

GM



Especial
Premios BiC
2008

El Clínic y Basurto se alzan con el BiC al mejor hospital en atención al paciente



Reportaje gráfico: Marco Ansión

Representantes de las diferentes administraciones, gerentes de hospital, personalidades del mundo de la Medicina, la Enfermería, la Farmacia y la Industria se dieron cita el 10 de noviembre en el salón de actos del Colegio de Médicos de Barcelona para asistir a la entrega de galardones de la III edición de los Premios 'Best in Class' (BiC), que otorga GACETA MÉDICA.

GM L.B./J.G.
Barcelona

Los hospitales Clínic de Barcelona y Basurto (Bilbao) han sido reconocidos ex aequo como los mejores hospitales en atención al paciente en la tercera edición de los Premios Best In Class (BiC), que concedió la semana pasada en Barcelona GACETA MÉDICA en colaboración con la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid para premiar, como cada año, la calidad y la excelencia de los hospitales españoles en atención al paciente.

Tanto el director gerente del Hospital de Basurto, Jon Darpón, como el subdirector del Hospital Clínic, Josep Maria Piqué, agradecieron el premio a profesionales y consejerías. Así, Darpón consideró el galardón como un "colofón" al centenario del hospital, mientras que Piqué destacó la implicación de los profesionales en el centro, debido al camino de autonomía de gestión que sigue la institución.

En palabras del presidente-editor de GACETA MÉDICA, Santiago de Quiroga, los premios han alcanzado en esta tercera edición "su mayoría de edad" teniendo en cuenta las algo más de 300 candidaturas de más de 100 hospitales que se han recibido, cuya motivación es poner al paciente "en el centro".

Tras un riguroso proceso de evaluación de la calidad, que cuenta con el aval de Aenor y tras el cual se obtiene el Índice de Calidad en Atención al Paciente (ICAP), la Cátedra de Innovación y

Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos y un comité de 14 expertos del sector sanitario determinaron los premiados.

En esta tercera edición, las comunidades autónomas con más galardones han sido País Vasco y Comunidad Valenciana, con cuatro; Madrid, con tres; y Cataluña, con dos y un reconocimiento.

Además del premio al mejor hospital para Basurto, País Vasco ha recibido los premios al mejor servicio de Pediatría (Hospital de Zumárraga), Urgencias (Hospital de Donostia) y Psiquiatría (Hospital Galdakao Usansolo).

La Comunidad Valenciana se llevó los premios a los mejores servicios de Urología y Farmacia Hospitalaria (ambos para el Hospital Universitario La Fe), Traumatología (USP Hospital San Jaime de Alicante) y Unidad de Dolor (Consortio Hospital General Universitario de Valencia).

Madrid, por su parte, ha recibido los premios a los mejores servicios de Oncología y VIH/sida (ambos para el Hospital Universitario Fundación Alcorcón), y Enfermedades Infecciosas (Hospital Universitario de Fuenlabrada).

Cataluña, además del premio al

mejor hospital, recibió el galardón al mejor servicio de Obstetricia y Ginecología, también para el Clínic. Asimismo, la Red de asistencia Primaria de Cataluña obtuvo el reconocimiento que como novedad en esta edición se otorga a la Atención Primaria. Este reconocimiento es un paso previo a la futura incorporación de este nivel asistencial como categoría dentro de los BiC.

La razón para que el jurado concediera este reconocimiento, fuera de concurso, se debe, según explicó el presidente-editor de GACETA MÉDICA, Santiago de

Quiroga, al buen hacer de sus profesionales sanitarios, su preocupación constante por la innovación en fórmulas de gestión y el claro liderazgo de la comunidad en este tipo de fórmulas.

Asimismo, el jurado ha decidido otorgar menciones de honor al Hospital de Madrid Norte Sanchinarro en el servicio de Oncología; al Hospital Universitario de Fuenlabrada, en VIH; al Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en Infecciosas; al Hospital Arnau de Vilanova, en Traumatología; y al Hospital Universitario La Fe, en Unidad del Dolor.

"Hay que ordenar la demanda, pero estamos infrafinanciados"

GM L.B./J.G.
Madrid

La consejera de Salud de Cataluña, Marina Geli, que presidió la entrega de premios en el salón de actos del Colegio de Médicos de la ciudad condal, manifestó que los Best In Class (BiC) son un ejemplo de la buena marcha del sector y de su transparencia, ya que comparan a unos centros con otros para mejorar y buscar la eficiencia. "Nuestro sector no está en crisis, no debe entrar en crisis, y puede ayudar a salir de ella porque somos un sector de servicios, de igualdad de oportunidades y de cohesión social".

Geli se mostró orgullosa del modelo sanitario español. "Desde Cataluña, pensamos que



La consejera de Salud Marina Geli, durante el discurso de apertura de los III Premios Best In Class.

es un buen modelo. Además, la población en la región se ha incrementado en más de un millón de habitantes con una gran diversidad cultural y lingüística y, a pesar de la fragilidad originada por este incremento de la demanda, los niveles de calidad se han mantenido". La consejera instó a ser más eficientes y a

ordenar la demanda, aunque advirtió: "Estamos infrafinanciados". Ahora toca, según Geli, discutir cómo haremos para sostener este modelo.

Las RESPONSABILIDADES de una empresa

Cada vez son más las organizaciones empresariales que parecen comprender que su actividad puede incidir en el medio natural y social, su importante papel como motor de cambio de todo aquello que le rodea, así como la trascendencia de cada una de las decisiones que toma.

El creciente interés de las instituciones y de las empresas en el denominado desarrollo sostenible hacen más obvio y palpable el importante papel que podemos jugar el conjunto de las empresas en todo lo que nos rodea.

Debemos pensar que una empresa sostenible es aquella que crea no sólo valor económico, medioambiental y social a corto y largo plazo, sino que contribuye al bienestar y al auténtico progreso de las generaciones presentes y futuras, tanto en su entorno como en el planeta en general.

Durante más de setenta y cinco años, **Baxter** ha unido a especialistas, científicos y profesionales de la salud y de los negocios con un objetivo común: salvar e intentar mejorar la vida de la gente a través de soluciones sanitarias innovadoras. Uno de nuestros objetivos clave es el de intentar ayudar a mucha gente a llevar una vida más sana, a los profesionales de la salud a ofrecer tratamientos mejores y más eficaces e intentar mostrar a nuestros propios empleados cómo mejorar el entorno en el que viven y se relacionan. La **forma ética de trabajar** de nuestra empresa: nuestro comportamiento, contribuciones y la impronta que dejamos en el medio ambiente son muy importantes, así como **los valores que guían nuestra toma de decisiones para intentar contribuir a un mundo mejor.**

En la actualidad, la responsabilidad social de las empresas es sumamente grande: tenemos que encontrar un equilibrio entre las necesidades del hoy y las del mañana; **esto se traduce en un uso prudente de nuestros recursos económicos, en la administración responsable y ética de la empresa. Nuestras actividades también deben estar orientadas a minimizar el gasto de los recursos naturales y del impacto medioambiental**, al igual que el rendimiento en seguridad laboral. Los nuevos objetivos medioambientales recientemente marcados por Baxter para los próximos cinco años pasan por reducir los residuos totales en un 30% y también el consumo de agua, energía y gases de efecto invernadero en un 20%. La mejora del rendimiento de los empleados, su implicación en una serie de prácticas recomendadas para la puesta en marcha de los proyectos de ahorro de energía, al igual que una política de riesgos para la salud y seguridad de nuestros empleados y en la fabricación de nuestros productos, van más allá de esos objetivos. Un claro ejemplo local ha supuesto el proyecto para la construcción de un nuevo centro de operaciones de la empresa Baxter España en Valencia donde se ha prestado especial atención a conceptos tecnológicos para la mejora de la salud y seguridad laboral- como el control de temperatura en todo el almacén, sofisticados sistemas contra incendios, muelles de abrigo, modernos sistemas de seguridad, etc.- y una mejora ostensible en todo lo referido al respeto medioambiental y mejora de la productividad.

Ampliar el acceso a la asistencia sanitaria y ayudar a comunidades necesitadas de todo el mundo es otro de los aspectos clave de la sostenibilidad. Mejorar la vida a través de inversiones sociales en las comunidades en las que trabajan los empleados de Baxter, y en zonas geográficas con necesidades críticas, es una extensión natural del objetivo de la empresa de preservar lo mejor posible la vida de nuestros pacientes. La Fundación Internacional Baxter, órgano filantrópico de Baxter, aprobó el año pasado donaciones por un valor superior a los 52 millones de dólares.

No podemos olvidar como punto clave dentro del marco de gestión sostenible de la empresa, **el poder utilizar con prudencia los recursos financieros para garantizar la mejora continua en nuestra forma de operar** ya que, como empresa

del sector sanitario con presencia mundial, interactuamos con muchas partes interesadas directa e indirectamente. Los productos de la empresa son adquiridos directamente por organismos gubernamentales y proveedores de atención sanitaria, aunque los clientes indirectos (pacientes y familiares) son igualmente importantes, por lo que es crucial valorar el papel de todas las partes y equilibrar las necesidades variadas, y muchas veces contrapuestas, de cada una de las partes involucradas.

El liderazgo y el nivel de sostenibilidad de Baxter se ha reconocido recientemente

con el nombramiento de la empresa como líder de la industria de productos médicos en 2008, tanto en el índice mundial de sostenibilidad de Dow Jones (DJSI World) como en el índice norteamericano de sostenibilidad de Dow Jones (DJSI North America), primeras referencias mundiales de evaluación de la sostenibilidad de las principales empresas. Baxter alcanzó el primer puesto al obtener las mejores puntuaciones en varios apartados, incluida la bioética, los códigos de conducta, la gerencia de la empresa y actuación medioambiental, atracción y conservación de talentos para la empresa y análisis social y medioambiental. El año 2008 marca el décimo año consecutivo en el que Baxter figura en el DJSI desde su creación en 1999. La compañía también ha sido reconocida a principios del 2007 por Innovest Strategic Value Advisors como una de las 100 Empresas Más Sostenibles del Mundo.

Los productos y servicios de **Baxter** se utilizan por los profesionales de la salud y sus pacientes, aportando un valor añadido a los distintos sistemas sanitarios de más de 100 países en todo el mundo. **Baxter** cuenta con aproximadamente 47.000 empleados y con más de 60 instalaciones de fabricación en todo el mundo, en Estados Unidos, Europa, Canadá, Asia, Latinoamérica y Australia.

Su misión es la de proporcionar terapias innovadoras para el tratamiento de pacientes en estado crítico y para enfermedades como el cáncer, la insuficiencia renal, la hemofilia o las inmunodeficiencias, entre otras enfermedades graves.

La versión completa del informe de sostenibilidad de 2007 de Baxter se encuentra disponible en la página Web: www.baxter.com/sustainability.

Baxter

HOSPITAL CLÍNIC, MEJOR HOSPITAL EN ATENCIÓN AL PACIENTE (EX AEQUO)



“El Clínic ha sido capaz de combinar la excelencia científica y la asistencial”

El Hospital Clínic de Barcelona ha conseguido, por primera vez, el Premio BIC al mejor centro en atención al paciente. En opinión de su gerente, Raimón Belenes, el premio no es más que el fruto de una gestión que ha apostado por un modelo flexible, y por el trabajo de unos profesionales implicados con la marca 'Clínic'

GM Javier Gracia
GM Barcelona

¿Cómo consigue un hospital como el Clínic, con un carácter centrado en el investigador, dedicar tiempo y esfuerzo a la calidad asistencial?

Posiblemente éste sea un caso que bien merezca pasar a los anales de la gestión hospitalaria moderna, porque realmente no es sencillo combinar ambos elementos, la excelencia científica y la asistencial. Lo cierto es que éstos son los frutos de 20 años de trabajo arduo por parte de profesionales de la salud y gestores.

Existen varios aspectos fundamentales que han avalado esta situación. En primer lugar, la adopción de un modelo de gestión flexible. Es preciso recordar que el Clínic es un hospital público pero que no estaba en el circuito de los hospitales al uso. Quizás ésa sea clave que nos ha permitido ofrecer esa flexibilidad necesaria para desligarse del corsé de la funcionarización y adoptar las medidas necesarias para llegar a la situación actual. En segundo lugar, subrayar que alguien tuvo una visión y una ambición, hablo del trabajo de dos grandes gestores del centro, Joan Grau y Joan Rodés. Visión y ambición quiere decir capacidad de construir un gran centro español y europeo, que adoptó el modelo de funcionamiento de otros centros donde se apostaba por la figura de los institutos, y en la que los médicos tienen mayor autonomía de gestión, que es un modelo más centrado en el paciente. Y en tercer lugar, la existencia de una gran complicidad con los profesionales de la salud, lo que ha revertido en una mayor implicación de estos profesionales en la buena marcha del centro. En este sentido, también podríamos señalar que existe un buen reparto del poder del médico en todos los ámbitos del hospital, lo cual no favorece la facilidad de gestión, pero aporta unos resultados inmejorables, al conseguir que el médico se sienta más partícipe.

Clínic se ha convertido en una marca...

Sin duda ésa es la clave. El profesional de la salud que trabaja en el Clínic siente que forma parte de

un proyecto ambicioso y que funciona, siente un orgullo especial, y ese sentimiento sólo puede traducirse en excelencia. A ello también ha ayudado la apuesta del centro por la innovación, incluso desde una óptica rupturista, y por una alta competitividad interna y externa. Pero todo ello también se ha traducido en una mayor complicidad entre profesionales y pacientes, caldo de cultivo de la calidad asistencial.

¿Qué debe mejorar en este terreno?

No cabe duda que la gestión de un hospital siempre debe ser susceptible de mejorar. Siempre tenemos la oportunidad de mejorar el circuito de compras, el de logística, mejorar la racionalidad en la toma de decisiones clínicas... y no cabe duda que todo eso redundará en una mejora asistencial.

Ahora la gerencia está preocupada por dos cuestiones que afectan a facultativos y enfermería. En primer lugar, y especialmente centrado en el campo de los médicos, el recambio generacional que debe realizarse en los próximos años, y que incluirá a muchos de los líderes y creadores del actual modelo de gestión del Clínic. Éste supone un gran reto para la gerencia, que debe preservar la excelencia. Para ello debemos ser capaces de generar, en la generación de médicos de 40 a 50 años, el interés necesario para que sean ellos los que tomen el relevo. En el caso de la enfermería nos enfrentamos a un problema más grave, porque sufrimos un déficit de estos profesio-

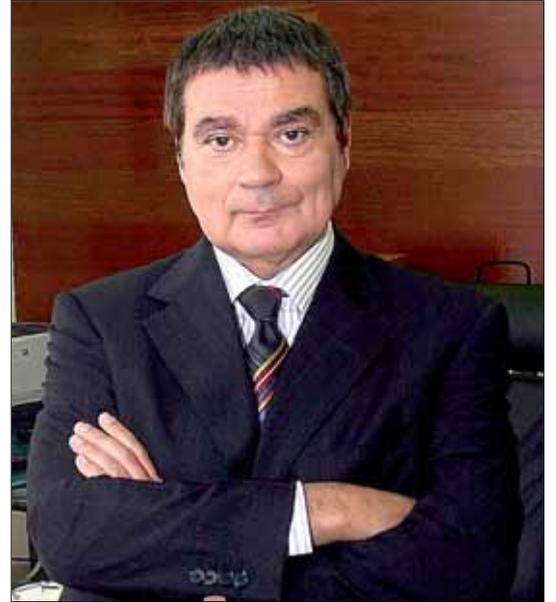
nales realmente destacable. La gerencia tendrá que trabajar mucho para convertir el hospital en un centro realmente atractivo para las nuevas generaciones de médicos y enfermeras, y para ello es preciso ofrecer mecanismos de carrera profesional y, sobre todo, mejorar la comunicación interna, un problema del que adolece la gran mayoría de hospitales públicos.

¿Cuenta el Clínic con un servicio de atención al paciente?

