

¿Qué es una Autorización de uso terapéutico (AUT)?

La Autorización concedida por el Comité de Autorizaciones Terapéuticas (CAUT) de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD) que permite a un deportista utilizar sustancias y/o métodos prohibidos, contenidos en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte, por razones médicas justificadas, durante un tiempo limitado y de acuerdo a los criterios establecidos.

¿Cuándo hay que solicitar una AUT?

Cuando un jugador-a presente una patología que precise un tratamiento que está incluido en la lista de sustancias y métodos prohibidos y no existe otra alternativa terapéutica para el mismo.

¿Cómo se solicita una AUT?

La solicitud la presenta el deportista o su representante legal cuando es menor de edad, requiere **la cumplimentación de la declaración médica** que deberá ser firmada por el médico del club y/o el especialista que le haya prescrito o supervisado el tratamiento que precisa la AUT.

Previamente a la solicitud: **Comprobar** si el medicamento o el método prescrito necesita una AUT revisando la lista vigente de sustancias y métodos prohibidos en el deporte y las condiciones de los mismos **ya que algunos NO precisan AUT según la vía de administración.** Por ejemplo

Glucocorticoides

Vía de administración	Descripción	EN COMPETICION	FUERA DE COMPETICION
Uso rectal	Administrado dentro del recto	Prohibido Precisa AUT	Permitido
Uso respiratorio	Administrado en los pulmones por vía inhalada	Permitido	Permitido
Uso anal	Aplicado en el ano	Permitido	Permitido
Inyección local	Inyección en una parte del cuerpo. Esto incluye bursa, peritendón, periarticular,	Permitido	Permitido

Comisión de la Salud y Prevención del Dopaje

	intradermal, dentro de un ganglión o alrededor de un nervio		
Inyección intrarticular	Inyección dentro de la articulación	Permitido	Permitido
Uso auricular	Aplicado en el oído	Permitido	Permitido
Uso cutáneo	Aplicado sobre la piel	Permitido	Permitido
Uso nasal	Aplicado en la nariz	Permitido	Permitido
Uso ocular	Aplicado en el ojo	Permitido	Permitido
Uso oral	Tomado por la boca y tragado o sublingual	Prohibido Precisa AUT	Permitido
Uso mucosa oral	Aplicado sobre la mucosa boca oral	Permitido	Permitido
Uso parenteral	Inyección intravenosa	Prohibido Precisa AUT	Permitido
Uso intramuscular	Inyección intramuscular	Prohibido Precisa AUT	Permitido

Permitido. Aunque su uso NO está prohibido fuera de competición, dado el tiempo de su permanencia en el organismo es prolongado, se recomienda solicitar una AUT

En caso de ser necesaria la AUT:

1. Descargar el formulario de solicitud

http://www.feb.es/Documentos/Archivo/Upload/997219_solicitud+declaracion_medica%20AUT.pdf

2 - Complimentación del formulario de AUT y preparación de la documentación médica a adjuntar.

El médico y el *deportista*, deben rellenar **todos** los campos del formulario **en letra legible** y adjuntar toda la documentación médica que explique la patología desde su inicio hasta el momento de la solicitud.

Todas las solicitudes de AUT deben aportar como mínimo la siguiente información médica:

Comisión de la Salud y Prevención del Dopaje

- Una historia clínica completa y actualizada
- Copia de las pruebas complementarias realizadas o cualquier otra información que consideren pertinente.

Ejemplos de caso clínicos de patología urgente: Urticaria

- **Efecto retroactivo:** Patologías aguda grave: Si ha requerido un corticoide sistémico de forma urgente por una Intoxicación alimentaria. Formulario de solicitud e Informe de asistencia de urgencia hospitalaria

