



Red Española de Atención Primaria

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

www.reap.es

Julio - Septiembre 2007
volumen 4 número 3

boletín

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



Miembro de:

SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Sumario:

Resúmenes ganadores VIII Becas de la REAP
Convocatoria de las IX Becas de la REAP
Demanda de antibióticos sin receta
El síndrome respiratorio agudo grave

Patrono
Fundador de:



Sustitución de medicamentos

La sustitución de medicamentos, una práctica reconocida en la ley del medicamento de 1990, se convirtió en elemento de controversia y enfrentamiento a partir de la publicación del RD 1035/1999 que regulaba el sistema sobre precios de referencia de los medicamentos. Desde entonces los médicos reclaman más autoridad sobre la prescripción y los farmacéuticos más autonomía para la sustitución. En el centro de la disputa se encuentra el paciente que suele ser quien paga los platos rotos de la fiesta.

La ley del medicamento de 1990 en su artículo 85 permitía al farmacéutico sustituir el medicamento prescrito por otro equivalente cuando por causa legítima no se disponga de él.

El RD 1035/1999 en su artículo 5 obliga al farmacéutico, cuando la especialidad prescrita supere el precio de referencia, a sustituirla por otra genérica del mismo conjunto homogéneo cuyo precio no supere el de referencia.

Con la publicación del RD se abrió la caja de los truenos y el cruce de acusaciones y descalificaciones. Pícaros, "haberlos, haylos", delincuentes también, ignorantes e indocumentados más, pero supongo que por puro azar repartidos por igual en todos los colectivos y la corrección de estas desviaciones deben quedar en manos de otros profesionales que saben hacer la tarea mejor que los sanitarios.

En el mercado español es frecuente encontrar más de 200 presentaciones para un mismo principio activo y parece un disparate exigir a la oficina de farmacia que disponga de todas ellas en stock a la espera de una posible prescripción.

Hace años, cuando comencé a formar parte de los CEICs, me quedé perplejo cuando tuve que evaluar el primer ensayo clínico de bioequivalencia y ésta se fijaba en un rango de $\pm 20\%$, en comparación con el fármaco de referencia. Ante la sustitución hipotética de un fármaco, si el cambio se produce entre dos que ocupan posiciones extremas, podríamos estar aumentando o disminuyendo la dosificación previa en un 40%.

Por otro lado, algunos pacientes, sobre todo ancianos, reconocen los fármacos que toman por las características del envase y la sustitución les puede llevar a la desorientación.

La ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos, en su artículo 86 sigue reconociendo al farmacéutico la capacidad para sustituir el medicamento prescrito cuando concurren circunstancias de necesidad.

El 5 de octubre de 2007 se ha publicado la Orden SCO 2874/2007 de desarrollo de la ley 29/2006, en ella se establecen los medicamentos que constituyen la excepción a la posible sustitución por el farmacéutico.

Para algunos medicamentos incluidos en la lista existen genéricos, en ese caso o cuando el médico prescribe por DOE el farmacéutico elegirá la marca que dispensa. En algunos casos dos marcas son elaboradas por el mismo fabricante y distribuidos por distintas compañías, en estas circunstancias, no estaría justificada la demora en el tratamiento si supone un riesgo para el paciente y se dispone de una de ellas.

El Tribunal Supremo acaba de dictar sentencia contra la impugnación presentada por la Organización Médica Colegial a la Orden de 13 de julio de 2000 sobre precios de referencia y obliga a que se realice la prueba pericial propuesta por el Consejo General de Colegios de Médicos para determinar si existe bioequivalencia entre los distintos medicamentos de cada conjunto homogéneo, si tienen la misma composición cuantitativa y cualitativa, forma farmacéutica, dosis, vía de administración y equivalencia terapéutica.

El año pasado, en una visita a un policlínico cubano pregunté a los médicos por sus relaciones con los farmacéuticos. Me respondieron que la comunicación entre ellos era fluida, cada mañana, a su llegada al policlínico, llamaban al farmacéutico para saber qué medicamentos podían prescribir.

Creo que se hace necesario el entendimiento y la colaboración entre médicos y farmacéuticos en beneficio del paciente. Las sociedades científicas tienen que crear las condiciones para que la normativa entorno al medicamento se asiente sobre bases científicas y favorezca los intereses del paciente, sin necesidad de tener que comunicarnos por teléfono cada mañana.