Sí, contamos con un servicio de atención al paciente, incluido dentro de nuestro plan de calidad, pero debemos reconocer que todavía está en pleno desarrollo. La existencia de este tipo de servicios debería ser una obligación para todos los grandes hospitales universitarios, pero ésa es otra de las carencias importantes de la que se adolece. La atención al paciente está fragmentada y poco estructurada. En el Clínic la atención al paciente es muy buena, porque contamos con grandes profesionales, pero debemos avanzar mucho en esta área, mejorar la información y la educación del paciente, estructurar mejor las actuaciones del tipo que sean, la accesibilidad a los institutos..., este debe ser uno de los ejes de crecimiento en los próximos años.

¿La estructura del Clínic en forma de institutos facilita la calidad asistencial?

Radicalmente sí. La estructura en forma de institutos ofrece una



RAIMÓN BELENES,
GERENTE DEL HOSPITAL

“La estructura en forma de institutos ofrece una calidad asistencial poco habitual en otros centros hospitalarios”

calidad asistencial poco habitual en otros centros hospitalarios. Buena prueba de ello es que, aquí, en nuestros pasillos, no verá deambular pacientes de un servicio a otro. Cada instituto cuenta con los especialistas y la tecnología necesaria para evitar el 'vía crucis' del paciente de un servicio a otro. En nuestro modelo hemos evitado que el paciente recorra el hospital buscando recursos. Muy al contrario, hemos conseguido que los recursos y los especialistas giren alrededor del paciente. Hemos desterrado la fragmentación del paciente y

ese hecho ha llevado a conseguir que mejore la comunicación entre especialistas. Este modelo, que estamos revisando para intentar mejorarlo, se ha basado en la creación de grupos multidisciplinarios de profesionales al servicio del paciente. Así, hemos conseguido que el cirujano cardíaco hable con el vascular o con la enfermería.

El paciente suele valorar la calidad asistencial en base a las listas de espera o la rapidez de las urgencias hospitalarias...

Respecto a las listas de espera, debo decir que el Clínic cumple a rajatabla los objetivos que en este sentido dicta el Servicio Catalán de Salud, lo que supone un esfuerzo importante, tanto a nivel de gestión como de nuestros profesionales, que han cargado con los circuitos de diagnóstico rápido.

El problema lo tenemos con urgencias. He de subrayar que nuestras urgencias no están en consonancia con la calidad del centro, y buena culpa de ello la tiene el espacio físico que destinamos a ellas. Éste es un tema que esperamos poder resolver en los próximos cuatro años con la ampliación del centro.

Las cifras del Hospital Clínic de Barcelona

Desde su creación en el año 1906, el Clínic se ha convertido en el buque insignia de la sanidad catalana, con una plantilla total de 4.200 trabajadores, de los que 3.097 son profesionales sanitarios y 250 MIR. Actualmente el hospital cuenta con 850 camas en funcionamiento, realiza alrededor de 98.000 consultas anuales y 46.274 altas hospitalarias, de las que 5.100 son por cáncer. Soporta una presión de urgencias del 49 por ciento, con 161.816 visitas. Su capacidad de extracción y trasplante de órganos es alta, con 410 trasplantes anuales.





Líderes en la prevención

difteria, tosisferina, meningitis, rubéola, rabia, varicela, cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano, varicela, gripe, hepatitis-B, tétanos, **cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano**, rubéola, sarampión, rabia, tosisferina, **herpes zóster**, difteria, meningitis, tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis, **gastroenteritis pediátrica por rotavirus**, neumonía neumocócica, meningitis, gripe, rubéola, sarampión, difteria, tosisferina, sarampión, meningitis, rubéola, gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-B, varicela



HOSPITAL DE BASURTO, MEJOR HOSPITAL EN ATENCIÓN AL PACIENTE (EX AEQUO)



“Realizamos asistencia, docencia e investigación sin perder el trato humano”

Concidiendo con la celebración de su centenario, el Hospital bilbaíno de Basurto se ha hecho con el Premio BIC al mejor centro hospitalario. Según su director gerente, Jon Darpón, la accesibilidad, la información y el trato al paciente son objetivos estratégicos de todos los trabajadores de un hospital que también destaca en docencia.

GM Mónica Raspal
GM Madrid

¿Cómo valora este galardón?

Es un reconocimiento muy importante. Que una publicación independiente y de ámbito profesional, a través de un jurado cualificado, nos conceda un premio al mejor centro hospitalario en atención al paciente nos llena de satisfacción y nos reafirma en el trabajo desarrollado. El año pasado ya fuimos finalistas, lo que supuso un estímulo de mejora.

¿Qué le parece el baremo utilizado para la selección del ganador?

El baremo mediante el Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP) me parece una medida objetiva, que agrupa suficientes y variadas variables como para dar una visión global de la realidad de la calidad de los hospitales.

¿Qué destacaría del centro que le ha hecho valedor del premio?

Para nosotros la atención al paciente en términos de trato, accesibilidad e información al paciente es un objetivo estratégico del conjunto de trabajadores del hospital. Así lo reflejan, año tras año, los encuestas de satisfacción que se realizan en los diferentes niveles de atención.

El galardón ha coincidido con la celebración del centenario del hospital, ¿cómo ha evolucionado el centro durante este siglo de vida?

A lo largo de estos cien años el centro se ha modernizado. Actualmente somos un hospital universitario que realiza asistencia, docencia e investigación, sin haber perdido los valores que siempre nos han caracterizado de profesionalidad, trato cercano y humano.

El centro ha sido pionero en docencia médica y enfermera, ¿qué retos se plantean en este sentido?

De los 700 médicos de nuestra plantilla actual, alrededor de 200 son profesores de la facultad de

Medicina de la Universidad del País Vasco —en concreto del campus de Vizcaya— y la mayor parte de nuestras especialidades están acreditadas, contando con unos 200 residentes.

De cara al futuro, en el pregrado vamos a aprovechar la firma del convenio entre la Universidad y Osakidetza para normalizarla y en lo que respecta a posgrado, estamos acreditando aquellas especialidades que nos faltaban, incrementando la capacidad máxima de médicos residentes de los servicios y apostando por una docencia de calidad.

En cuanto a enfermería, formamos matronas, estamos en proceso de acreditación de enfermeras de salud mental y en cuanto estén desarrolladas el resto de especialidades de enfermería, intentaremos cumplir con los requisitos.

Ha citado la información y el trato al paciente como una de sus banderas, ¿en qué se traduce?

La información, el trato y la accesibilidad son un objetivo estratégico y así está explicitado en nuestro plan actual. Esto se traduce en acciones concretas con su presupuesto asignado en los planes de gestión donde, evidentemente, la formación de todos los estamentos es una de ellas.

¿Cómo ha sido la evolución del centro a nivel de infraestructuras?

Este centro centenario —inaugurado el 13 de noviembre de 1908—, pese a tratarse de un hospital de nivel terciario, cuenta con una completa cartera de servicios, un total de 700 camas y alrededor de 2.400 profesionales para dar cobertura a la población de Bilbao y a parte de la de Vizcaya. Así, atiende 621.847 consultas, realizando 157.745 pruebas diagnósticas y con un total de 35.523 ingresos y 35.510 altas hospitalarias. El centro destaca por su capacidad docente, contando con unos 200 residentes y otros 200 médicos que ejercen de profesores en la universidad. La mayor parte de las especialidades están acreditadas.

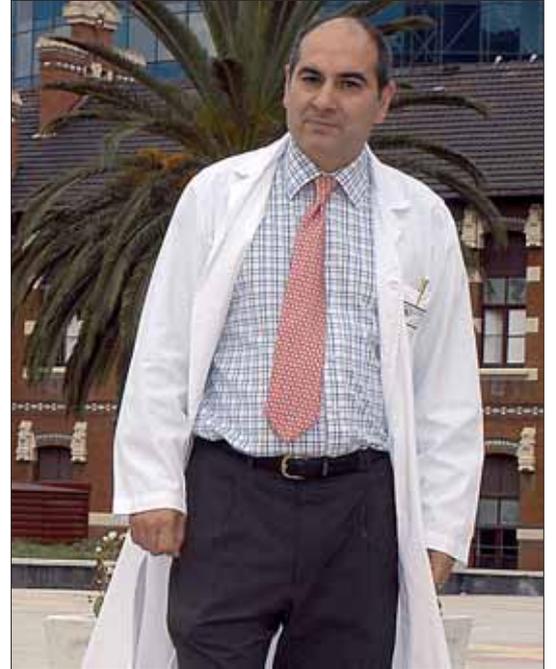
Nuestro hospital es un buen ejemplo de cómo una estructura diseñada en el siglo XIX ha mantenido su funcionalidad incorporando los avances tecnológicos del XXI. Esto ha sido posible gracias a sucesivas reformas que han cuidado su arquitectura modernista, mejorando a la vez la eficiencia y la accesibilidad.

Por ejemplo, todos los pabellones se han comunicado con túneles, los quirófanos se han reformado al completo, las salas de hospitalización —que albergaban 20 ó 24 camas en una misma estancia— se han convertido en habitaciones dobles o individuales para las 700 camas totales del centro y se han habilitado otras nuevas para las resonancias, el escáner o los angiografos, incorporando también las unidades de críticos, que no existían en el origen.

¿Y qué proyectos tienen planteados de cara al futuro?

En el futuro próximo, tenemos un ambicioso proyecto de reforma por delante, por el que vamos a potenciar el área oncológica reorganizando en un pabellón nuevo su atención, tanto de hospital de día, como de consultas y de hospitalización tradicional.

Además, se va a ampliar el bloque quirúrgico con siete quirófanos más, se construirá una nueva reanimación sumando 40 camas y se duplicará la capacidad de la unidad de cirugía ambulatoria, con 25 camas. También tenemos previsto ampliar la maternidad para dispo-



JON DARPÓN SIERRA,
DIRECTOR GERENTE

“Nuestro principal objetivo ahora es potenciar la investigación, aprovechando el acuerdo con la universidad, y ligarla a la práctica asistencial”

ner de más paritorios y salas de dilatación individuales, para aumentar la posibilidad de hacer un parto humanizado.

A ello se añade la reforma de la planta de hospitalización de psiquiatría y del área de urgencias. Y más adelante se construirá otro edificio para centralizar aquellas áreas donde el paciente está de forma ambulatoria (para consultas

y pruebas funcionales) con el propósito de mejorar la resolución de las patologías.

En el ámbito tecnológico vamos a robotizar un quirófano con un Da Vinci, se va a instalar el tercer acelerador lineal y un TAC de 64 coronas, que será el quinto TAC del hospital.

¿Qué proyectos tienen en marcha en cuanto a investigación?

Nuestro principal objetivo es potenciarla, pues es cierto que hasta la fecha no ha constituido una de las actividades más desarrolladas del hospital, pero vamos a aprovechar el acuerdo con la universidad y, de forma coordinada con la Fundación BIO —creada por la Consejería de Sanidad para fomentar la investigación sanitaria—, ligarlo a la práctica asistencial.

Para ello, estos últimos años hemos ido incrementando los fondos captados y también los proyectos, especialmente en el ámbito de las neurociencias, la Oncología, la Microbiología y las Enfermedades Infecciosas.

Las cifras del Hospital de Basurto



Acrel *semanal*
Acido Risedrónico

Efectividad real
para la vida real¹

ESTUDIO
REAL

Risedronato (Acrel), comparado con alendronato, reduce el riesgo de fracturas de cadera en un 43% (p=0,01) a los 12 meses.¹

Fecha de la última revisión: Septiembre 2008 • A211131

BIBLIOGRAFIA: 1. Silverman SL, Watts NB, Delmas PD, et al. Effectiveness of bisphosphonates on nonvertebral and hip fractures in the first year of therapy: The risedronate and alendronate (REAL) cohort study. *Osteopor Int*. 2007; 18:25-34.