<div style="text-align: center;"> <p>997219 - Autorizaciones de Uso Terapéutico Solicitud para Deportistas</p> </div> <p>Datos del deportista</p> <p>Nombre completo : <input type="text" value="Nombre 1 Apellido 1 y 2"/></p> <p>NIF / NIE : <input type="text" value="00000000A"/></p> <p>Datos del padre o tutor (Si el deportista es menor de edad, deberá completar este apartado)</p> <p>Nombre completo : <input type="text" value="....."/></p> <p>NIF / NIE : <input type="text" value="....."/></p> <p>Parentesco o relación: <input type="text" value="....."/></p> <p>Canales de comunicación (a efectos de notificaciones y comunicaciones)</p> <p>Dirección : <input type="text" value="Calle Calle Nº"/></p> <p>Localidad : <input type="text" value="Madrid"/></p> <p>Provincia : <input type="text" value="MADRID"/> Código Postal : <input type="text" value="2 8 0 2 3"/></p> <p>Teléfono : <input type="text" value="00 000 00 00"/> Fax : <input type="text" value="....."/></p> <p>Correo electrónico : <input type="text" value="nombreaellido@hotmail.com"/> Móvil : <input type="text" value="000 000 000"/></p> <p>Objeto de la solicitud</p> <p>Solicitar la Autorización para el Uso Terapéutico de una Sustancia o Método que se incluye en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte de acuerdo con Declaración médica adjunta.</p> <p>Otros datos del deportista</p> <p>Federación : <input type="text" value="R.F.E.Balonmano"/></p> <p>Especialidad : <input type="text" value="....."/></p> <p>Sexo : <input type="text" value="Hombre"/> Fecha de nacimiento : <input type="text" value="02/12/1988"/></p> <p>Nº Licencia Federativa: <input type="text" value="000000000"/></p> <p style="text-align: right;">Página 1 de 4</p>	<div style="text-align: center;"> <p>997219 - Autorizaciones de Uso Terapéutico Solicitud para Deportistas</p> </div> <p>Documentación que adjunta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaración médica según modelo "Declaración médica para Autorizaciones Terapéuticas y Declaraciones de Uso"</p> <p><input type="checkbox"/> Historial médico completo (anamnesis, exploración, pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento).</p> <p><input type="checkbox"/> Pruebas complementarias</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros documentos : <input type="text" value="Informe de asistencia de urgencia en un hospital"/></p> <p>Para la tramitación de esta solicitud, es imprescindible adjuntar la declaración médica, según modelo Declaración médica para Autorizaciones Terapéuticas.</p> <p>Declaración</p> <p>1º.-Autorizo la entrega de información médica personal a la Agencia de Protección de la Salud en el Deporte, así como en su caso a las organizaciones antidopaje competentes.</p> <p>2º.-Declaro formalmente que son ciertos y completos los datos de la presente solicitud y en el caso de aportar copia de documentación, que ésta coincida fielmente con la original.</p> <p>Fecha : <input type="text" value="27/10/2014"/></p> <p>Firma del Deportista o tutor si es menor de edad: </p> <p>DIRIGIDO A COMITÉ DE AUTORIZACIONES PARA USO TERAPÉUTICO.</p> <p>Cláusula de protección de datos</p> <p><small>Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El responsable de este fichero es el Consejo Superior de Deportes, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición a C/Martin Ferrer, 3, 28044 de Madrid o al correo electrónico: aec@csd.es.</small></p> <p style="text-align: right;">Página 2 de 4</p>
--	--

Declaración médica. Autorizaciones para el Uso Terapéutico
(Adjuntar con las Solicitudes de Autorizaciones para el Uso Terapéutico)

AEPSAD
Asociación Española de Profesionales de la Salud del Deporte

Datos del deportista
Nombre completo : Nombre1 Apellidos 1 y 2
NIF / NIE : 000000000

Información médica
Diagnóstico con información médica suficiente:
Jugador de mi equipo, que aporta informe de urgencias donde fue atendido el día 26/10/2014 y diagnosticado de una reacción alérgica en probable relación a ingesta de alimentos. Le administraron, entre otros medicamentos: Metilprednisolona (Urbasón por vía IM) y al alta le han prescrito Prednisona oral (Dacortin) en pauta descendente en un total de 9 días. (Se adjunta copia del informe)

RELLENAR SÓLO EN CASO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A CAUT:
Indique la justificación para el uso de una sustancia o método prohibido.
En la práctica clínica el tratamiento administrado y prescrito al jugador es el habitual en estas situaciones de urgencia y no hay otras alternativa terapéutica no prohibidas.

Información detallada sobre la medicación

Sustancia/s prohibida/s Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia
Metilprednisolona	50mg	IM	Dosis única
Prednisona	30mg	Oral	Pauta descendente (9 días)

Página siguiente
Página 3 de 4

Declaración médica. Autorizaciones para el Uso Terapéutico
(Adjuntar con las Solicitudes de Autorizaciones para el Uso Terapéutico)

AEPSAD
Asociación Española de Profesionales de la Salud del Deporte

RELLENAR SÓLO EN CASO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A CAUT:
Tratamiento de emergencia/enfermedad grave:
Dosis única. Fecha de administración :
X Más de una dosis. Fecha de inicio : 26/10/2014
Duración prevista : 30 días
Otros tratamientos:
Duración prevista del tratamiento :

Declaración
Certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte, tendría resultados insatisfactorios para esta enfermedad.