Resúmenes ganadores de las VIII Becas de la REAP

Estudio de casos y controles sobre factores asociados a la atención hospitalaria urgente de pacientes mayores de 74 años de las zonas de salud de Cáceres

Luis Palomo Cobos • Médico de familia. CS de Coria (Cáceres)

Fundamento:

Además de los factores individuales, se insiste en la capacidad de filtro de los servicios de atención primaria para surtir las necesidades de su población atendida y para evitar urgencias hospitalarias innecesarias. Una medida de los resultados de la atención primaria, en términos de efectividad, han sido los denominados ambulatory care sensitive conditions (ACSC), muy estudiados en España por Caminal y cols.

Con este estudio se pretende analizar la influencia los factores que desencadenan la atención y/o ingreso a través de urgencias del hospital de los pacientes ancianos; qué peso cabe atribuirle a su estado de salud (enfermedad índice que se agrava y/o comorbilidad y/o estado de salud percibido; qué influencia tiene la red de apoyo familiar y social, sobre todo en el caso de pacientes dependientes, y, por otra parte, en qué medida una atención primaria oportuna y eficaz podría haber evitado una atención urgente hospitalaria innecesaria.

Aplicabilidad de los resultados:

Este estudio nos permitirá identificar las condiciones que se asocian al riesgo de hospitalización de los ancianos, y, entre estas causas, aquellas que puedan ser prevenibles, al objeto de prolongar la vida independiente y en su comunidad de la población anciana.

Objetivo:

Analizar cuáles son los factores personales, clínicos, sociales y asistenciales que si faltan o decaen pueden conducir a una persona de más de 74 años a acudir al servicio de urgencias del hospital y/o a ser ingresado.

Material y métodos:

Se trata de un estudio analítico de casos y controles. Los casos serán los pacientes que viven en la ciudad de Cáceres,

atendidos en urgencias del hospital San Pedro de Alcántara, bien a petición propia, bien derivados desde atención primaria (no se tendrán en cuenta las personas asiladas/ institucionalizadas), sean o no hospitalizados desde urgencias, por algunas de las causas definidas en el listado de ACSC. Serán los controles, por cada paciente atendido/ ingresado en urgencias, un control de la misma edad (+/- 2 años de edad en mayores de 76 años) y sexo y enfermedad índice y cupo médico. Otro control será un control de la misma edad (+/- 2 años de edad en mayores de 76 años) y sexo y enfermedad índice, pero de un cupo médico y zona de salud diferente al caso.

Tanto para casos como para controles, se recogerán las mismas variables. Las informaciones, recogidas mediante entrevista, se realizarán por un enfermero entrenado, que desconocerá los objetivos del estudio y a quien no se le informará de la condición de caso o de control del enfermo. A los casos se les entrevistará en su domicilio al alta. En caso de limitaciones en la conciencia, el familiar o cuidador más cercano responderá a los cuestionarios administrados y a los datos clínicos.

Fuente de casos será el registro de urgencias del hospital y cmbd. Fuente de controles, los cupos médicos correspondientes, según la información de la UBA elegida. La población diana la constituyen los habitantes de Cáceres mayores de 74 años que viven en la comunidad, la muestra aquellos pacientes de esa edad atendidos en urgencias del Hospital San Pedro de Alcántara desde comienzos del estudio, por las causas antes referidas.

Se necesitarán 100 casos y 200 controles para estimar con una potencia estadística del 80 % una magnitud del efecto (OR) cercano a 2 para los principales riesgos estudiados.

Las variables estudiadas serán variables clínicas, comorbilidad, valoración social, estado funcional y mental, calidad de vida y utilización de servicios.

Enfermedad cerebrovascular asociada a la diabetes y al síndrome metabólico

Juan José Cabré Vila • Doctor en Medicina por la Universitat Rovira i Virgili (Reus-Tarragona)

Objetivos:

1) Determinar la asociación de enfermedad cerebrovascular con la diabetes y el síndrome metabólico en Atención Primaria.

2) Analizar prospectivamente cuál de las tablas de cálculo de riesgo cerebrovascular es más aplicable a España para predecir la aparición de eventos cerebrovasculares.