Compromiso creciente en osteoporosis

P&G
Pharmaceuticals



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Acrel semanal 35 mg comprimidos recubiertos con película **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido recubierto con película contiene 35 mg de risedronato de sodio, equivalentes a 32,5 mg de ácido risedrónico. Excipientes, (ver sección 6.1.3). **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos recubiertos con película. Comprimido anaranjado ovalado con la inscripción RSN en un lado y 35 mg en el otro. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica, para reducir el riesgo de fracturas vertebrales. Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica establecida, para reducir el riesgo de fracturas de cadera. (ver sección 5.1) Tratamiento de la osteoporosis en hombres con riesgo elevado de fracturas (ver sección 5.1). **4.2 Posología y forma de administración** La dosis recomendada en adultos es un comprimido de 35 mg administrado por vía oral una vez a la semana. El comprimido debería tomarse el mismo día de cada semana. La absorción de risedronato de sodio se ve afectada por la comida, por lo tanto, para asegurar la absorción adecuada, los pacientes deberán tomar Acrel semanal 35 mg. Antes del desayuno. Al menos 30 minutos antes de la primera ingesta de día de alimentos, de otros medicamentos o líquidos (distintos del agua corriente). Se debe indicar a los pacientes que si olvidan tomar una dosis, deberán tomar un comprimido de Acrel semanal 35 mg en el momento que lo recuerden. Los pacientes deben tomar un comprimido una vez a la semana el mismo día que normalmente lo tomaban. No deben tomar dos comprimidos el mismo día. El comprimido debe tragarse entero, sin masticarse y sin permitir que se deshaga en la boca. Para facilitar el paso del comprimido al estómago Acrel debe tomarse estando en posición erguida con un vaso de agua corriente (> 120 ml). Los pacientes no deben tumbarse al menos durante 30 minutos después de haber tomado el comprimido (ver sección 4.4). Deberá considerarse la administración de suplementos de calcio y vitamina D si la ingesta en la dieta no es suficiente. Ancianos: No es necesario ajustar de la dosis en ancianos dado que la biodisponibilidad, distribución y eliminación son similares en ancianos (mayores de 60 años) y en sujetos más jóvenes. Esto se refiere también a la población postmenopáusica de 75 años o más. Insuficiencia renal: No se necesita un ajuste de la dosis para aquellos pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. El uso de risedronato de sodio está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina menor a 30 ml/min) (ver secciones 4.3 y 5.2). No se ha establecido la seguridad y eficacia de Acrel 35 mg semanal en niños y adolescentes. **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad conocida a risedronato de sodio o a cualquiera de sus excipientes. Hipocalcemia. Embarazo y lactancia. Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Los alimentos, líquidos (que no sean agua corriente) y medicamentos que contengan cationes polivalentes (tales como calcio, magnesio, hierro y aluminio) interfieren con la absorción de bifosfonatos y no deben tomarse al mismo tiempo que Acrel semanal 35 mg (ver sección 4.5). Con el fin de alcanzar la eficacia deseada, es necesario seguir estrictamente la dosis recomendada (ver sección 4.2). La eficacia de los bifosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis se relaciona con la presencia de baja densidad mineral ósea y/o fractura previa. La edad avanzada o factores de riesgo clínico para fracturas solamente, no son razones suficientes para iniciar el tratamiento de la osteoporosis con un bifosfonato. La evidencia que avala la eficacia de los bifosfonatos incluyendo risedronato en pacientes muy mayores (> 80 años) es limitada (ver sección 5.1). Se han asociado algunos bifosfonatos con esofagitis y úlceras esofágicas. Por lo tanto, los pacientes deberán prestar atención a las instrucciones de posología (ver sección 4.2). En los pacientes con antecedentes de trastornos esofágicos, con retraso en el tránsito o vaciado, por ejemplo, estenosis o acalasia, o en aquellos que no puedan permanecer en posición erguida durante al menos 30 minutos tras la toma del comprimido, el risedronato de sodio debe utilizarse con especial precaución debido a que la experiencia clínica en estos pacientes es limitada. Los médicos que prescriben Acrel deben insistir en la importancia de las instrucciones posológicas a estos pacientes. La hipocalcemia debe ser tratada antes de iniciar la terapia con Acrel semanal 35 mg. Otros problemas del metabolismo óseo y mineral (por ejemplo distrofia paratiroidea, hipoparatiroidismo) D) deben tratarse al iniciar la terapia con Acrel semanal 35 mg. Se han descrito casos de osteonecrosis maxilar, generalmente asociadas a una extracción dental y/o infección local (incluida osteomielitis) en pacientes con cáncer que están recibiendo diferentes tratamientos incluyendo administración intravenosa primaria con bifosfonatos. La mayoría de estos pacientes estaban recibiendo también tratamiento con quimioterapia y corticoides. También se han descrito casos de osteonecrosis maxilar en pacientes con osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos por vía oral. Antes de iniciar el tratamiento con bifosfonatos en pacientes con factores concomitantes de riesgo (por ejemplo, cáncer, quimioterapia, radioterapia, corticoides o poca higiene dental), se debe considerar un examen dental con las apropiadas medidas preventivas. Mientras dure el tratamiento, estos pacientes deberían evitar cirugía dental invasiva, en la medida de lo posible. En pacientes que desarrollan osteonecrosis maxilar durante el tratamiento con bifosfonatos, la cirugía dental puede exacerbar esta condición. Para aquellos pacientes que requieran cirugía dental, no hay datos que sugieran que la retirada del tratamiento con bifosfonatos reduzca el riesgo de osteonecrosis maxilar. El médico responsable del tratamiento debe evaluar el beneficio/riesgo para cada paciente en base a su criterio clínico. Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios específicos de interacción, sin embargo no se han observado interacciones clínicamente relevantes con otros medicamentos durante los ensayos clínicos. En los estudios de Fase III con risedronato de sodio en osteoporosis con dosis diarias, se comunicó el uso de ácido acetilsalicílico o de fármacos antiinflamatorios no esteroideos en un 33% y un 45% de pacientes, respectivamente. En estudios de Fase III con dosis semanales en mujeres postmenopáusicas, se comunicó el uso de ácido acetilsalicílico o de fármacos antiinflamatorios no esteroideos en un 57% y un 40% de los pacientes respectivamente. Entre los consumidores habituales de ácido acetilsalicílico y de AINES (3 o más días a la semana) la incidencia de reacciones adversas en el tracto gastrointestinal superior fue similar en pacientes tratados con risedronato de sodio frente a los pacientes del grupo control. Si se considera oportuno, se puede tomar risedronato de sodio de forma concomitante con suplementos de estrógenos (solo para mujeres). La ingestión concomitante de medicamentos que contengan cationes polivalentes (tales como calcio, magnesio, hierro y aluminio) interfiere en la absorción de Acrel semanal 35 mg. (ver sección 4.4). Risedronato de sodio no se metaboliza de forma sistémica, no induce las enzimas del citocromo P450 y se fija poco a las proteínas. **4.6 Embarazo y lactancia** No se dispone de datos suficientes del uso de risedronato de sodio en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Acrel semanal 35 mg no debe utilizarse durante el embarazo ni en mujeres en periodo de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han observado efectos sobre la capacidad de conducir o utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas** Risedronato de sodio ha sido estudiado en ensayos clínicos de Fase III en los que se han involucrado más de 15.000 pacientes. La mayoría de las reacciones adversas observadas en estos ensayos clínicos fueron de gravedad leve a moderada y normalmente no fue necesario interrumpir el tratamiento. Las reacciones adversas comunicadas en los ensayos clínicos de Fase III en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis que fueron tratadas más de 36 meses con risedronato de sodio 5 mg/día (n=5020) o con placebo (n=5048) y consideradas posibles o probablemente debidas a risedronato de sodio se relacionan de la siguiente manera: (incidencias versus placebo entre paréntesis): muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (> 1/100, < 1/10); poco frecuentes (> 1/1.000, < 1/100); raras (> 1/10.000, < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000). **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: dolor de cabeza (1,8% vs. 1,4%). **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: iritis. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: estreñimiento (5,0% vs. 4,8%), dispepsia (4,5% vs. 4,1%), náusea (4,3% vs. 4,0%), dolor abdominal (3,5% vs. 3,3%), diarrea (3,0% vs. 2,7%). Poco frecuentes: gasfritis (0,9% vs. 0,7%), esofagitis (0,9% vs. 0,9%), distagia (0,4% vs. 0,2%), duodenitis (0,2% vs. 0,1%), úlcera esofágica (0,2% vs. 0,2%). Rara: glositis (<0,1% vs. 0,1%), estenosis esofágica (<0,1% vs. 0,0%). **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Frecuentes: dolor musculoesquelético (2,1% vs. 1,9%). **Exploraciones (hepatobiliares):** Raras: pruebas de la función hepática anormales. * En los estudios de osteoporosis de fase III no se comunicaron hallazgos nuevos importantes, los datos mostrados provienen de acontecimientos adversos, pruebas de laboratorio, y de eventos tras reexposición al fármaco en ensayos clínicos previos. En un estudio multicéntrico, doble ciego, de un año de duración, comparativo de risedronato de sodio 5 mg diario (n=480) frente a risedronato de sodio 35 mg semanal (n=485) en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis, los perfiles generales de seguridad y tolerancia fueron similares. Los siguientes efectos adversos considerados posibles o probables relacionados con el medicamento por los investigadores, han sido notificados (mayor incidencia en el grupo de risedronato 35 mg que en el grupo de risedronato de sodio 5 mg): trastornos gastrointestinales (1,6% vs. a 1,0%) y dolor (1,2% vs. a 0,8%). En un estudio de dos años de duración, en hombres con osteoporosis, los perfiles de seguridad y tolerancia fueron similares entre los grupos tratados con placebo y los grupos tratados con risedronato de sodio. Los efectos adversos estuvieron en concordancia con los previamente observados en mujeres. **Resultados de laboratorio:** Se ha observado en algunos pacientes una disminución leve, asintomática, pasajera y precoz de los niveles de fosfato y calcio en suero. Los siguientes efectos adversos adicionales se han notificado durante su uso postcomercialización (frecuencia desconocida): **Trastornos oculares:** iritis, uveítis **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Osteonecrosis de la mandíbula. **Trastornos de la piel y tejido subcutáneo:** Hipersensibilidad y reacciones de la piel, incluyendo angioedema, rash generalizado y reacciones bullosas de la piel, algunas graves. **4.9 Sobredosis** No se dispone de información específica sobre el tratamiento de la sobredosis con risedronato de sodio. Puede esperarse una disminución del nivel de calcio en suero tras una sobredosis importante. También pueden aparecer en algunos de estos pacientes signos y síntomas de hipocalcemia. Deben administrarse leche o antiácidos que contengan magnesio, calcio o aluminio con el fin de fijar a risedronato y reducir la absorción de risedronato de sodio. En los casos de sobredosis importante, debe considerarse el lavado gástrico para eliminar el risedronato de sodio no absorbido. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS 5.1 Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Bifosfonatos Código ATC: M05 BA07. El risedronato de sodio es un bifosfonato de piridinio que se fija a la hidroxapatita ósea e inhibe la resorción ósea mediada por los osteoclastos. Se reduce el recambio óseo mientras la actividad osteoblastica y la mineralización ósea se mantienen. En estudios preclínicos, el risedronato de sodio demostró tener una potente actividad antiosteoclástica y antiresorptiva, y aumento de forma dosis dependiente la masa ósea y la resistencia biomecánica esquelética. Se confirmó la actividad del risedronato de sodio midiendo los marcadores bioquímicos del recambio óseo durante los estudios clínicos y farmacodinámicos. En estudios en mujeres postmenopáusicas, se observó un descenso en los marcadores bioquímicos del recambio óseo al mes de tratamiento, con un máximo descenso a los 3-6 meses. Los descensos de los marcadores bioquímicos del recambio óseo fueron similares con Acrel 35 mg diarios, a los 12 meses. En un estudio en hombres con osteoporosis, se observó un descenso en los marcadores bioquímicos del recambio óseo a partir del tercer mes y continuó observándose a los 24 meses. **Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica:** Una serie de factores de riesgo se asocian con la osteoporosis postmenopáusica incluyendo masa ósea reducida, baja densidad mineral ósea, menopausia precoz, historia de tabaquismo y antecedentes familiares de osteoporosis. La consecuencia clínica de la osteoporosis son las fracturas. El riesgo de fracturas aumenta con el número de factores de riesgo. Basado en los efectos en el cambio medio en la Densidad Mineral Ósea (BMD) de la columna lumbar, Acrel 35 mg diarios (n=485) demostró ser terapéuticamente equivalente a Acrel 5 mg diarios (n=480) en un estudio doble ciego, multicéntrico de un año en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis. El programa clínico para risedronato de sodio administrado una vez al día estudió el efecto de risedronato de sodio sobre el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera e incluía mujeres con menopausia precoz y tardía con fracturas y sin ellas. Se estudiaron dosis diarias de 2,5 mg y 5 mg y todos los grupos, incluyendo los grupos de control, recibieron calcio y vitamina D (si los niveles basales eran bajos). El riesgo absoluto y relativo de nuevas fracturas vertebrales y de cadera se estimó utilizando un análisis del tiempo hasta la primera fractura. • Dos estudios controlados con placebo (n = 3.661) reclutaron a mujeres postmenopáusicas de menos de 85 años con fracturas vertebrales antes de iniciar el estudio. Risedronato de sodio 5 mg al día administrado durante 3 años redujo el riesgo de nuevas fracturas vertebrales en comparación con el grupo control. En mujeres con respectivamente al menos 2 o al menos 1 fractura vertebral, la reducción de riesgo relativo fue del 49% y del 41% respectivamente (incidencia de nuevas fracturas vertebrales con risedronato de sodio 18,1% y 11,3% con placebo 29,0% y 16,3%, respectivamente). Se pudo observar un efecto del tratamiento ya desde el final del primer año de tratamiento. También se demostraron beneficios en mujeres con fracturas múltiples desde el inicio. Risedronato de sodio 5 mg, diarios también redujo la pérdida de altura anual comparada con la del grupo control. • Dos estudios más, controlados con placebo reclutaron mujeres postmenopáusicas de más de 70 años con o sin fracturas vertebrales iniciales. Se reclutaron mujeres entre 70 y 79 años con una Densidad Mineral Ósea de cuello femoral BMD T-score < -3 SD (rango del fabricante, es decir -2,5 SD utilizando NHANES III) y al menos un factor de riesgo adicional. Podían reclutarse mujeres de 80 años o más, en base a un solo factor de riesgo no esquelético para fractura de cadera o una baja Densidad Mineral Ósea en cuello femoral. La significación estadística de la eficacia de risedronato frente a placebo solo se alcanzó cuando se mezclan los dos grupos de tratamiento de 2,5 mg y 5 mg. Los siguientes resultados se basan en un análisis a posteriori de los subgrupos definidos por la práctica clínica y las definiciones actuales de osteoporosis: - En el subgrupo de pacientes con una densidad mineral ósea del cuello femoral T-score < -2,5 SD (NHANES III) y al menos una fractura vertebral al inicio, el risedronato de sodio administrado durante tres años redujo el riesgo de fracturas de cadera en un 46% en relación al grupo control (la incidencia de fractura de cadera en grupos de risedronato de sodio combinado 2,5 y 5 mg fue 3,8% y en placebo 7,4%). - Los datos sugieren que la protección es más limitada en mujeres muy ancianas (> 80 años). Esto puede deberse a una aumentada importancia de los factores no esqueléticos de la fractura de cadera en edades avanzadas. - En estos ensayos los datos analizados desde las variables secundarias, indicaron una reducción del riesgo de nuevas fracturas vertebrales en pacientes con una baja Densidad Mineral Ósea en cuello femoral con fracturas vertebrales y en pacientes con una baja Densidad Mineral Ósea en cuello femoral con o sin fracturas vertebrales. • 5 mg de risedronato de sodio al día administrado durante 3 años aumentó la densidad mineral ósea (DMO) en relación con el control en la columna lumbar, el cuello femoral, el trocánter y la muñeca, y mantuvo la densidad ósea en la diáfisis del radio. • En el seguimiento anual tras tres años de tratamiento con 5 mg diarios de risedronato de sodio se produjo una rápida reversibilidad del efecto supresor del risedronato de sodio sobre la tasa del recambio óseo. • Las muestras de biopsia ósea de las mujeres postmenopáusicas tratadas con 5 mg de risedronato de sodio al día durante 2 - 3 años mostraron un descenso moderado esperado del recambio óseo. El hueso formado durante el tratamiento con risedronato de sodio tenía una estructura trabecular y una mineralización ósea normales. Estos datos, junto con la incidencia reducida de las fracturas, relacionadas con la osteoporosis en zonas vertebrales en mujeres con osteoporosis, parecen indicar que su efecto no perjudica a la calidad del hueso. • Los resultados endoscópicos de una serie de pacientes con diversos problemas gastrointestinales de moderados a graves, tanto en el grupo control como en el grupo de pacientes tratados con risedronato, no mostraron evidencia de úlceras esofágicas, duodenales o gástricas relacionadas con el tratamiento. En el grupo tratado con risedronato de sodio se observó duodenitis raramente. **Tratamiento de la Osteoporosis en hombres** Se ha demostrado la eficacia de risedronato de sodio 35 mg semanal en hombres con osteoporosis (con edades comprendidas entre 36 y 84 años) en un estudio de dos años de duración, doble ciego, controlado con placebo en 284 pacientes (risedronato de sodio 35 mg n=191). Todos los pacientes recibieron un suplemento de calcio y vitamina D. Se observaron incrementos en DMO a partir de los 6 meses de tratamiento con risedronato de sodio. Risedronato de sodio 35 mg semanal produjo un incremento medio en la densidad mineral ósea en la columna lumbar, el cuello femoral, el trocánter y total en la cadera en comparación con el placebo después de 2 años de tratamiento. En este estudio no fue demostrada la eficacia anti-fractura. El efecto en el hueso (aumento de la DMO y descenso de la densidad de remodelado óseo) de risedronato de sodio es similar en hombres y mujeres. **5.2 Propiedades farmacocinéticas** Absorción: La absorción tras una dosis oral es relativamente rápida (t_{max} - 1 hora) y es independiente de la dosis en el rango estudiado (estudio a dosis única 2,5 a 30 mg; estudios a dosis múltiples, 2,5 a 5 mg diarios y hasta 50 mg dosificados semanalmente). La biodisponibilidad oral media del comprimido es del 6,63% y disminuye cuando el risedronato de sodio se administra con alimentos. La biodisponibilidad fue similar en hombres y mujeres. Distribución: El volumen de distribución medio en el estado estacionario es de 6,3 l/kg en los humanos. La fijación a proteínas plasmáticas es de un 24%. Metabolismo: No hay evidencia de metabolismo sistémico del risedronato de sodio. Eliminación: Aproximadamente la mitad de la dosis absorbida se excreta por la orina en un plazo de 24 horas, y el 85% de una dosis intravenosa se recupera en la orina tras 28 días. El aclaramiento renal medio es de 105 ml/min, y el aclaramiento total medio es de 122 ml/min, siendo la diferencia probablemente atribuida al aclaramiento debido a la adsorción ósea. El aclaramiento renal no depende de la concentración, y existe una relación lineal entre el aclaramiento renal y el aclaramiento de la creatinina. El risedronato de sodio no absorbido se elimina inalterado por las heces. Tras la administración oral el perfil de concentración-tiempo muestra tres fases de eliminación con una vida media terminal de 480 horas. Poblaciones especiales Ancianos: no es necesario ajustar la dosis. Pacientes que toman ácido acetilsalicílico / AINES: en aquellos pacientes que toman habitualmente ácido acetilsalicílico o AINES (3 o más días a la semana), la incidencia de efectos adversos gastrointestinales del tracto superior fue similar en pacientes tratados con risedronato de sodio y en los pacientes control. **5.3 Datos preclínicos de seguridad** En estudios toxicológicos en rata y perro se observaron efectos tóxicos hepáticos dependientes de la dosis con risedronato de sodio, principalmente en forma de elevaciones enzimáticas más cambios histológicos en rata. Se desconoce la relevancia clínica de estas observaciones. En rata y perro se produjo toxicidad testicular con exposiciones consecutivas excesivas en relación con las dosis terapéuticas utilizadas en humanos. En reedores se observó con frecuencia irritación de las vías aéreas altas relacionada con la dosis. Se han observado efectos similares con otros bifosfonatos. Se han observado también efectos en el tracto respiratorio inferior en los estudios a largo plazo en roedores, aunque no está clara la significación clínica de estos resultados. En estudios de toxicidad de la reproducción, a exposiciones próximas a las usadas en clínica, se observaron cambios en la osificación en el esternón y/o el cráneo de fetos de ratas tratadas e hipocalcemia y mortalidad en hembras preñadas a las que se dejó parir. No hubo evidencia de teratogenicidad a 3,2 mg/kg/día en rata y a 10 mg/kg/día en conejo, aunque sólo se dispone de datos en un número pequeño de conejos. La toxicidad maternal impedió el análisis de dosis superiores. Estudios de genotoxicidad y carcinógenos no muestran riesgos particulares en humanos. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1** Lista de excipientes Núcleo del comprimido: lactosa monohidratada, celulosa microcristalina, croscopolona, estearato magnésico. Cubierta pelicular: Óxido de hierro amarillo(E172), Óxido de hierro rojo(E172), Hipromelosa, Macrogol 400, Hiprolosa, Macrogol 8000, Dióxido de Silicio y Dióxido de Titanio E171. **6.2** Incompatibilidades: No procede. **6.3** Período de validez 3 años. **6.4** Precauciones especiales de conservación No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5** Naturaleza y contenido del envase Láminas de blister de PVC claro/aluminio en un estuche de cartón. Cajas conteniendo láminas de blister de 1,2,4,10,12, 6 16 comprimidos. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envases. **6.6** Precauciones especiales de eliminación Ninguna especial. **6.7** Presentación Acrel semanal 35 mg: Estuche de cartón conteniendo láminas de blister de PVC claro/aluminio con 4 comprimidos. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Procter & Gamble Pharmaceuticals Iberia, S.L. WTC Almada Park Edificio 1, 2ª Planta Plaça de la Pau s/n 08940 Cornellà de Llobregat (Barcelona) **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 65.906 9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Febrero 2004 10. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Septiembre 2007.