Nombre completo : Nombre Medico Club 1
Especialidad médica : Medicina de la EF y D
Número colegiado : 28/000000
Dirección : Club Balonmano sn
Teléfono : 000 000 000 Fax :
Correo electrónico : nombremedicoclubclubes

Fecha : 27/10/2014
Firma del Médico:

Imprimir formulario Limpia Formulario Página anterior

Clausula de protección de datos
Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El responsable de este fichero es el Consejo Superior de Deportes, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición a C/ Martín Ferrer, 5 28040 de Madrid o al correo electrónico arco@csd.gob.es.
Página 4 de 4

Hospital Universitario Madrid
Informe de alta de Urgencias

Paciente : 2A*

26/10/2014 18:29

MOTIVO DE CONSULTA: Prurito generalizado.
ALERGIAS A MEDICAMENTOS: NANC
ANTECEDENTES PERSONALES:
- FRCV: No HTA, No DM, No DL.
- HABITOS TS/RKIDS: no fumador, no hábito edicico, no otras drogas.
- No enfermedades medicofarmacológicas de interés.
TRATAMIENTO HABITUAL: no refiere.

ENFERMEDAD ACTUAL: varón de 25 años que acude a urgencias por rubefacción y prurito generalizado de inicio brusco, con inflamación facial de 30 minutos de evolución. Refiere mareo tipo debilidad acompañada de sensación nauseosa, sin no mejora. Además, está en tratamiento antibiótico por periodontitis en una embocadura. El paciente, previo al inicio del cuadro, se encontraba en un cumpleaños donde tomó ensaladilla rusa y barta.
No tos ni expectoración. No dolor abdominal ni alteración del ritmo intestinal. NO clínica miccional. NO náuseas ni vómitos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: satO2 97%
General: Paciente con buen estado general, normocoloreado e hidratado, eupneico
Cabeza y cuello: cardenas rítmicas isocómpas, no suscito soplos. Otorrínge sin alteraciones. No edema de úvula. No palpo adenopáticos ni bocio. No ingurgitación venosa yugular.
Auscultación cardíaca: rítmica a buena frecuencia no suscito soplos.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no suscito ruidos sobrealfados.
Abdomen: Ruidos hidroacústicos presentes normales, blando, depresible, no palpo masas ni megalias, no defensa abdominal, no signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Pulso-percusión renal bilateral negativa.
Extremidades: pulsos distales presentes y simétricos, no signos inflamatorios, no edemas, no signos de trombosis venosa profunda.
- Eritrociptismo en manos, región periumbilical y cara acompañado de intenso prurito.

PRESCRIPCIONES INICIALES: Urbason 60mg y Polaramine im.
PETICIONES INICIALES: Constantes.

26/10/2014 19:40
TA 134/72 FC 72 bpm, Tª 35,6 °C Sat O2 98 %

26/10/2014 20:08
El paciente refiere franca mejoría tras la medicación pautada.

***EN RESUMEN: Varón de 25 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de reacción alérgica, compuesta de eritema y prurito generalizado, acompañado de inflamación facial (sobre todo a nivel labial y palpebral) y sensación disénea ocupi refiere el paciente. Al llegar a urgencias, no edema de úvula ni sensación disénea (SatO2 98%). Pautamos Urbason y Polaramine im, tras lo cual, el paciente refiere franca mejoría. por ello, y

Gada la estabilidad hemodinámica del paciente, damos ALTA del servicio de urgencias.
JC: reacción alérgica en probable relación con intoxicación alimentaria.

PLAN:
- Dacortin 30 mg en pauta descendente:
1. 1 comprimido entero el día, durante tres días.
2. 2/3 comprimido al día durante 3 días.
3. 1/3 comprimido al día durante 3 días y suspender.
- Si prurito, Polaramine 2mg, 1 comprimido cada 6 horas.
- Control por su médico de atención primaria.
- Si síntomas de alarma explicados al paciente, acudir de nuevo a urgencias.

Fdo: JDC

Se le prescribirá la medicación que indica el médico y acudir a su médico de familia para seguimiento y valoración de la continuidad de este tratamiento.
Para más información ir al Centro de Salud de su zona.