Además se analizará si algún marcador inflamatorio o analítico de uso habitual es predictor de ictus.

Material Y Métodos

Estudio de cohortes prospectivo, de diez años de duración, en el cual se parte de una muestra seguida desde 1998, suficiente para los objetivos de este estudio, partiendo del diagnóstico de Síndrome metabólico o su ausencia. Se trata de un estudio multicéntrico, íntegramente desarrollado en Atención Primaria, sobre una muestra de pacientes de dos Áreas Básicas de Salud con una población total de más de 43.000 individuos. Se elaboró una hoja de recogida de datos y se realizó exploración física y analítica de los sujetos.

Las técnicas específicas en este estudio fueron el cálculo del riesgo cardiovascular según las ecuaciones de Framingham, REGICOR y SCORE; respecto al cálculo del riesgo cerebrovascular se utilizan las tablas de Framingham, del estudio ARIC y del estudio UKPDS.

Resultados previsibles

La cohorte cuyos individuos estén diagnosticados de Síndrome Metabólico probablemente padecerán más eventos cardiovasculares que la cohorte libre del síndrome. Esto supone en la práctica que también padecerán más eventos cerebrovasculares. También es plausible que a mayor riesgo cerebrovascular, se observe mayor incidencia de eventos cerebrovasculares. En este sentido se analizará qué tabla o método se ajusta mejor a la incidencia observada.

Contribuciones del estudio

Puede determinar cuál de las tablas de cálculo de riesgo cerebrovascular, en general poco usadas en nuestro país, es más útil para su aplicación en atención primaria. En segundo lugar puede evaluar la influencia del síndrome metabólico sobre la aparición concreta de complicaciones cerebrovasculares.

Conclusiones posibles

Se puede realizar un cribaje de aquellas situaciones que estadísticamente supongan un riesgo mayor de complicaciones cerebrovasculares, con lo cual se actuaría de forma preventiva. Así como determinar el método más adecuado a nuestra realidad para calcular el riesgo de evento cerebrovascular.

Coordinación de equipos de atención primaria y oficinas de farmacia para el seguimiento del paciente con hipertensión arterial bien controlada

Oscar Solans Fernandez • Institut Català de la Salut (I.C.S.)

Este estudio tiene como objetivo seguir desde los Equipos de Atención Primaria (EAPs) a los pacientes con hipertensión arterial (HTA) bien controlada a partir de la medida de la tensión arterial (TA) realizada en las Oficinas de Farmacia (OF) sin reducir el grado de buen control de sus cifras tensionales.

Es un estudio multicéntrico experimental aleatorizado con grupo control que se llevará a cabo en un municipio de características urbanas de la comarca del Vallès Occidental, provincia de Barcelona. Los sujetos de estudio son los hipertensos con criterios de buen control (última cifra de TAS <140mmHg y TAD <90mmHg en el último año) y que pertenezcan a los EAPs del municipio de estudio. A través de asignación aleatoria los participantes

se distribuirán en dos grupos: el grupo intervención que acudirá a tomarse la tensión arterial en cualquiera de las OF colaboradoras en el estudio y el grupo control que lo hará en el EAP al que pertenezcan. Todos los participantes, independientemente del grupo asignado deben someterse a un control anual con el médico de familia según la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la HTA del ICS.

Se trata pues de demostrar que se puede realizar una monitorización "a distancia" de los EAPs de las cifras tensionales en este tipo de pacientes en las OF sin disminuir el grado de control de su factor de riesgo, de sus cifras tensionales, y de su calidad de vida, consiguiendo así una utilización óptima de los recursos sanitarios.

Se abre la convocatoria para presentar los proyectos de investigación que deseen optar a una ayuda por parte de la REAP. La cuantía de las becas será de hasta 10.000 euros para la / las solicitudes aceptadas. La adjudicación de dichas ayudas está sujeta a las siguientes bases:

1. Los temas de investigación de los proyectos que quieran optar a las ayudas versarán, se planificarán, desarrollarán y aplicarán en el campo de la Atención Primaria en España.
2. El investigador principal, y la mayoría de los miembros del equipo investigador, deben trabajar activamente en Atención Primaria en España. Se valorará muy positivamente que el estudio sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la ayuda.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria en castellano del proyecto de investigación al Comité Científico de la REAP, en el que constará e1 la información solicitada según el formulario adjunto obligatorio. El proyecto no se podrá presentar más de una vez.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 1 MB, al correo electrónico de la Secretaría de la REAP: La comunicación entre los solicitantes y la Secretaría será siempre por correo electrónico.
6. Para hacer efectiva la concesión de la beca, al menos un miembro del equipo investigador se personará en el acto de entrega y expondrá un resumen del proyecto de investigación ganador, en un acto dentro de las Jornadas que la REAP celebra anualmente.
7. Los investigadores se comprometerán a que el trabajo, para el que se solicita la ayuda de la REAP, se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional. La REAP se reserva el derecho de publicar el resumen del proyecto de investigación.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizará un Comité Científico, que siempre estará formado por miembros de las diferentes ramas que componen la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro del Comité Científico participará ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en los trabajos que se presenten al Comité para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será el 15 de diciembre de 2007.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.



El texto deberá ir mecanografiado en papel DIN A4, a doble espacio (30 líneas por página), dejando unos márgenes de 20 mm por todos los lados. Las referencias irán numeradas correlativamente.

Cada apartado empezará con un número en orden:

1. Título e investigación

- Título corto y orientado a la investigación, puede ser de 10 palabras.
- Datos personales del investigador: nombre, calificación, etc.
- Dirección de contacto: dirección, teléfono, correo postal y electrónico.

2. Resumen: (1 página)

- Título.
- Justificación.
- Objetivo.
- Material y métodos.
- Palabras clave (hasta 5 palabras).

3. Justificación de la investigación: (máximo 2 páginas)

- Antecedentes y situación actual.
- Aplicabilidad y utilidad esperadas.

4. Objetivos: (1 página)

- Pregunta de investigación.
- Hipótesis (si la prevees).
- Objetivos: principales y secundarios.

rafiado en hojas de tamaño
líneas de 70 pulsaciones)
al menos, 2,5 cm. Las hojas
mente en el ángulo inferior

na página en el siguiente

or de contacto: (1 página)

tativo del tema de
le ser provisional.

el investigador principal:
profesional, lugar de trabajo.

cto del investigador principal:
electrónico, teléfono y fax.

i.
n 10, extraídas del MeSH).

importancia del

as)

uación actual del tema.

dad práctica de los resultados

igación.

isa).

y secundarios.

5. Material y métodos: (máximo 5 páginas)

- Tipo de estudio.
- Materiales y/o técnicas utilizadas.
- Pacientes estudiados: muestra, población diana, criterios de inclusión y exclusión. Variables estudiadas: definición, recogida de datos.
- Plan de trabajo: cronograma (*calendario del proyecto*), distribución de actividades.
- Pruebas estadísticas utilizadas.
- Limitaciones y posibles sesgos del estudio.

6. Hojas de recogida de datos.

7. Resumen del estudio piloto previo (1 página)

8. Bibliografía: (máximo 2 páginas)

- Básica, incluyendo la más importante y actualizada, según las normas de Vancouver.

9. Presupuesto económico: (1 página)

- Importe de los gastos previstos, distribuidos por partidas, para el proyecto de investigación
- Declaración de otras fuentes de financiación recibidas o solicitadas para el estudio.

10. Consideraciones éticas: (1 página)

- ¿Garantizan la participación voluntaria e informada?
- ¿Aseguran la confidencialidad de los datos?
- ¿Hay riesgos o beneficios físicos, psíquicos, sociales o legales para los sujetos a estudiar?
- Al finalizar el estudio, ¿se informa de los resultados a los participantes para su beneficio?

11. Currículum vitae de los investigadores.

(máximo 1 página por persona)

12. Anexos, si son precisos: (no incluir las escalas o tablas de evaluación comúnmente conocidas)

- Normas para los investigadores
- Información para los pacientes.

Estudio de la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia.