HOSPITAL CLÍNIC, MEJOR SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



“La clave es implicar al profesional”

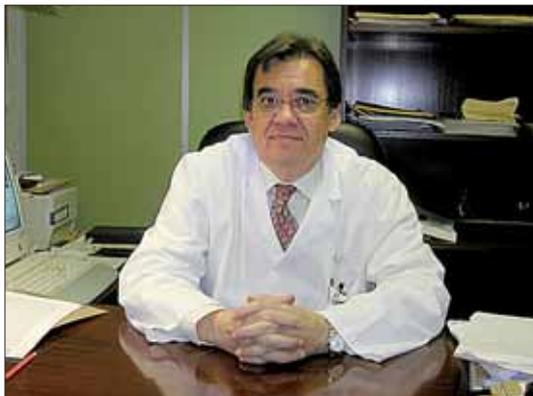
GM Javier Gracia
Barcelona

¿Cómo valora la entrega, por segunda vez, del Premio BIC?

Lógicamente con una gran satisfacción porque constituye la reafirmación de un reconocimiento anterior y esto, a su vez, supone la aceptación de que existe un esfuerzo continuado de mejora por nuestra parte. De forma más general, también implica la aceptación de que, contrariamente a lo que se piensa, también en un hospital de alto nivel tecnológico hay espacio para dispensar un trato satisfactorio al paciente.

¿Qué destacaría del instituto?

Dentro del instituto, los servicios de Ginecología y Obstetricia destacan tanto por su capacidad innovadora, propia de un hospital de nivel III, como por complementar dicha asistencia de alto nivel, que va ligada a la investigación biomédica, con las funciones de primaria y con los padres y tutores, junto a un “trabajo en equipo” basado en la estabilidad y fidelidad de la plantilla, marcan la diferencia.



JUAN BALASCH,
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE GINECOLOGÍA,
OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA

“El instituto destaca tanto por su capacidad innovadora como por su calidad asistencial”

¿En qué aspectos se sustenta la calidad asistencial?

En el modelo asistencial adoptado de forma general en nuestro centro, basado en una organiza-

ción enfocada al paciente en forma de institutos y centros que tiene como finalidad esencial realizar una asistencia lo más personalizada posible. Se tienen en cuenta, en este sentido, tanto los aspectos de

calidad objetivos, como los subjetivos percibidos por el paciente.

¿Cuál es la clave que permite que el Clínic repita en un premio de este estilo?

Las explicaciones son varias. En gran parte se debe al modelo organizativo adoptado por el centro. En segundo lugar, disponer de un cuadro médico, de enfermería y de soporte administrativo y gestión de pacientes entusiasta y entregado a su labor con ilusión. Finalmente, la existencia de buena cohesión interna, especialmente entre las diferentes unidades asistenciales de los servicios.

¿Cómo se enfrentan a los problemas de presión asistencial?

Mediante el trabajo en equipo y en base a una estructura organizativa sustentada en ‘delegar y responsabilizar’, lo que significa ‘implicar’ a los profesionales sanitarios con responsabilidad creciente en la gestión de los recursos disponibles, tanto técnicos como humanos. Si a nivel de cen-

tro se ‘descentraliza’, en los institutos se intenta aplicar la misma fórmula con los diferentes servicios y secciones, todo ello lógicamente dentro de una estructura jerárquica organizada y basada en la cohesión interna y el trabajo en equipo.

¿Destacaría más problemas?

El incremento de responsabilidades crecientes, tanto a nivel asistencial, investigador y docente, que recae sobre los mismos profesionales; la limitación de recursos y la necesidad de priorización que se acrecientan en este momento de crisis económica; y finalmente la desproporción entre las necesidades del volumen de población creciente al que tenemos que atender y la lentitud y dificultad para que los recursos sanitarios se incrementen adecuadamente para subvenir esas necesidades.

¿Cuáles son los retos del instituto a corto y medio plazo?

De forma clara y sucinta: seguir siendo los mejores y disfrutar de nuestra labor.



HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA, MEJOR SERVICIO DE PEDIATRÍA

“El trabajo en equipo da estabilidad a la plantilla”

GM Mónica Raspal
Madrid

Por segundo año consecutivo, el servicio que dirige Leonor Arranz se ha erigido con un galardón que premia la atención al paciente. La información “próxima y abierta” con los profesionales de primaria y con los padres y tutores, junto a un “trabajo en equipo” basado en la estabilidad y fidelidad de la plantilla, marcan la diferencia.

¿Cuál ha sido la clave para volver a obtener el premio?

Creo que se ha basado en que, manteniendo las mismas directrices de atención integral al niño, se ha aplicado un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 2000:9001 que ha logrado la certificación del servicio completo (Urgencias, Hospitalización, Consultas Externas). Asimismo hemos renovado la acreditación como Hospital Amigo de los Niños (Unicef).

Uno de sus objetivos era reducir los tiempos de estancia para tratar el proceso agudo, ¿lo han conseguido?

Los tiempos de estancia media se ha mantenido igual y también el número de urgencias atendidas, aunque con una leve reducción del porcentaje de urgencias ingresadas. Eso sí, el número de recién nacidos que hemos atendido en los tres últimos años se ha incrementado en un 14,5 por ciento.

En cuanto a las consultas externas, se han continuado ampliando las subespecialidades?

A lo largo del último año se ha aumentado la cobertura en las subespecialidades más demandadas, incrementando el número de horas y las técnicas aportadas como la poligrafía respiratoria.

Desde dichas consultas también se continúa la coordinación de la actividad interservicios (Cirugía, Traumatología, OTR y Cardiología) para un abordaje más resolutivo de

la demanda asistencial del niño.

¿En qué situación se encuentra el área de Urgencias?, ¿continúa padeciendo sobrecarga asistencial?

En esta área seguimos ofertando una atención continuada de 24 horas, dispensada por el médico especialista en Pediatría que cuenta con el refuerzo de otro pediatra en los fines de semana. De forma inmediata, se ha planificado el aumento de plantilla en horario de tarde para una mejor cobertura de la demanda de urgencias y hospitalización, pues es un hecho evidente el incremento de la demanda los fines de semana y festivos.

¿Existe déficit de pediatras?

Esto no es sólo un problema local sino una realidad de todo el territorio estatal. A pesar de ello es importante como baremo de nuestro servicio, el hecho de que a facultativos que residen lejos del

centro les compense trabajar con nosotros por el buen clima laboral, lo que es un orgullo para el servicio. También contemplamos la opción de asumir docencia en Pediatría en un futuro próximo.

¿Y en cuanto a los proyectos de investigación?

Se están publicando los primeros resultados de nuestra cohorte INMA-Gipuzkoa (600 recién nacidos) con datos de exposición ambiental, contaminantes ambientales, información de suplementos de yodo y su repercusión en yodurias y en niveles de hormonas tiroideas así como descripción del desarrollo neuroconductual.

También hemos colaborado en la realización de patrones de valores de normalidad de espirometría forzada en preescolares y seguimos participando con el Estudio Colaborativo de malformaciones Congénitas (Ecem) y en otros estudios sobre la obesidad infantil. Además, tenemos previsto interve-



LEONOR ARRANZ,
JEFA DE SERVICIO

“El trabajo en equipo es el fundamento de mejora continua. Esto alienta la estabilidad y fidelidad de la plantilla y su sentido de la pertenencia”

nir en la investigación de la importancia de la dieta durante la primera etapa de la vida en la prevención de las enfermedades atópicas.