8148 26/10/2014 21:02

La información contenida en este documento es confidencial y debe ser dirigida como tal al personal de la Patrota Clínica. Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el archivo de datos de carácter personal de la Patrota Clínica. Si desea más información sobre el tratamiento de sus datos personales, puede dirigirse al responsable de este fichero, el Consejo Superior de Deportes, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición a C/ Martín Ferrer, 5 28040 de Madrid o al correo electrónico arco@csd.gob.es.
Página 4 de 4

Ejemplo : Asma/hiperactividad bronquial, asma inducido por el esfuerzo

Lista de sustancias que NO requieren AUT en el tratamiento ASMA

Principio activo	Vía de administración	Observación
Salbutamol	Inhalada	Dosis máx.: 1600 microgramos en 24 horas (equivale a 16 pulsaciones, si 100 mcg/pulsación). Una eliminación urinaria superior a 1000 nanogramos mililitro supone resultado adverso.
Formoterol	Inhalada	Dosis máx.: 54 microgramos en 24 horas (equivale a 4 pulsaciones si 12 mcg/pulsación; o a 6 pulsaciones si 9 mcg/pulsación). Una eliminación urinaria superior a 40 nanogramos mililitro supone resultado adverso.
Salmeterol	Inhalada	Dosis terapéutica
Budesonida	Inhalada	
Fluticasona	Inhalada	
Beclometasona	Inhalada	

En caso de **CRISIS AGUDA** que requiera tratamiento con corticoides sistémicos (ej.: prednisona oral, Metilprednisolima IM), una dosis mayor de Beta-2 agonistas, adrenalina u otra medicación de la lista de **sustancias prohibidas se podrán administrar** al jugador-a y posteriormente **se solicitará la AUT con efecto retroactivo**, en un plazo máximo de 10 días tras su administración acompañándose del informe médico que acredite dicha urgencia.

Si **REQUIEREN AUT** dentro o fuera de la competición

- **Terbutalina**, de acción corta (Terbasmin®)
- **Cualquier otro Beta-2 agonista inhalado no mencionado en el apartado anterior o cuando estos no son administrados por vía inhalatoria**

Se debe enviar la solicitud de AUT cumplimentada y al menos una copia de una prueba de broncodilatación o provocación que cumpla criterios de positividad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL /ASMA

En caso de encontrarse con signos de obstrucción en condiciones basales, se demostrará su reversibilidad si se obtiene un aumento de $\geq 12\%$ en el FEV1 después de la administración de un beta-2 agonista inhalado.

■ **Prueba de broncodilatación**, En caso de encontrarse con signos de obstrucción en condiciones basales, se demostrará su reversibilidad si se obtiene un aumento de $\geq 12\%$ en el FEV1 después de la administración de un beta-2 agonista inhalado.

■ En caso contrario se realizará una de las siguientes pruebas de **provocación bronquial**, con los criterios de positividad indicados:

1. Pruebas de provocación con ejercicio: $\geq 10\%$ de caída en el FEV1
2. Prueba con metacolina: $\geq 20\%$ de caída en el VEF1, PC20 con < 4 mg/ml; o si se ha tomado GCS inhalado > 1 mes, entonces PD20 debe ser menor o igual a 1.600 mcg o PC20 menor o igual a 16,0 mg/ml.
3. Prueba con Manitol: $\geq 15\%$ de caída en el FEV1
4. Prueba con suero salino hipertónico: $\geq 15\%$ de caída en el FEV1.
5. Prueba de hiperventilación voluntaria isocápnic: $\geq 10\%$ de caída en el FEV1.
6. Prueba con Histamina: $\geq 20\%$ de caída en el VEF1, a una concentración de ≤ 8 mg/ml durante un test gradual de 2 minutos.

NOTA: Se recuerda que para la realización de estas pruebas deberá suspender la medicación. Los B2 agonistas de acción corta, 8 horas; y los B2 agonistas de acción larga y los glucocorticoides de 24 a 48 h previas.

¿Cómo enviar la documentación?

- Por correo postal: CAUT. Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Plaza de Valparaíso número 4, 28016 Madrid.
- Por fax: 91.589.05.19

Correctamente cumplimentada



Comisión de la Salud y Prevención del Dopaje

Observaciones

1. El médico del club deberá registrar todas las sustancias en el libro de registro y talonario de prescripción, donde se indicará que ha solicitado la AUT y si ha sido concedida
2. El deportista , al rellenar el formulario de control de dopaje , debe declarar todas las sustancias y/o métodos utilizados en los últimos 7 días **y especificar que tiene una AUT concedida para la sustancia y/o método prohibido declarada.**

Se recomienda a los deportistas que tienen alguna AUT, llevar siempre una copia por si son designados o seleccionados para pasar un control y mostrarla a los agentes de control de dopaje.

3. La FIBA podrá reconocer las AUT concedidas por la AEPSAD

El deportista **NO** podrá hacer uso de las sustancias o métodos prohibidos, hasta disponer de la correspondiente autorización de uso, **excepto** en las situaciones reguladas por la normativa vigente