procesos febriles, gripa o varicela. Si se presentan vómitos a larga debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de sobredosisación incluye náuseas, vómitos, aumento de visión, visión borrosa, somnolencia, audición, náuseas, vómitos y ocasionalmente coma. El tratamiento es sintomático, incluyendo: emesis provocada, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o ingestión accidental consultar con el Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 87.562.0420. **PRESENTACIÓN Y PRECIO:** DOLIMEN, envase de 10 comprimidos efervescentes, 1,77 €; envase de 20 comprimidos efervescentes, 2,80 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. J. Uriach & Cía. S.A. Pol. Ind. Riera de Caldes. Avda. Camí Real 51-57. 08194 Palau-solità i Plegamans (Barcelona).



Grupo Uriach

RED ESPAÑOLA DE ATENCION PRIMARIA

junta directiva

Presidente: Luis Miguel Palomo Cobos

Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González

Secretario: Raimundo Pastor Sánchez

Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer

Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Barja

notas de la redacción

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considereis oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014 BILBAO - BIZKAIA • E-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net

Depósito legal: BI-2573-92 / Diseño: DOS MEDIA / Imprime: Vascograf