Erbitux® 5 mg/ml solución para perfusión



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Erbitux 5 mg/ml solución para perfusión **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada ml de solución para perfusión contiene 5 mg de cetuximab. Cada vial contiene 10 ml, 20 ml, 50 ml o 100 ml. Cetuximab es un anticuerpo IgG₁ monoclonal quimérico producido en una línea de células de mamíferos (Sp2/0) mediante tecnología de DNA recombinante. Excipientes: Cloruro de sodio, Glicina, Polisorbato 80, Ácido cítrico monohidratado, Hidróxido de sodio, Agua para preparaciones inyectables **3. FORMA FARMACÉUTICA** Solución para perfusión. Erbitux 5 mg/ml es una solución incolora. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1 Indicaciones terapéuticas** Erbitux está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico, con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), con gen KRAS de tipo natural: - En combinación con quimioterapia. - En monoterapia en aquellos pacientes en los que haya fracasado el tratamiento con oxaliplatino e irinotecán y que no toleren irinotecán. Erbitux, en combinación con radioterapia, está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello localmente avanzado. **4.2 Posología y forma de administración** Erbitux debe administrarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de especialidades farmacéuticas antineoplásicas. Se precisa monitorización estrecha durante la perfusión y durante 1 hora como mínimo después del final de la misma. Debe garantizarse la disponibilidad de equipos de reanimación. Antes de la primera perfusión se debe administrar al paciente un antihistamínico y un corticosteroide. Se recomienda esta dosis semanal en todas las perfusiones posteriores. En todas las indicaciones, Erbitux se administra una vez a la semana. La primera dosis es de 400 mg de cetuximab por m² de superficie corporal. Todas las dosis semanales posteriores son de 250 mg/m² cada una. **Cáncer colorrectal** En pacientes con cáncer colorrectal metastásico, cetuximab se utiliza en monoterapia o en combinación con quimioterapia. Se recomienda llevar a cabo la detección del estado mutacional del gen KRAS por un laboratorio con experiencia que emplee un método validado. En referencia a la posología o a las modificaciones de la dosis recomendada de los agentes quimioterápicos concomitantemente utilizados, consulte la ficha técnica de estos medicamentos. No se deben administrar antes de 1 hora desde la finalización de la perfusión de cetuximab. Se recomienda continuar el tratamiento con cetuximab hasta que progrese la enfermedad subyacente. **Cáncer de células escamosas de cabeza y cuello** En pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello localmente avanzado, cetuximab se utiliza de forma concomitante con radioterapia. Se recomienda iniciar el tratamiento con cetuximab una semana antes de la radioterapia y continuar el tratamiento con cetuximab hasta el final del período de radioterapia. Administración Erbitux 5 mg/ml se administra por vía intravenosa mediante una bomba de perfusión, goteo por gravedad o una bomba de jeringa (para instrucciones de uso y manipulación, ver sección Precauciones especiales de eliminación). El tiempo de perfusión recomendado para la dosis inicial es de 120 minutos. El tiempo de perfusión recomendado para las dosis semanales posteriores es de 60 minutos. La velocidad máxima de perfusión no debe superar los 10 ml/min. Poblaciones especiales Hasta la fecha sólo se han realizado investigaciones en pacientes con función renal y hepática adecuada (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Cetuximab no ha sido estudiado en pacientes con trastornos hematológicos preexistentes (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). No es necesario ajustar la dosis en ancianos, aunque la experiencia en pacientes de 75 años o más es limitada. No hay experiencia en niños (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3 Contraindicaciones** Erbitux está contraindicado en pacientes con reacciones de hipersensibilidad graves (grado 3 ó 4) conocidas a cetuximab. Antes de iniciar un tratamiento combinado deben tenerse en cuenta las contraindicaciones de los agentes quimioterápicos concomitantemente utilizados o la radioterapia. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Reacciones relacionadas con la perfusión Si el paciente presenta una reacción leve o moderada relacionada con la perfusión, puede reducirse la velocidad de perfusión. Se recomienda mantener esta velocidad de perfusión más baja en todas las perfusiones posteriores. Se han descrito reacciones graves relacionadas con la perfusión en pacientes tratados con cetuximab (ver sección Reacciones adversas). Los síntomas han aparecido normalmente durante la primera perfusión y hasta 1 hora después del final de la misma, pero pueden ocurrir después de varias horas o en perfusiones posteriores. Se recomienda advertir a los pacientes de la posibilidad de la aparición tardía de estos síntomas y darles instrucciones para que contacten con su médico si se presentan síntomas de una reacción relacionada con la perfusión. Si aparece una reacción grave relacionada con la perfusión, se precisa la suspensión de forma inmediata y permanente del tratamiento con cetuximab y puede ser necesario un tratamiento de urgencia. Se recomienda prestar atención especial a aquellos pacientes con estado funcional disminuido y enfermedad cardiopulmonar previa. Trastornos respiratorios Se han notificado casos individuales de enfermedad intersticial pulmonar en los que no se conoce la relación causal con cetuximab. Si se diagnostica enfermedad pulmonar intersticial, se debe interrumpir la administración de cetuximab y tratar al paciente adecuadamente. Reacciones cutáneas Si un paciente presenta una reacción cutánea grave (grado ≥3; *US National Cancer Institute - Common Toxicity Criteria, NCI-CTC*), el tratamiento con cetuximab debe interrumpirse. El tratamiento se puede reanudar sólo si la reacción remite hasta grado 2 (ver sección Reacciones adversas). Si la reacción cutánea grave ha ocurrido por primera vez, el tratamiento se puede reanudar sin cambios en la dosis. Si se presentan reacciones cutáneas graves por segunda o tercera vez, debe interrumpirse de nuevo el tratamiento con cetuximab. El tratamiento puede reanudarse a una dosis más baja (200 mg/m² de superficie corporal después de la segunda vez, y 150 mg/m² después de la tercera vez) sólo si la reacción ha remitido hasta grado 2. Si aparecen reacciones cutáneas graves por cuarta vez, o éstas no remiten hasta grado 2 durante la interrupción del tratamiento, se precisa la suspensión del tratamiento con cetuximab de forma permanente. Alteraciones electrolíticas Se producen con frecuencia descensos progresivos de los niveles de magnesio sérico, que pueden provocar hipomagnesemia grave. La hipomagnesemia es reversible después de interrumpir el tratamiento con cetuximab. Además puede producirse hipotatemia a consecuencia de la diarrea. Se recomienda realizar determinaciones de los niveles de electrolitos séricos antes del tratamiento y de forma periódica durante el tratamiento con cetuximab. Se recomienda la repleción de electrolitos según necesidades. Poblaciones especiales Hasta la fecha sólo se han realizado investigaciones en pacientes con función renal y hepática adecuada (creatinina sérica ≤1,5 veces, transaminasas ≤5 veces y bilirrubina ≤1,5 veces el límite superior de normalidad). Cetuximab no ha sido estudiado en pacientes que presentaban uno o más de los siguientes parámetros analíticos: - hemoglobina < 9 g/dl - recuento de leucocitos < 3000/mm³ - recuento absoluto de neutrófilos < 1500/mm³ - recuento de plaquetas < 100000/mm³ No se ha determinado la seguridad y eficacia de cetuximab en pacientes pediátricos. Existe experiencia limitada en el uso de cetuximab en combinación con radioterapia en el cáncer colorrectal. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** La frecuencia de isquemia cardíaca, incluidos infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (eritrodismesia palmoplantar) fueron más altas con la combinación con 5-fluorouracilo que con la perfusión de 5-fluorouracilo sola. No existe evidencia de que el perfil de seguridad de cetuximab se vea modificado por irinotecán o viceversa. Un estudio formal de interacciones mostró que las características farmacocinéticas de cetuximab permanecen inalteradas tras la coadministración de una dosis única de irinotecán (350 mg/m² de superficie corporal). Asimismo, la coadministración de cetuximab no alteró la farmacocinética del irinotecán. No se han realizado otros estudios formales de interacción con cetuximab en humanos. **4.6 Embarazo y lactancia** El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) está implicado en el desarrollo del feto. Observaciones limitadas en animales indican una transferencia placentaria de cetuximab y se ha comprobado que otros anticuerpos IgG1 atraviesan la barrera placentaria. Los datos en animales no revelaron pruebas indicativas de teratogenicidad. No obstante, dependiendo de la dosis, se observó una incidencia aumentada de abortos. No se dispone de datos suficientes en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Se recomienda encarecidamente que Erbitux se administre durante el embarazo o en mujeres que no utilicen métodos anticonceptivos adecuados sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto. Se recomienda que las mujeres no amamenten a sus hijos durante el tratamiento con Erbitux ni durante 2 meses después de la última dosis, ya que se desconoce si cetuximab se excreta en la leche materna. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Si los pacientes presentan síntomas relacionados con el tratamiento que alteran su capacidad de concentración y reacción, se recomienda que no conduzcan ni utilicen maquinaria hasta que disminuyan dichos síntomas. **4.8 Reacciones adversas** Las principales reacciones adversas del cetuximab son las reacciones cutáneas, que se producen en más del 80% de los pacientes; hipomagnesemia, que se produce en más del 10% de los pacientes y reacciones relacionadas con la perfusión, que se producen con síntomas leves a moderados en más del 10% de los pacientes y con síntomas graves en más del 1% de los pacientes. La definición de las frecuencias utilizadas se muestra a continuación: Muy frecuentes (≥1/10). Frecuentes (≥1/100). Poco frecuentes (≥1/1.000). Raras (≥1/10.000, <1/1.000). Muy raras (<1/10.000). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). El asterisco (*) indica que existe información adicional sobre la reacción adversa correspondiente (ver sección Información adicional). Trastornos del sistema nervioso Frecuentes: Cefalea. Trastornos oculares Frecuentes: Conjuntivitis. Poco frecuentes: Blefaritis, queratitis. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos Poco frecuentes: Embolia pulmonar. Trastornos gastrointestinales Frecuentes: Diarrea, náuseas, vómitos. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo Muy frecuentes: Reacciones cutáneas*. Frecuencia no conocida: Sobreinfección de lesiones cutáneas*. Trastornos del metabolismo y de la nutrición Muy frecuentes: Hipomagnesemia (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Frecuentes: Anorexia que puede llevar a disminución del peso. Trastornos vasculares Poco frecuentes: Trombosis venosa profunda. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración Muy frecuentes: Reacciones leves o moderadas relacionadas con la perfusión*, mucositis leve a moderada que puede provocar epistaxis. Frecuentes: Reacciones graves relacionadas con la perfusión*, cansancio. Trastornos hepatobiliares Muy frecuentes: Aumento en los niveles de enzimas hepáticas (ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina). **4.9 Información adicional** En términos generales no se observaron diferencias clínicamente relevantes entre sexos. Reacciones relacionadas con la perfusión Las reacciones leves o moderadas relacionadas con la perfusión son muy frecuentes, incluyendo síntomas como fiebre, escalofríos, mareo o disnea, y presentan una relación temporal próxima sobre todo con la primera perfusión de cetuximab. Pueden darse reacciones graves relacionadas con la perfusión, con resultado de muerte en casos raros. Suelen aparecer durante la perfusión inicial de cetuximab o antes de transcurrir una hora desde el final de la misma, pero también pueden ocurrir tras varias horas o en perfusiones posteriores. Aunque no se ha identificado el mecanismo subyacente, algunas de estas reacciones pueden ser de naturaleza anafilactoide/anafiláctica y pueden incluir síntomas como broncoespasmo, urticaria, hipotensión, pérdida del conocimiento o shock. Raramente, se han observado casos de angina de pecho, infarto de miocardio o parada cardíaca. El manejo clínico en caso de reacciones relacionadas con la perfusión aparece en la sección Advertencias y precauciones especiales de empleo. Reacciones cutáneas Pueden aparecer reacciones cutáneas en más del 80% de los pacientes; se manifiestan principalmente como erupción acneiforme y/o, con menor frecuencia, prurito, sequedad cutánea, descamación, hipertrichosis o trastornos ungueales (ej. paroniquia). Aproximadamente el 15% de estas reacciones cutáneas son graves, incluidos casos aislados de necrosis cutánea. La mayor parte de las reacciones cutáneas aparecen durante las primeras tres semanas de tratamiento. Generalmente suelen resolverse sin secuelas con el tiempo tras la interrupción del tratamiento, si se respetan los ajustes de la posología recomendados (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Según el NCI-CTC, las reacciones cutáneas de grado 2 se caracterizan por erupción cutánea que afectan como máximo hasta al 50% de la superficie corporal, mientras que las de grado 3, afectan a un porcentaje igual o superior al 50% de la superficie corporal. Las lesiones cutáneas inducidas por el cetuximab pueden predisponer a los pacientes a sufrir sobreinfecciones (p.ej. con *S. aureus*), lo que puede dar lugar a complicaciones posteriores, como por ejemplo celulitis, erisipela o síndrome de la piel escaldada por estafilococos o sepsis, que pueden producir la muerte. **4.10 Tratamiento combinado** Cuando cetuximab se use en combinación con agentes quimioterápicos, se deben consultar también sus fichas técnicas correspondientes. No existe evidencia de que el perfil de seguridad de cetuximab se vea modificado por irinotecán o viceversa. La frecuencia de isquemia cardíaca, incluidos infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (eritrodismesia palmoplantar) fueron más altas con la combinación con 5-fluorouracilo que con la perfusión de 5-fluorouracilo sola. En combinación con radioterapia local en la zona de la cabeza y el cuello, las reacciones adversas adicionales fueron las habituales de la radioterapia (tales como mucositis, dermatitis por radiación, disfagia o leucopenia, presentada principalmente como linfocitopenia). En un ensayo clínico controlado aleatorizado con 424 pacientes, las tasas de notificación de casos de dermatitis y mucositis aguda por radiación, así como acontecimientos tardíos relacionados con la radioterapia, fueron ligeramente superiores en los pacientes que recibían radioterapia combinada con cetuximab que en quienes recibían únicamente radioterapia. **4.11 Sobredosis** Actualmente se dispone de experiencia limitada con dosis únicas superiores a 400 mg/m² de superficie corporal o administraciones semanales de dosis mayores de 250 mg/m² de superficie corporal. En ensayos clínicos con dosis de hasta 700 mg/m² administradas cada 2 semanas, el perfil de seguridad concordó con el descrito en la sección Reacciones adversas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS** **5.1 Incompatibilidades** Este medicamento no debe mezclarse con otros excepto con los mencionados en la sección Precauciones especiales de eliminación. Se debe utilizar una línea de perfusión independiente. **5.2 Período de validez** 3 años. Se ha demostrado la estabilidad física y química de Erbitux 5 mg/ml durante su uso durante 48 horas a 25°C, si la solución se prepara tal como se describe en la sección Precauciones especiales de eliminación. Erbitux no contiene ningún conservante antimicrobiano ni agente bacteriostático. Desde el punto de vista microbiológico, el medicamento debe usarse inmediatamente después de su apertura. Si no se utiliza inmediatamente, los tiempos y las condiciones de almacenamiento previas a su uso son responsabilidad del usuario y normalmente no deberían superar las 24 horas a una temperatura entre 2 y 8°C, a menos que la apertura se haya producido en condiciones asepticas controladas y validadas. **5.3 Precauciones especiales de conservación** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Para las condiciones de conservación después de abrir, ver sección Período de validez. **5.4 Naturaleza y contenido del envase** 10 ml, 20 ml, 50 ml o 100 ml de solución en un vial (vidrio tipo I) con un tapón (goma de bromobutilo con revestimiento de flurotec) y un cierre (aluminio/polipropileno). Envase con 1 vial. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de los viales. **5.5 Precauciones especiales de eliminación** Erbitux se puede administrar mediante goteo por gravedad, bomba de perfusión o bomba de jeringa. La perfusión se debe realizar con una línea de perfusión independiente, que se debe lavar con solución inyectable de cloruro de sodio al 0,9% (9 mg/ml) estéril al final de la perfusión. Erbitux 5 mg/ml es compatible: - con bolsas de polietileno (PE), etil vinil acetato (EVA) o cloruro de polivinilo (PVC), - con equipos de perfusión de polietileno (PE), poliuretano (PUR), etil vinil acetato (EVA), poliolefinas termoplásticas (TP) o cloruro de polivinilo (PVC), - con jeringas de polipropileno (PP) para bomba de jeringa. Se debe tener la precaución de garantizar condiciones asepticas cuando se prepare la perfusión. Erbitux 5 mg/ml debe prepararse como se indica a continuación: - Para la administración con una bomba de perfusión o goteo por gravedad (diluido con solución estéril de cloruro de sodio 9 mg/ml [0,9%]): Tome una bolsa de perfusión de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%) estéril del tamaño adecuado. Calcule el volumen requerido de Erbitux. Extraiga el volumen adecuado de la solución de cloruro sódico de la bolsa de perfusión, usando una jeringa estéril apropiada con una aguja adecuada. Tome una jeringa estéril apropiada y conecte una aguja adecuada. Extraiga el volumen que precise de Erbitux de un vial. Transfiera Erbitux a la bolsa de perfusión preparada. Repita este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conecte la línea de perfusión y cúbela con Erbitux diluido antes de comenzar la perfusión. Utilice un sistema de goteo por gravedad o una bomba de perfusión para su administración. Fije y controle la velocidad tal como se ha explicado en la sección Posología y forma de administración. - Para la administración con una bomba de perfusión o goteo por gravedad (sin diluir): Calcule el volumen requerido de Erbitux. Tome una jeringa estéril apropiada (mínimo 50 ml) y conecte una aguja adecuada. Extraiga el volumen que precise de Erbitux de un vial. Transfiera Erbitux a una bolsa o envase estéril vacío. Repita este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conecte la línea de perfusión y cúbela con Erbitux antes de comenzar la perfusión. Fije y controle la velocidad tal como se ha explicado en la sección Posología y forma de administración. - Para la administración con una bomba de jeringa: Calcule el volumen requerido de Erbitux. Tome una jeringa estéril apropiada y conecte una aguja adecuada. Extraiga el volumen que precise de Erbitux de un vial. Retire la aguja e introduzca la jeringa en la bomba de jeringa. Conecte la línea de perfusión a la jeringa, fije y controle la velocidad de perfusión como se explica en la sección Posología y forma de administración y comience la perfusión después de cebar la vía con Erbitux o con una solución estéril de cloruro de sodio 9 mg/ml (0,9%). Si fuera necesario, repita este procedimiento hasta que se haya perfundido el volumen calculado. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Alemania **7. PRESENTACIÓN, RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN / DISPENSACIÓN Y PVP** PVL: 192,3 €. PVP: 238,21 €. PVP IVA: 247,74 €. Medicamento sujeto a prescripción médica restringida. Con receta médica. **8. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Julio 2008



Bloquea el EGFR – abre nuevas opciones

Aprobado
en 1ª línea
de CCRm

En pacientes con CCRm y KRAS nativo:

ERBITUX® reduce el riesgo de progresión

32%
vs
FOLFIRI¹
HR=0,68
(p=0,017)

43%
vs
FOLFOX²
HR=0,57
(p=0,016)

Merck Serono Oncología | *Combination is key*

1. Van Cutsem E. et al. Proceedings of the 44th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Chicago, IL, USA. May 30- June 3, 2008. Abstract No. 2.
2. Bokemeyer C. et al. Proceedings of the 44th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Chicago, IL, USA. May 30- June 3, 2008. Abstract No. 4000.




HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, MEJOR SERVICIO DE ONCOLOGÍA

“Una de las claves es la información sistematizada”

GM E. Sainz Corada
Madrid

La Unidad de Oncología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) está en activo desde abril de 1999. Con más de 600 nuevos casos cada año y cerca de 6.000 visitas en consulta, tiene como cometido proporcionar asistencia integral a la población oncológica del área asistencial del centro de forma coordinada con otras unidades del área.

¿Qué méritos cree que le han hecho merecer el galardón?

Constituimos una Unidad de Oncología de tamaño medio, creemos que razonablemente bien organizada, con protocolización y revisión periódica de la mayoría de las patologías más prevalentes. Mantenemos una informatización integral de la historia clínica con una aplicación departamental dedicada. Nos interesan también los aspectos de gestión clínica que el trabajo asistencial conlleva. Tenemos amplias inquietudes investigadoras, capacidad docente (universitaria y de residentes) y,



CARLOS JARA,
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

“En la organización quizá hay que cuidar más la dinámica de funcionamiento que la propia estructura de plantilla”

por encima de todo, deseamos servir a nuestros pacientes con la mejor atención clínica.

¿Y qué aspectos considera que les quedan por mejorar?

Por definición uno debe pensar siempre que quedan áreas de mejora, lo contrario sería auto-complacencia. Nos planteamos reforzar la asistencia de Cuidados Paliativos. En este sentido tenemos un proyecto en marcha.

Actualmente su servicio ya coordina los paliativos.

Mantenemos una buena coordinación con las Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarios mediante sesiones semanales para el comentario de casos concretos previamente citados y de los que luego queda acta, así como el comentario en la historia clínica electrónica; consultas frecuentes (prácticamente diarias) a través de los teléfonos móviles corporativos sobre situaciones clínicas de interés de los pacientes que compartimos. Además se mantienen reuniones mensuales con los médicos de atención primaria referentes para Cuidados Paliativos de cada centro de salud. La clave, una vez más, es la coordinación a través de

la comunicación continua.

Una de las principales reivindicaciones, tanto de profesionales como de pacientes, es el abordaje integral del cáncer. ¿Cómo abordan este asunto?

Una buena aproximación, quizá la mejor, es el trabajo sistemático en Comité de Tumores multidisciplinario informatizado, con decisiones clínicas que constan en la historia clínica hospitalaria. La información tiene que fluir. Una de las claves del buen funcionamiento en las organizaciones sanitarias es la comunicación sistematizada, estructurada y continua a través de documentos escritos, del Comité de Tumores, del trabajo de interconsulta rápida, e incluso a través de los instrumentos actuales como el correo electrónico orientados y organizados de forma específica para labores clínicas. En la organización quizá hay que cuidar más la dinámica de funcionamiento que la propia estructura de plantilla.

Otra cuestión muy demandada es el apoyo psicológico al paciente...

Ciertamente la provisión de soporte psicológico en la inmensa mayoría de los centros hospitalarios es una asignatura pendiente.

HOSPITAL DONOSTIA, MEJOR SERVICIO DE URGENCIAS


“Un buen triaje permite clasificar las urgencias”

GM Ana Vallejo
Madrid

En un servicio donde la rapidez es un elemento fundamental lograr una buena atención al paciente es todo un reto. En este sentido, la unidad que dirige Pablo Busca ha aprobado con nota esta asignatura.