Papel del farmacéutico en la automedicación con antibióticos

Luis Salar Ibáñez • Farmacéutico comunitario de Valencia



El 29 de marzo de 2.007, en el Salón de Grados de la Universidad Cardenal Herrera – CEU, Moncada (Valencia) se leyó la tesis doctoral titulada “Estudio de la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia. Papel del farmacéutico en la automedicación con antibióticos” a cargo de Luis Salar Ibáñez, farmacéutico comunitario de Valencia

La tesis está basada en el Primer Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos que se desarrolló en 2004/2005 en 971 farmacias con la participación de 1.788 farmacéuticos. Este programa fue dirigido en la parte técnica por la Fundación Pharmaceutical Care España (V. Baixauli, T. Eyaralar, B. Fité, F. García Cebrian, J. Gervás y L. Salar) y en la parte logística y organizativa por el periódico profesional Correo Farmacéutico (F. Fernández, P. Molina). Contó con financiación de Laboratorios Glaxo y con el aval de la Dirección General de Farmacia siendo entonces Director General D. José Martínez Olmos.

Este Programa se basaba ampliamente en una experiencia anterior realizada en la Comunidad Valenciana.

El objetivo del Programa fue mejorar la utilización de los antibióticos cuando fueron demandados con receta, y detectar y evitar la automedicación cuando fueron demandados sin receta.

En total se recogieron 52.753 registros válidos, de los cuales 40.854 (77,4%) fueron con receta y 11.899 (22,6%) fueron sin receta. De estos 11.899, 9.862 (82,9%) fueron solicitados por el propio paciente o cuidador y, por tanto, en ellos se pudo intervenir.

De estos 9.862 demandas de antibióticos sin receta realizadas por el paciente o su cuidador 2.722 fueron para continuar con un tratamiento previamente prescrito, 2.651 para atender una prescripción oral (generalmente por teléfono) y 4.489 (45,5%) fueron para automedicación. Esto supone que no toda la demanda sin receta puede considerarse automedicación, aunque ésta es muy elevada. Aproximadamente el 10% de todas las demandas de antibióticos que se hacen en las farmacias, con o sin receta, son para automedicación.

El antibiótico más demandado en automedicación es la amoxicilina llegando al 50% de toda la automedicación, seguido por la amoxicilina/ácido clavulánico (18%)

De los 4.489 antibióticos pedidos para automedicación 1.029 (22,9%) eran alguna presentación de Clamoxyl®.

El problema de salud para el que más se solicitaba automedicación fue el dolor de garganta (44%) seguido de “gripe, resfriado, catarro” (23%), problemas en la boca (15%) e infección de orina (11%)

El objetivo del trabajo era evitar la automedicación convenciendo al paciente de que no debía tomarse el antibiótico sin consultar al médico. Se intentaba sustituir el antibiótico por otro medicamento o, si el problema de salud lo requería, derivarlo al médico. Se cambió a otro medicamento el 34% de las veces, se derivó al médico el 35% y el paciente no aceptó ninguna sugerencia el 31% de las veces. Por tanto podemos decir que hemos evitado la automedicación el 69% de las veces “simplemente dedicando 2 minutos a hablar con el paciente”.

Las conclusiones de la tesis fueron:

- La demanda de antibióticos sin receta es el 22,6%, es claramente excesiva.
- El paciente delega con mucha frecuencia en otra persona para acudir a la farmacia, el 18,1% de las ocasiones.
- La automedicación corresponde a un 45% de la demanda sin receta y a un 10% de todas las demandas de antibióticos que son por vía oral.
- El grupo de población que más se automedica con antibióticos es el comprendido entre los 25 y 44 años.
- Los problemas de salud más frecuentes en automedicación son problemas de garganta y gripe con el 44% y 23% respectivamente de todas las demandas de automedicación. Los problemas con más tendencia a la automedicación son la gripe, fiebre y profilaxis para viaje, con el 74%, 68% y 61% respectivamente del total de demandas sin receta de cada grupo.
- El antibiótico más utilizado en automedicación es la amoxicilina, con un 49,5%.
- La automedicación se centra principalmente en una marca comercial, el Clamoxyl®. Con el 22,9% de toda la automedicación.
- La demanda de antibióticos para automedicación se centra en medicamentos con marca comercial, antiguos y baratos.
- La intervención del farmacéutico tiene éxito en el 69% de los casos.
- Hay diferencias significativas en la aceptación de la actuación farmacéutica según el problema de salud. Los pacientes con infección de orina o gripe aceptan nuestra sugerencia con más facilidad. Sin embargo, cuando el problema es garganta, se rechaza más frecuentemente. La profilaxis para viaje es la que la automedicación más difícil de evitar.
- La demanda sin receta en el grupo de población extranjera (37,9%) es muy superior a la población nacional.
- El éxito de nuestra intervención depende directamente de la experiencia del farmacéutico hasta los 15 años, donde se alcanza el máximo y permanece constante.
- La conclusión final del estudio es que la automedicación con antibióticos es un hecho frecuente en España y que el farmacéutico está capacitado para detectarla y evitarla en un porcentaje importante.