¿Qué supone para su servicio recibir este premio?

Un reconocimiento a la trayectoria de un gran equipo de profesionales. Primero fue la certificación de excelencia por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en 2005, posteriormente fue la certificación ISO 9001-2000 que regula todo nuestro funcionamiento en 2006 y ahora este galardón. Sin duda es un estímulo para todos nosotros. No debe entenderse como un premio sólo para el servicio sino que es un premio en definitiva para todo el hospital.

¿Qué destacaría del funcionamiento de su unidad?

El compromiso de todos sus componentes con el trabajo bien hecho y por tanto con la atención de nuestros pacientes.

El servicio de Urgencias se caracteriza por la rapidez en la atención al paciente. ¿Cómo hacen para mantener la calidad asistencial?

Controlando nuestra actividad, poniendo en común nuestras experiencias y aprendiendo de nuestros errores y, en definitiva, poniendo barreras para que no vuelvan a ocurrir.

¿Con qué problemas se encuentran en la práctica clínica diaria?

La regulación de la atención urgente. Tanto los pacientes como el propio sistema sanitario intentan buscar soluciones a sus pro-

blemas no urgentes a través del Servicio de Urgencias y esto es una mala práctica que intentamos corregir diariamente y creo que lo hacemos con buenos resultados. De hecho, creo que es de los pocos servicios que en los últimos años no sólo no ha crecido en número de atenciones sino que incluso ha conseguido reducirlas significativamente ordenando los procedimientos e implicando a todos los servicios mediante diferentes pactos.

¿Cómo manejan la carga asistencial en un servicio como el de Urgencias?

Como en todo servicio de Urgencias la carga de trabajo es importante aunque un triaje propio adecuado —sistema de clasificación de pacientes— nos permite separar la necesidad de atención urgente de otras situaciones que no lo son, evitando así que estas últimas impidan la atención adecuada de las primeras.



PABLO BUSCA,
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS

“Tanto los pacientes como el propio sistema sanitario buscan soluciones a problemas no urgentes en el servicio de Urgencias”

¿Cómo cree que pueden mejorar aún más la atención que prestan?

El paciente es el centro del proceso y debe participar más activamente en su atención. Debemos mejorar la atención a nuestros pacientes mayores buscando alternativas a su hospitalización tradicional.

¿Qué proyectos esperan llevar a cabo a corto o medio plazo?

Nuestro proyecto estrella a corto plazo es la transformación del servicio en una unidad de gestión clínica. Actualmente centramos gran parte de nuestros esfuerzos en desarrollar procesos donde prime la seguridad clínica.

Área Digestiva

Opiren[®] flas 30mg

Lansoprazol comprimidos bucodispersables

EFICACIA POR LA VÍA RÁPIDA

Para tratar la ERGE,
necesita **EFICACIA**

 **Almirall**

Soluciones pensando en ti

www.solucionesalmirall.com

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, MEJOR SERVICIO DE UROLOGÍA

“Continuamos con la línea de seriedad”



GM Toni Martínez
Valencia

¿Qué le parece el sistema de evaluación de los BIC?

Me parece muy bien porque se basa en la declaración de cada servicio referente a la actividad asistencial e investigadora pero se le da mucha importancia a la actividad asistencial y de atención al paciente.

¿Qué significa este premio?

Es un reconocimiento al trabajo intenso que hacemos día a día y eso te gratifica porque quiere decir que ese trabajo es reconocido. Es un servicio que está en funcionamiento desde que se inauguró el Hospital La Fe, hace ya 40 años.

¿Qué aspecto destacaría de su servicio?

En este momento somos un servicio puntero, en el sentido que somos de los pocos que disponen de toda la tecnología que ha demostrado utilidad en el manejo del paciente urológico. Estamos trabajando por unidades funciona-

les, que es la manera de conseguir el mayor desarrollo posible dentro de cada uno de los aspectos de la especialidad y por otra parte estamos intentando, y en algunas facetas de la Urología lo estamos consiguiendo, que el paciente reciba la asistencia máxima con el menor número de visitas posible, lo que ahorra recursos y aumenta la comodidad del paciente.

¿Cuál cree que es el punto fuerte?

Uno de nuestros puntos claves está en el desarrollo tecnológico, ya que en estos momentos podemos hacer cualquier tratamiento, de los más avanzados en el campo de la Urología, con experiencia en los mismos. El segundo punto es el gran desarrollo asistencial por el gran número de actos que hacemos a lo largo del año, estamos hablando más de 40.000 consultas al año y de más de 3.600 cirugías anuales.

¿Y qué cosas habría que mejorar?

Siempre tenemos que mejorar,



FERNANDO JIMÉNEZ, JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGÍA

“Intentamos que el paciente reciba la asistencia máxima con el menor número de visitas, lo que ahorra recursos y aumenta su comodidad”

si hemos llegado al tope malo sería porque la medicina está en continua evolución. Tenemos que mejorar fundamentalmente la presión asistencial. El servicio recibe una presión asistencial enorme porque no sólo atendemos la ciudad de

Valencia, sino también del resto de la comunidad y del Estado español y por consiguiente hay listas de espera y debemos ver cómo reducir esas listas de espera, fundamentalmente en el tratamiento quirúrgico.

¿Cómo se eliminarían esas listas?

Con una reestructuración racional de la actividad asistencial. Hay determinadas situaciones clínicas que no tienen sentido que se vean en un hospital como éste cuando hay centros secundarios y terciarios que podrían asumirlas. Evidentemente hay procesos que debemos ver aquí, pero a cambio deberíamos desviar situaciones clínicas comunes a los servicios que nos remiten patologías complejas.

¿Los retos cuáles serían?

Asumir los nuevos desarrollos que se van produciendo, pero con un análisis constructivo de esas tecnologías. A menudo aparecen nuevos procedimientos diagnósticos, fundamentalmente terapéuticos, pero muchos de ellos no pasan una evaluación seria. En este momento el servicio siempre se ha caracterizado por un análisis serio de todos los procedimientos, y uno de los retos es continuar esta línea de seriedad y que cuando un procedimiento se incorpore al servicio sea porque vaya a aportar algo.

Opiren' flas 30mg
Eficacia por la vía oral

Product information for Opiren' flas 30mg, detailing its use for urinary tract infections, efficacy, and safety. The text is in Spanish and includes detailed clinical data and usage instructions.



Mejorando las Relaciones



Renovando el Amor

Science For A Better Life

Más de 150 millones de hombres en todo el mundo padecen disfunción eréctil (ED), una enfermedad que afecta a las relaciones sexuales de millones de parejas. Alrededor de un 70 por ciento de los casos de disfunción eréctil encuentran su origen en causas físicas.

Existen muchos tratamientos disponibles para tratar la ED. Bayer HealthCare recomienda encarecidamente a las personas que sufren esta afección visitar a su médico, para encontrar así la manera de recuperar su confianza, y ayudar a reavivar la vida amorosa de las parejas en todo el mundo. www.bayer.es



Bayer: CropScience MaterialScience

HealthCare



Los galardonados con los Premios Best In Class posan con los representantes de la industria farmacéutica y las sociedades científicas, junto a la consejera de Salud, Marina Geli, y el editor de *Gaceta Médica*



Pedro Alsina, de Sanofi Pasteur MSD, entrega el premio a Leonor Arranz, jefa del Servicio del Hospital de Zumárraga.

PEDIATRÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Severo Ochoa • **Hospital de Zumárraga** • USP Clínica Sagrado Corazón • Hospital Universitario Fundación Alcorcón



David Beas (Merck Serono) y Joan Albanell (SEOM) dan el premio a Carlos Jara, jefe del Servicio de Oncología.

ONCOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital de Manacor • Hospital de Madrid Norte Sanchinarro • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario La Paz • **H. Universitario Fundación Alcorcón**



David Dalmau (Seisida) y Roberto Urbez (Gilead) con Juan Emilio Losa, jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

VIH / SIDA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital de Manacor • Hospital Son Dureta • **Hospital Universitario Fundación Alcorcón** • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Virgen de la Macarena



Carmen Torres, de Pfizer, y Ángel Gil, de la Univ. Juan Carlos, con Antonio Zapatero, jefe del Servicio de Medicina Interna.

E. INFECCIOSAS

Premio otorgado por:



Trabajando juntos por un mundo más sano™

FINALISTAS

- Fundación Hospital de Manacor • Hospital de San Juan de Alicante • **Hospital Universitario de Fuenlabrada** • Hospital Virgen de la Macarena • Hospital Universitario Fundación Alcorcón



Mª Cruz Martín, de Semicyc, entrega el premio al gerente del USP Hospital San Carlos, Pedro Hernández.

MEDICINA INTENSIVA/ UCI

FINALISTAS

- Hospital General Univ. J. M. Morales Meseguer • Hospital Son Dureta • USP Clínica Sagrado Corazón • **USP Hospital San Carlos** • USP Hospital San Jaime



Ramón Freses (Janssen), Inmaculada Moro y José Andrés Martín (Servicio de Psiquiatría) con Santiago de Quiroga.

PSIQUIATRÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital de San Juan de Alicante • **Hospital Galdakao Usansolo** • Hospital Psiquiátrico de Zamudio • Hospital Universitario de Móstoles • Hospital Universitario La Fe de Valencia

Actas de la III Edición



Hospital Ganador en negrita

Santiago de Quiroga, al finalizar la ceremonia.



Manuel Moreno (Baxter) y Marina Geli entregan el premio (ex aequo) a Josep M. Piqué, subdirector del Clínic, y Jon Darpón, director de Basurto.

MEJOR HOSPITAL

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universitaria de Navarra • Fundación Hospital de Manacor • Hospital de Zumárraga • **Hospital Clínic de Barcelona** • Hospital de Basurto • Hospital Santa Bárbara de Puertollano • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Fundación Alcorcón • USP Clínica Sagrado Corazón • USP Hospital San Carlos



Yann Gaslain (P&G) con Joan Balasch, director del Instituto Clínico de Obstetricia y Neonatología del Clínic.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital de Manacor • **Hospital Clínic de Barcelona** • Hospital Universitario de Fuenlabrada • USP Clínica Sagrado Corazón • USP Hospital San José



Juan Blanco (Bayer) y Alfonso Bataller (Comunidad Valenciana) dan el premio al gerente de La Fe, Melchor Hoyos.

UROLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital de Manacor • H. General Universitario de Alicante • H. Universitario de Fuenlabrada • **H. Universitario La Fe de Valencia** • H. Universitario Fundación Alcorcón



Jean François Mocho, de Servier, y Xavier Bosch, de la SEC, con Joaquín Barba, director del Departamento de Cardiología.

CARDIOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- **Clínica Universitaria de Navarra** • Hospital Clínic de Barcelona • USP Clínica Sagrado Corazón • USP Hospital San Carlos • USP Hospital San Jaime



Javier Altemir (Almirall) con Fernando López, jefe del servicio, y Roberto Ferrandis, gerente del USP San Jaime.

TRAUMATOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Arnau de Vilanova • Hospital de Torreveja • Hospital Universitario La Fe de Valencia • **USP Hospital San Jaime** • USP Hospital San José



Santiago Tomás, de Semicyc, entrega el galardón a Pablo Busca, jefe del Servicio y Arantxa Aranzábal.

URGENCIAS

FINALISTAS

- **Hospital Donostia** • Hospital Quirón Valencia • Hospital Virgen de los Lirios • USP Clínica Sagrado Corazón • USP Hospital San Carlos



Alejandro Hernández, de Bristol, entrega el premio a Dolores López, jefa clínica y el subdirector gerente, José Manuel Iranzo.

UNIDAD DE DOLOR

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universitaria de Navarra • **Consortio Hospital Gral. Univ. de Valencia** • Hospital Universitario 12 de Octubre • Hospital Universitario de Fuenlabrada • H. Universitario La Fe de Valencia



Abraham Herrera (Bayer) y Alfonso Bataller (C. Valenciana) dan el premio (ex aequo) a J.L. Poveda y M.A. Calleja.

FARMACIA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Galdakao Usansolo • Hospital General Universitario de Alicante • **H. Universitario Virgen de las Nieves** • H. Universitario Virgen de la Arrixaca • **H. Universitario La Fe de Valencia**



CONSORCIO HOSP. GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, MEJOR UNIDAD DEL DOLOR

“Tenemos una carga asistencial muy grande”

GM Toni Martínez
Valencia

¿Qué le parece el sistema de valoración de los BiC?

Me parece bastante justo ya que hay un montón de indicadores, la verdad es que es una valoración muy exhaustiva de la gestión diaria.

¿Qué destacaría de esta unidad?

Primero que es una unidad multidisciplinar. Nosotros tenemos la categorización de la Sociedad Española del Dolor como unidad de cuarto nivel, es decir que tiene todas las facetas, tenemos médicos anestesiólogos, médicos de familia, farmacéutica clínica, psicólogo clínico y enfermería. Somos cinco médicos, una farmacéutica, un psicólogo y una enfermera.

¿Por qué es importante que sea multidisciplinar?

Porque te permite hacer un abordaje integral; la valoración médica no es suficiente, ya que a muchos de los pacientes con



DOLORES LÓPEZ,
JEFA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DOLOR

“En ocasiones la valoración médica no es suficiente, ya que a muchos de los pacientes con dolor crónico les cambia la vida”

dolor crónico les cambia la vida. Por la unidad pasan muchos pacientes mayores, pero también gente joven con dolor neuropático, muchos pacientes en los que el síntoma dolor se convierte en una

enfermedad y eso hace que les cambie la vida ya que no pueden trabajar, cambia sus relaciones y su poder adquisitivo, por lo que hay un componente psíquico, afectivo y social muy importante.

¿Cuál puede ser el punto fuerte de la unidad?

Bueno, por ejemplo desde esta unidad hacemos lo que se llama el cuarto escalón terapéutico de la OMS que es la neuromodulación, se trata de un implante de sistemas de bombas de infusión subaracnoidea, como es un catéter en la médula, ya que es allí donde están los receptores de los medicamentos del dolor, luego ponemos unos electrodos epidurales que lo que hacen es crear un campo eléctrico que bloquean la transmisión del impulso dolor. Estos sistemas necesitan de una explicación muy detallada al paciente y su aceptación.

¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

Nos falta personal, ya que tenemos una carga asistencial muy grande. Nosotros hemos visto este año 8.000 visitas, de ellas más de 1.700 era primera visita, necesitamos más quirófanos, tenemos

unos 200 pacientes de quirófano y hemos hecho unas 2.000 técnicas. Todo esto para el personal que conforma la unidad es excesivo.

Y esta situación afecta a las listas de espera...

Claro, nosotros en verano no hemos cerrado, nos hemos arreglado las vacaciones para estar aquí todos los días porque tenemos muchos pacientes. Además como somos una unidad de referencia nos pueden enviar enfermos desde cualquier punto de la Comunidad Valenciana y de provincias de alrededor.

¿Y en la unidad hay pacientes hospitalizados?

Ésta es una unidad de hospitalización ambulatoria, se considera un hospital de día, pero podemos tener dos camas asignadas. Por ejemplo hoy vamos a dejar ingresados dos pacientes de quirófano.

¿Cuál es la patología más frecuente que se atiende?

Tenemos varios campos. Por un lado, fundamentalmente atendemos paciente mayor osteoartrosico, pero luego hay una gran parte de isquémicos, y después el dolor en patologías como lumbalgia.

USP HOSPITAL SAN JAIME, MEJOR SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

“La gestión asistencial por procesos es esencial”

GM Ana Vallejo
Madrid

¿Cómo valora este galardón?

El premio supone la aprobación, por un comité de expertos, de la calidad asistencial que ofrecemos a los pacientes ortopédico-traumatológicos. Esta aprobación también supone el aplauso y la felicitación al 'buen hacer' de cada uno de los integrantes de la Unidad Funcional de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Estamos muy agradecidos por esta distinción.

¿Qué destacaría del servicio que dirige?