Una de las primeras sacudidas sanitarias de este siglo ha dejado de ser noticia: el síndrome respiratorio agudo grave*

Laia Rosich, Pol Morales y Fèlix Bosch • Fundación Dr. Antonio Esteve

Más de ocho mil personas infectadas en 30 países de los cinco continentes y más de ochocientos fallecidos. Estas fueron las cifras resultantes de la primera enfermedad infecciosa grave del siglo XXI. El Síndrome Respiratorio Agudo Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS), requirió una rápida y coordinada respuesta para mitigar la inestabilidad de una situación de impacto global, suponiendo un cambio paradigmático en la salud pública internacional.

Los primeros casos de neumonía atípica, tal y como fue descrita inicialmente esta enfermedad, surgieron en noviembre de 2002 en la provincia de Guangdong, China, afectando principalmente a personas del entorno hospitalario. Los síntomas de la enfermedad eran tan comunes (fiebre superior a 38 grados, tos, dificultades respiratorias) que podían ser fácilmente confundidos con los de cualquier afección leve de vías aéreas.

No fue hasta febrero de 2003 que China informó del brote a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su falta de franqueza, junto con el retraso en tomar medidas contra el brote infeccioso, tuvieron rápidas consecuencias: un médico de Guangdong afectado por esta enfermedad, alojado en un hotel de Hong Kong, contagió en un solo día a 14 huéspedes. Éstos, a su vez, propagaron la enfermedad a Toronto, Singapur y Vietnam.

Ante la continua aparición de nuevos casos, la OMS alertaba sobre la posible existencia de una epidemia que podría constituir una “amenaza para la salud mundial” y recomendaba no viajar a Hong Kong y Guangdong. Era la primera vez en sus 55 años de historia que la OMS, pese a las graves consecuencias económicas que conllevaría, advertía a los viajeros no desplazarse a un país debido a una enfermedad. Los motivos eran la falta de una vacuna eficaz y expansión de la enfermedad a través de los viajes en avión.

Por fortuna, la velocidad con la que los científicos trabajaron para entender esta nueva enfermedad permitió identificar el agente infeccioso, describir la secuencia completa de su genoma y diseñar pruebas diagnósticas en un tiempo récord. El agente causal resultó ser un nuevo tipo de coronavirus, el SARS-CoV, no descrito previamente, sugiriendo que una transmisión animal-a-humano parecía la explicación más plausible de su emergencia. Probablemente, el reservorio animal del virus se encontraba en alguno de los animales vendidos para el consumo humano en los populares mercados de Guangdong (wet markets), proporcionando la interfaz para la transmisión a humanos.

Las primeras transmisiones interespecies fueron probablemente ineficientes, causando infecciones asintomáticas y con bajo poder de contagio. La adaptación del virus a la transmisión humano-a-humano condujo a la expansión del SARS, que se propagaba por vía respiratoria.

En abril de 2003, Canadá era ya el cuarto país con más casos de SARS. A consecuencia de ello, la OMS en otra de sus medidas rigurosas y polémicas incluyó Toronto en la lista de destinos no recomendados. No fue hasta el mes de junio que el número de casos registrados empezó a disminuir hasta

que finalmente, el 6 de julio, la OMS declaraba que el SARS había sido controlado.

El SARS ha sido el ejemplo de cómo un virus es capaz de beneficiarse de las oportunidades que le ofrece la sociedad moderna: los wet markets, los hospitales y los vuelos internacionales, han contribuido claramente a hacer de un brote local, una pandemia potencial. Y sorprendentemente, su contención se consiguió en buena parte gracias a los métodos más tradicionales de salud pública: cierre de escuelas, cuarentena de hospitales, control de pasajeros en los aeropuertos, desaconsejo de viajes, etc. Medidas que despertaron todo tipo de reacciones, dilemas y dudas.

¿Contribuyó la OMS a generar alarma entre la sociedad? ¿Fue ese alarmismo justificado? ¿Se informó correctamente sobre la epidemia?

Se criticó el cambio en la política comunicativa de la OMS, que dejó su cautela habitual para convertirse en la portavoz de la situación, emitiendo comunicados de forma inmediata y constante a través de su página web. El evidente tono de alarma de los mensajes emitidos y las medidas preventivas adoptadas suscitaron variedad de opiniones. Para unos científicos fueron completamente acertadas, dada la gravedad de la situación. Para otros, fueron exageradas y excedieron el riesgo real.

Un protagonismo que, en gran parte, condicionó el papel de la prensa. Hubo uniformidad de información en utilizar las mismas fuentes informativas y gran saturación informativa respecto al SARS. Ciertamente, las características tan especiales de la neumonía atípica convirtieron la epidemia en material periodístico de primera línea.

Sin embargo, la sociedad sigue desconociendo aspectos fundamentales sobre la enfermedad que actualmente están ya disponibles entre la comunidad científica. Ello se debe tal vez, a que hace tiempo que el SARS ha dejado de ser noticia. Del mismo modo, la red internacional de centros e investigadores que logró establecer el posible origen del SARS, no ha recibido un tratamiento exhaustivo por parte de la prensa.

Esta crisis puso en evidencia la necesidad de una buena interacción entre periodistas y científicos para una correcta divulgación científica. Una relación que, por otro lado, debe superar ciertas incompatibilidades. Y es que ciencia y periodismo, siguen trabajando a ritmos diferentes lo cual condiciona la adecuada divulgación de la información a los profesionales sanitarios y al ciudadano.

**Este artículo resume algunos de los comentarios y conclusiones alcanzados en una reunión que tuvo lugar en Barcelona (mayo, 2006) organizada por la Fundación Dr. Antonio Esteve. Las conclusiones del debate, reflexiones personales de los participantes y una recopilación de artículos de prensa sobre el tema, aparecen en el volumen 4º del cuaderno: Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura informativa del SARS, editado por la Fundación Dr. Antonio Esteve. Pueden solicitarse ejemplares gratuitos a fundacion@esteve.org.*



Compromiso de Novartis con España

Investigación e Innovación tecnológica desde España

- A través de una red de investigadores en 1381 centros y con 5.395 pacientes en todas las fases del desarrollo clínico.
- Con el impulso de la articulación de las políticas industrial y sanitaria en parques tecnológicos y biorregiones españoles, el Centro de Referencia en Farmacoepidemiología (Barcelona), los Institutos Novartis de Investigación Biomédica (NIBR) y los corporativos como el Instituto Novartis de Enfermedades Tropicales (NITD).
- Mediante las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de Formación Continuada para los profesionales sanitarios.

Atención al paciente / salud de la población

- Con los profesionales de la salud: más de 10 millones de personas (1 de cada 4) en nuestro país son tratadas con productos Novartis.
- Con la mejora en la práctica clínica diaria a través de la investigación de resultados en salud (IRS): 20 proyectos de IRS en todo el territorio español con la participación de 4.800 investigadores y cerca de 30.000 pacientes.
- Mediante los proyectos de soporte al desarrollo de la participación y educación sanitaria de los pacientes y sus Asociaciones, en el contexto de la diversidad actual.

Internacionalización desde España

- Gestión de Mercados Internacionales, que afectan al 70% de la población mundial.
- Exportaciones internacionales a más de 70 países desde nuestras plantas de producción.
- Transferencia de conocimiento, innovación organizativa y formación en el entorno sanitario y tecnológico.

Responsabilidad Social/Gestión Ética

- Mediante la promoción de la cultura de Gestión Ética, plasmada en la norma SGE21 de Forética.
- La preocupación por el medio ambiente y la seguridad en el trabajo, recogida en las certificaciones según las normas ISO-14001 y OHSAS 18001
- A través de sus programas de ayuda humanitaria en colaboración con Instituciones y ONG's.

Innovación responsable para ti



RED ESPAÑOLA DE ATENCION PRIMARIA

Junta Directiva

- Presidente:** Luis Miguel García Olmos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

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 • Correo-e: borjagv@farmacia.euskalnet.net