La metodología de trabajo y los valores de los componentes del servicio. En la metodología de trabajo intentamos armonizar la excelencia en el conocimiento científico-técnico con la calidad de la atención, teniendo como referencia la satisfacción de las personas, pacientes y profesionales. Para

conseguirlo han sido fundamentales la gestión asistencial por procesos mediante vías clínicas únicas intrahospitalarias y la coordinación con los servicios centrales de un acceso ágil y adecuado a las pruebas diagnósticas. Esto último es lo que ha permitido avanzar en la resolución de procesos ambulatorios mediante el modelo de consultas de acto único que permite que, en el mismo día, el paciente sea visto por el especialista, se le realicen las pruebas adecuadas y se le proporcione un diagnóstico y una propuesta terapéutica ya programada si es quirúrgica.

Entre los componentes del servicio destacaría el respeto a las decisiones del paciente, la búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial así como el trabajo en equipo con liderazgo clínico responsable, información y transparencia.

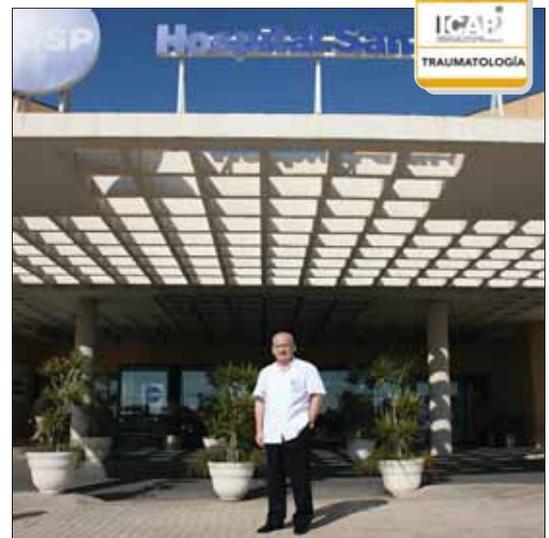
Las traumatológicas están entre las patologías más prevalentes, ¿se encuentran con

mucha carga asistencial?

El volumen asistencial que soporta nuestra especialidad es importante; alrededor de un 15 por ciento de los pacientes vistos por los cirujanos ortopédicos son tratados mediante métodos quirúrgicos. En nuestro servicio es mayor (27 por ciento) debido a la afluencia de procesos concertados. La carga asistencial va en aumento sobre todo en las áreas de nuevos desarrollos como los accidentes tanto de tipo laboral como de tráfico o deportivos, las lesiones y enfermedades de la columna vertebral o las secuelas dolorosas de los parapléjicos, entre otras.

¿Qué objetivos se marcan a corto plazo?

Trabajamos en completar el circuito de calidad asistencial de las vías clínicas de los procesos de mayor prevalencia con la valoración del resultado final; es decir,



FERNANDO LÓPEZ PRATS,
JEFE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

“Intentamos armonizar la excelencia en el conocimiento científico-técnico con la calidad de la atención al paciente”

completar dichas vías con el impacto que el proceso tiene sobre la calidad de vida del paciente. Estamos valorando la eficacia

no sólo desde el punto de vista de la calidad científico-clínica sino también de lo percibido por parte de los usuarios.

Terapia secuencial lógica ..

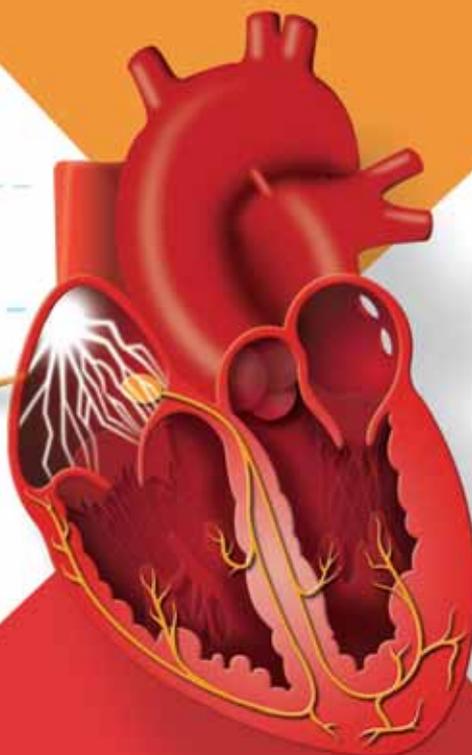
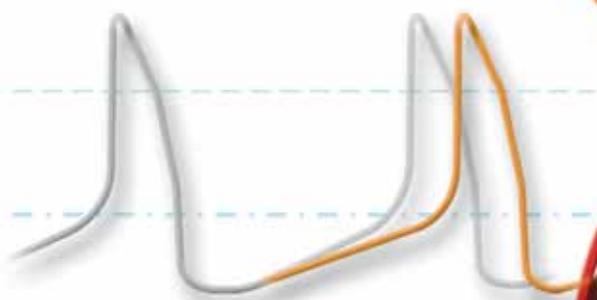
 **Perfalgan**[®]
10 mg/ml *Paracetamol* Solución para perfusión i.v.



EFFERALGAN[®] 1g
Paracetamol

NUEVO

Laboratorios Servier
innova con...



...el **PRIMER** fármaco que
reduce exclusivamente la
FRECUENCIA CARDÍACA



Procoralan®
Ivabradina Primer inhibidor I_f

Eficacia anti-isquémica

DEMOSTRADA 1-4

1. Borer JS et al. Circulation. 2003; 107: 817-823.
2. Tardif JC et al. Eur Heart J. 2005; 26: 2529-2536.
3. Ruzylo W et al. Drugs. 2007; 67: 393-405.
4. López Bescós L et al. Cardiology. 2007; 108: 387-396.



▲ PROCORALAN

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Procoralan 5 mg y 7,5 mg comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Procoralan 5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 5 mg de ivabradina (equivalentes a 5,390 mg de ivabradina en forma de dlorhidrato). Procoralan 7,5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 7,5 mg de ivabradina (equivalentes a 8,085 mg de ivabradina en forma de dlorhidrato). Lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Procoralan 5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, oblongo, ranurado por ambos lados, grabado con "5" en una cara y el logo de Servier en la otra. El comprimido se puede dividir en mitades iguales. Procoralan 7,5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, cuadrado con "7,5" en una cara y el logo de Servier en la otra. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con ritmo sinusal normal, que presentan una contraindicación o intolerancia a los beta-bloqueantes. **4.2 Posología y forma de administración.** Para las diferentes dosificaciones se encuentran disponibles comprimidos recubiertos con película, de color salmón, grabado con "7,5" en una cara y el logo de Servier en la otra. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (ver sección 6.1) Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 latidos por minuto antes del tratamiento, Shock cardiogénico, Infarto agudo de miocardio, Hipotensión grave (90/50 mmHg), Insuficiencia hepática grave, Enfermedad del nodo sinusal, Bloqueo sinoauricular, Pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a falta de datos, Dependencia del marcapasos, Angina inestable, Bloqueo A-V de 3º grado, Combinación con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nefinavir, ritonavir) y nefazodona (ver sección 4.5), Embarazo y lactancia (ver sección 4.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** *Advertencias especiales: Arritmias cardíacas:* La ivabradina no es eficaz en el tratamiento o la prevención de arritmias cardíacas y probablemente pierda su eficacia cuando aparece una taquiarritmia (ej. taquicardia ventricular o supraventricular). Por tanto, la ivabradina no se recomienda en pacientes con fibrilación auricular u otras arritmias cardíacas que interfieren con la función del nodo sinusal. Se recomienda una monitorización clínica regular de los pacientes tratados con ivabradina para detectar la aparición de fibrilación auricular (sostenida o paroxística), que debería también incluir monitorización electrocardiográfica si está indicado clínicamente (ej. en caso de angina exacerbada, palpitations, pulso irregular). *Uso en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado:* Ivabradina no está recomendada en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado. *Uso en pacientes con una frecuencia cardíaca baja:* No se debe iniciar el tratamiento con ivabradina en pacientes con una frecuencia cardíaca en reposo previa al tratamiento, inferior a 60 latidos por minuto (ver sección 4.3). Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca en reposo disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, se reducirá progresivamente la dosis o se suspenderá el tratamiento si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.2). *Combinación con otros tratamientos antianginosos:* No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con antagonistas del calcio reductores de la frecuencia cardíaca tales como verapamilo o diltiazem (ver sección 4.5). No se han observado problemas de seguridad al combinar la ivabradina con los nitratos y con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina tales como amlodipino. No se ha establecido una eficacia adicional de ivabradina en asociación con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (ver sección 5.1). *Insuficiencia cardíaca crónica:* Antes de considerar el tratamiento con ivabradina hay que controlar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. El uso de ivabradina está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a una falta de datos sobre la eficacia clínica y la seguridad (ver sección 4.3). Es necesario tener precaución en pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática, así como en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase II según la NYHA debido al número limitado de pacientes estudiados. *Uso:* No se recomienda el uso de ivabradina inmediatamente después de un ictus, puesto que no se dispone de datos en estas situaciones. *Función visual:* Ivabradina influye sobre la función retiniana (ver sección 5.1). Hasta la fecha, no existe evidencia de un efecto tóxico de la ivabradina sobre la retina, pero los efectos a largo plazo sobre la función retiniana del tratamiento con ivabradina durante más de un año no se conocen actualmente. Se considerará la suspensión del tratamiento si aparece un deterioro inesperado de la función visual. Se tendrá precaución en pacientes con retinitis pigmentosa. *Precauciones de uso:* *Pacientes con hipotensión:* Se dispone de datos limitados en pacientes con hipotensión leve o moderada, y por tanto la ivabradina debe usarse con precaución en estos pacientes. Ivabradina está contraindicada en pacientes con hipotensión grave (presión arterial 90/50 mmHg) (ver sección 4.3). *Fibrilación auricular – Arritmias cardíacas:* No existe evidencia de riesgo de bradicardia (excesiva) al restablecerse el ritmo sinusal cuando se inicia una cardioversión farmacológica en pacientes tratados con ivabradina. Sin embargo, al no disponer de datos suficientes, la cardioversión con corriente continua de carácter no urgente deberá considerarse 24 horas después de la última dosis de ivabradina. *Uso en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan el intervalo QT:* Debe evitarse el uso de ivabradina en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan dicho intervalo (ver sección 4.5). Si fuera necesaria la asociación terapéutica, se requerirá una cuidadosa monitorización cardiaca. *Uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada:* Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada (ver sección 4.2). *Uso en pacientes con insuficiencia renal grave:* Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (adaramiento de creatinina < 15 ml/min) (ver sección 4.2). *Excipientes:* Como los comprimidos contienen lactosa, los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de Lapp lactasa o malabsorción de glucosagalactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** *Interacciones farmacodinámicas.* *Uso concomitante no recomendado:* Medicamentos que prolongan el intervalo QT: Medicamentos cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. quinidina, disipiramide, bepridil, sotalol, ibutilida, amiodarona). Medicamentos no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. pimozida, ziprasidona, sertindol, mefloquina, halofantina, pentamida, cisaprida, eritromicina IV). Debe evitarse el uso concomitante de ivabradina con medicamentos cardiovasculares y no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT, puesto que el alargamiento del intervalo QT podría exacerbarse con el descenso de la frecuencia cardíaca. Si fuera necesaria la asociación, se requerirá una cuidadosa monitorización cardiaca (ver sección 4.4). *Interacciones farmacocinéticas:* Citocromo P450 3A4 (CYP3A4) Ivabradina se metaboliza únicamente por el CYP3A4 y es un inhibidor muy débil de este citocromo. Se ha demostrado que ivabradina no influye en el metabolismo y farmacocinética en un grado clínicamente significativo. En los estudios de interacción con otros medicamentos se ha comprobado que los inhibidores del CYP3A4 aumentan las concentraciones plasmáticas de ivabradina, mientras que los inductores las disminuyen. Las concentraciones plasmáticas elevadas de ivabradina pueden estar asociadas con el riesgo de bradicardia excesiva (ver sección 4.4). *Contraindicación del uso concomitante:* El uso concomitante de inhibidores potentes del CYP3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nefinavir, ritonavir) y nefazodona está contraindicado (ver sección 4.3). Los inhibidores potentes del CYP3A4 ketoconazol (200 mg una vez al día) y josamicina (1 g dos veces al día) aumentaron la exposición plasmática media de ivabradina de 7 a 8 veces. *Uso concomitante no recomendado:* Inhibidores moderados del CYP3A4: estudios específicos de interacción en voluntarios sanos y pacientes han demostrado que la asociación de ivabradina con los fármacos reductores de la frecuencia cardíaca diltiazem o verapamilo produjo un aumento de la exposición a la ivabradina (incremento de la AUC de 2 a 3 veces) y un descenso adicional de la frecuencia cardíaca de 5 lpm. No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con estos medicamentos (ver sección 4.4). *Uso concomitante con precauciones:* Inhibidores moderados del CYP3A4: el uso concomitante de ivabradina con otros inhibidores moderados del CYP3A4 (ej. fluconazol) puede plantearse a la dosis inicial de 2,5 mg dos veces al día, siempre que la frecuencia cardíaca en reposo sea superior a 60 lpm y con monitorización de la frecuencia cardíaca. Zumo de pomelo: la exposición a la ivabradina se duplicó tras la co-administración de zumo de pomelo. Por tanto, se restringirá la ingesta de zumo de pomelo durante el tratamiento con ivabradina. Inductores del CYP3A4: los inductores del CYP3A4 (ej. rifampicina, barbitúricos, fenitoína, *Hypericum perforatum* [hierba de San Juan]) pueden reducir la exposición y la actividad de la ivabradina. El uso concomitante de medicamentos inductores del CYP3A4 puede requerir un ajuste de la dosis de ivabradina. Se observó que la asociación de ivabradina a la dosis de 10 mg dos veces al día, con la hierba de San Juan reducía a la mitad el AUC de ivabradina. Deberá restringirse la ingesta de hierba de San Juan durante el tratamiento con ivabradina. *Otros usos concomitantes:* En estudios específicos de interacción con otros medicamentos no se ha hallado ningún efecto clínicamente significativo de los siguientes medicamentos sobre la farmacocinética ni sobre la farmacodinamia de la ivabradina: inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol), sildenafil, inhibidores de la HMG CoA reductasa (simvastatina), antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (amlodipino, lacidipino), digoxina y warfarina. Además, no hubo ningún efecto clínicamente significativo de la ivabradina sobre la farmacocinética de simvastatina, amlodipino, lacidipino, ni sobre la farmacocinética y farmacodinamia de digoxina, warfarina, ni sobre la farmacodinamia del ácido acetilsalicílico. En los ensayos clínicos principales de fase III no se restringió ninguno de los siguientes medicamentos y por tanto se combinaron de forma rutinaria con la ivabradina sin evidencia de problemas de seguridad: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de la angiotensina II, diuréticos, nitratos de acción corta y prolongada, inhibidores de la HMG CoA reductasa, fibratos, inhibidores de la bomba de protones, antihipertensivos orales, ácido acetilsalicílico y otros antiagregantes plaquetarios. **4.6. Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de la ivabradina en mujeres embarazadas. En los estudios de reproducción animal se han observado efectos embriotóxicos y teratogénos. Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, ivabradina está contraindicada durante el embarazo. Los estudios en animales muestran que la ivabradina se excreta en la leche materna. Así pues, ivabradina está contraindicada en mujeres en período de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** Se ha realizado un estudio específico en voluntarios sanos para evaluar la posible influencia de ivabradina sobre la capacidad para conducir, en el que no se evidenció ninguna alteración de la capacidad para conducir. Ivabradina no influye sobre la capacidad para conducir y usar maquinaria. Sin embargo, la ivabradina puede producir fenómenos luminosos pasajeros, que consisten fundamentalmente en fosfenos (ver sección 4.8). La posible aparición de dichos fenómenos luminosos se tendrá en cuenta a la hora de conducir vehículos o utilizar maquinaria en situaciones donde pueden producirse cambios repentinos en la intensidad de la luz, especialmente cuando se conduce de noche. **4.8 Reacciones adversas.** Procoralan se ha estudiado en ensayos clínicos en los que han intervenido cerca de 5.000 participantes. En los estudios de fase III aproximadamente 2.900 pacientes fueron tratados con ivabradina. Las reacciones adversas más frecuentes con la ivabradina son dosis dependiente y están relacionadas con el efecto farmacológico del medicamento. Las siguientes reacciones o acontecimientos adversos han sido notificados durante los ensayos clínicos y están clasificados utilizando la siguiente frecuencia: muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100, <1/10); poco frecuentes (>1/1000, <1/100); raras (>1/10000, <1/1000); muy raras (>1/10000); no conocidas (no pueden estimarse a partir de los datos disponibles). Exploraciones complementarias: *Poco frecuentes:* Hipericemia, Eosinofilia, Creatinina elevada en sangre. *Trastornos cardíacos:* *Frecuentes:* Bradicardia; 3,3% de los pacientes, principalmente durante los 2-3 primeros meses de tratamiento, 0,5% de los pacientes experimentó una bradicardia intensa igual o inferior a 40 lpm. Bloqueo A-V de 1º grado. *Extrasístoles ventriculares.* *Poco frecuentes:* Palpitations, extrasístoles supraventriculares. Los siguientes acontecimientos notificados durante los ensayos clínicos tuvieron una incidencia similar a los comparadores y/o estaban posiblemente relacionados con la enfermedad subyacente: *arritmia sinusal, angina inestable, angina de pecho agravada, fibrilación auricular, isquemia miocárdica, infarto de miocardio y taquicardia ventricular.* *Trastornos oculares:* *Muy frecuentes:* Fenómenos luminosos (fosfenos); notificados por el 14,5% de los pacientes, descritos como un aumento pasajero de la luminosidad en un área limitada del campo visual. Normalmente se desencadenan por variaciones bruscas de la intensidad luminosa. Los fosfenos empiezan, generalmente, durante los dos primeros meses de tratamiento y después pueden repetirse. Los fosfenos fueron notificados generalmente como de intensidad leve a moderada. Todos los fosfenos remitieron durante o después del tratamiento; de los cuales una mayoría (77,5%) remitió durante el tratamiento. Menos del 1% de los pacientes modificó su rutina diaria o suspendió el tratamiento debido a los fosfenos. *Frecuentes:* Visión borrosa. *Trastornos gastrointestinales:* *Poco frecuentes:* Náuseas, Estreñimiento, Diarrea. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* *Frecuentes:* Cefaleas, generalmente durante el primer mes de tratamiento, Mareos, posiblemente relacionados con la bradicardia. *Poco frecuentes:* Vértigo, Disona, Calambres musculares. **4.9 Sobre dosis.** La sobredosisificación puede motivar una bradicardia intensa y prolongada (ver sección 4.8). La bradicardia intensa requiere tratamiento sintomático en un entorno especializado. En caso de bradicardia con escasa tolerancia hemodinámica, se planteará el tratamiento sintomático, incluyendo agentes beta-estimulantes por vía intravenosa, tales como la isoprenalina. Si fuera necesario, se procederá a la estimulación eléctrica cardiaca temporal. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Otros preparados para el corazón, código ATC: C01EB17. Ivabradina es un fármaco que reduce de manera exclusiva la frecuencia cardíaca, actuando mediante la inhibición selectiva y específica de la corriente If del marcapasos cardiaco que controla la despolarización diastólica espontánea en el nodo sinusal y regula la frecuencia cardíaca. El descenso de la frecuencia cardíaca, a las dosis usuales recomendadas, es de aproximadamente 10 lpm en reposo y durante el esfuerzo. Esto conlleva una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno. Ivabradina no altera la conducción intracardiaca, la contractilidad (carece de efecto inotropeo negativo) ni la repolarización ventricular: en los estudios de electrofisiología clínica, la ivabradina no modificó los tiempos de conducción aurículoventricular, intraventricular, ni los intervalos QT corregidos; la ivabradina no causó ningún efecto nocivo sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con disfunción ventricular izquierda (FEVI del 30% al 45%). La eficacia antianginosa y antiisquémica de Procoralan ha sido estudiada en cuatro ensayos aleatorizados, de carácter doble ciego (dos controlados con placebo y otros dos con atenolol y amlodipino, respectivamente). Estos ensayos incluyeron un total de 3.222 pacientes con angina de pecho estable crónica, de los cuales 2.168 recibieron ivabradina. Ivabradina 5 mg dos veces al día, mostró ser eficaz sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo al cabo de 3 a 4 semanas de tratamiento. La eficacia se confirmó con la dosis de 7,5 mg dos veces al día. En concreto, el beneficio adicional sobre 5 mg dos veces al día, se demostró en un estudio controlado con un producto de referencia, el atenolol: la duración total del ejercicio en el valle se incrementó en aproximadamente 1 minuto después de un mes de tratamiento con 5 mg dos veces al día, y mejoró en aproximadamente 25 segundos más tras un trimestre adicional, en el que se ajustó obligatoriamente la dosis hasta 7,5 mg dos veces al día. En este estudio, se confirmaron los efectos antianginosos y antiisquémicos beneficiosos de la ivabradina en pacientes de 65 años o más. La eficacia de las dosis de 5 y 7,5 mg administradas dos veces al día, resultó uniforme a lo largo de los estudios sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo (duración total del ejercicio, tiempo hasta la angina límite, tiempo hasta el inicio de la angina y tiempo hasta la depresión de 1 mm del segmento ST) y se asoció con un descenso de aproximadamente un 70% en la frecuencia de los episodios de angina. La pauta posológica de la ivabradina, basada en dos tomas diarias, proporcionó una eficacia uniforme durante las 24 horas. La eficacia de ivabradina se mantuvo íntegra a lo largo de los períodos de tratamiento de 3 a 6 meses en los ensayos de eficacia. No hubo indicios de desarrollo de tolerancia farmacológica (pérdida de eficacia) durante el tratamiento, ni de efecto rebote tras la suspensión brusca del mismo. Los efectos antianginosos y antiisquémicos de la ivabradina se asociaron con reducciones dosis dependiente de la frecuencia cardíaca y con una disminución significativa del doble producto (frecuencia cardíaca x presión arterial sistólica), tanto en reposo como durante el ejercicio. Los efectos sobre la presión arterial y la resistencia vascular periférica fueron leves y sin relevancia clínica. Se demostró una reducción sostenida de la frecuencia cardiaca en pacientes tratados con ivabradina durante al menos un año (n = 713). No se observó ninguna influencia sobre el metabolismo de la glucosa o de los lípidos. La eficacia antianginosa y antiisquémica de la ivabradina se mantuvo en los pacientes diabéticos (n = 457) con un perfil de seguridad similar al de la población general. **6. INFORMACIÓN FARMACÉUTICA.** **6.1 Lista de excipientes.** *Núcleo:* Lactosa monohidratada, Estearato de magnesio (E 470 B), Almidón de maíz, Maltodextrina, Sílice coloidal anhidra (E 551), *Película de recubrimiento:* Hipromelosa (E 464), Dióxido de titanio (E 171), Macrogol 6000, Glicerol (E 422), Estearato de magnesio (E 470 B), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172). **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez.** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de aluminio/PVC, envasado en cajas de cartón. Presentaciones. Envases calendario con 14, 28, 56, 84, 98, 100 ó 112 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly sur Seine, Francia. **8. REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN POR EL SNS.** Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. **9. PRESENTACIÓN Y P.V.P. IVA.** PROCORALAN 5 mg Caja con 56 comprimidos, 70,40 euros. PROCORALAN 7,5 mg caja con 56 comprimidos, 72,12 euros. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 25/10/2005.

MICROORGANISMOS MACROPROBLEMAS

Las enfermedades producidas por **VIRUS**, **BACTERIAS** y **HONGOS** continúan siendo un importante problema de salud en todo el mundo. Por eso, en **Pfizer** dedicamos importantes esfuerzos cada día para encontrar nuevas soluciones terapéuticas que ayuden a la comunidad médica a luchar contra los microorganismos patógenos.



www.pfizer.es



Trabajando juntos por un mundo más sano™

12/08/08/2008

UN MUNDO DE **SOLUCIONES** EFICACES
CONTRA LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, MEJOR SERVICIO DE FARMACIA (EX AEQUO)



“Ya cumplimos puntos del Proyecto 2020”

GM Toni Martínez
Valencia

¿Qué supone este premio para el servicio de Farmacia?

Es un reconocimiento a la labor que se realiza diariamente en la atención a los pacientes. Es importante que el premio sea a todo el colectivo, al que trabaja en estos momentos y al que lo ha hecho a lo largo de 40 años que han constituido el nivel de calidad que podemos disfrutar. Ahora trabajamos más de 110 personas en el servicio y es un premio a cada uno de ellos.

¿Qué valor añadido aportan a la atención al paciente?

Nuestro objetivo es trabajar para mejorar el uso seguro y eficiente de los medicamentos. Todas las estrategias que se hacen desde el servicio, toda la estructura y toda la gestión de recursos humanos y materiales van encaminados a ese ámbito. Tenemos que garantizar un sistema seguro y eficiente, para que el medicamento llegue al paciente correcto con su dosis correcta y a la hora correcta.



JOSÉ LUIS POVEDA,
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

“Nos gustaría ampliar la prescripción electrónica a todos los pacientes y la distribución de dosis unitarias en pacientes oncológicos”

¿Cómo se llega hasta ahí?

Tenemos un sistema, a partir de la prescripción que realiza el médico, de forma que desde aquí abajo preparamos las dosis unitarias para cada paciente durante las siguientes 24 horas y se las enviamos de forma individualizada.

¿Las del día siguiente?

No, las del mismo día. A nosotros nos llega la prescripción por la mañana y preparamos las dosis individualizadas que tomarán hasta el día siguiente, con lo cual evitamos la posibilidad de confusiones. Además de este sistema de dosis

unitarias que tenemos en 1.100 camas —somos el hospital a nivel nacional con mayor carga de dosis unitaria—, tenemos el sistema automático de dispensación de forma individualizada en la UCI y en reanimación que son áreas donde las dosis unitarias, dada la inmediatez, no son eficientes.

¿Cómo afectan las nuevas tecnologías a la prescripción?

Nosotros apostamos por la vía electrónica, ya que es el mejor camino para que mejore la seguridad de los tratamientos y la eficiencia por dos motivos: se evitan errores de legibilidad en las órdenes médicas y se dispone de una base de datos que le ayuda al clínico para mejorar la prescripción. El sistema te indica si ese medicamento para ese paciente tiene algún tipo de problema o no está indicado en ese caso, de tal manera que le va tutorizando en el proceso de prescripción para que sea lo más seguro y eficiente.

¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

Es un servicio en el que con 110 personas es difícil la comunica-

ción interna. Aunque tenemos estrategias, como la web o las reuniones, la difusión de esa información es muy complicada, a veces da la impresión de que esto es como un cuerpo humano en el que la mano no sabe qué hace el pie. Este es un elemento que estamos intentando mejorar. Además nos gustaría ampliar todo el proceso de prescripción electrónica a todos los pacientes. También nos gustaría ampliar la distribución de dosis unitarias por ejemplo en pacientes oncológicos y nos gustaría que el proceso de prescripción electrónica también estuviera en los pacientes ambulatorios, por ejemplo para la prescripción de quimioterápicos.

¿El reto es el año 2020?

Nosotros ya tenemos muchos puntos del Proyecto 2020 que ya cumplimos, estamos muy bien colocados. Tenemos sistemas individualizados, de prescripción electrónica y basados en la evidencia. Somos líderes en publicaciones y tenemos una estrategia muy clara de mejorar la seguridad. Estamos muy orientados hacia el programa 2020, aunque nos queda desarrollar algo más el área de administración.



HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, MEJOR SERVICIO DE FARMACIA (EX AEQUO)

“Debemos mejorar el perfil clínico del farmacéutico”

GM Ana Vallejo
Madrid

¿Qué supone para su servicio este galardón?

El haber recibido el Premio Best In Class nos va a permitir aumentar el grado de motivación y estímulo a la labor diaria de todos los profesionales de mi servicio y así seguir buscando la excelencia en el trato con los pacientes, para darles la mejor respuesta terapéutica a sus necesidades clínicas.

Estamos muy orgullosos del reconocimiento de nuestro servicio como uno de los que busca las mejores prácticas asistenciales en el entorno del uso de los medicamentos.

¿Qué destacaría del servicio que usted dirige?

Indudablemente el equipo de profesionales que lo forman. Son personas ilusionadas y comprometidas con su actividad diaria y con una visión de la profesión muy adecuada. Son excelentes profesionales y su gran formación se ve

reflejada en su trabajo diario por el bien de los pacientes. Cada uno de ellos tiene muchos valores y hay áreas en las que tienen un potencial inmenso.

¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrentan en el día a día?

Dar a todos nuestros clientes (pacientes, médicos, personal de enfermería, directivos...) lo que necesitan y que eso sea compatible entre ellos. En muchas ocasiones los objetivos de algunos de estos profesionales son contrapuestos en parte con los de otros y hemos de saber hacerlos coexistir y complementarse.

En este sentido hemos trabajado mucho para conocer lo que nuestros clientes esperan de nosotros mediante el uso de cuestionarios validados de satisfacción de forma periódica y seguimos incorporando nuevos servicios para ellos y mejorando los ya existentes. Estos problemas podrían resolverse con una correcta plani-

ficación y buscando el consenso entre los diferentes profesionales.

¿Qué objetivos se fijan a corto o medio plazo?

Estamos trabajando en muchos proyectos interesantes pero destacaría la unidad de Farmacogenética que abrimos hace un año aproximadamente para conseguir un tratamiento individualizado de nuestros pacientes. Aprovechamos la información contenida en su perfil genético para que el médico pueda elegir el tratamiento más eficaz y seguro para ellos. También trabajamos el uso de las nuevas tecnologías para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico avisándoles mediante sms de cuándo deben tomar o retirar su medicación. El uso de estas tecnologías nos está permitiendo utilizar sistemas de prescripción electrónica asistida tanto para pacientes ingresados como en consultas externas. Estos sistemas ayudan a facultativo a elegir el fármaco más adecuado para el tratamiento, avi-

sándole de posibles interacciones o efectos secundarios que se pueden evitar.

Además, hemos trabajado mucho en sistemas de acreditación y certificación de la calidad del servicio que prestamos y creo que esta línea de trabajo es muy adecuada para garantizar una mejora continua de la calidad.

Por último, la automatización de toda la cadena logística del medicamento nos ha permitido garantizar una mejor conservación y trazabilidad del medicamento y un uso más seguro del mismo.

¿Qué aspectos podrían mejorarse aún en su servicio?

Hemos de mejorar mucho el perfil clínico de los farmacéuticos y la cercanía al equipo médico y de enfermería así como la proximidad con el paciente ingresado. Creo que podemos aportar mucho respecto a la información al paciente atendido en nuestro centro en relación a la medicación que está tomando o que se le está administrando.



MIGUEL ÁNGEL CALLEJA,
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA

“El uso de las tecnologías permite utilizar sistemas de prescripción electrónica para ayudar al médico a elegir el fármaco más adecuado”

También podrían mejorar nuevas certificaciones y acreditaciones de calidad que nos permitan no bajar la guardia en la búsqueda de la excelencia del trabajo que realizamos.

El compromiso con la

Economía de la Salud



Science for a better life



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

www.bayerscheringpharma.es



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA, MEJOR UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

GM Cecilia Ossorio
Madrid

¿Qué supone la obtención de este premio para la Unidad de Enfermedades Infecciosas?

El Hospital Universitario de Fuenlabrada se ha caracterizado desde su puesta en marcha por la implicación de todos los profesionales en la consecución de los objetivos, definidos en su plan estratégico de calidad de manera participativa y con un alto nivel de compromiso con la organización.

En ese cumplimiento de objetivos, resulta muy estimulante para los profesionales de la Unidad de Infecciosas del Servicio de Medicina Interna haber obtenido un reconocimiento por su trabajo, y más tratándose de un hospital con apenas cuatro años de vida, sirviendo asimismo de acicate para seguir mejorando.

¿Cómo se consigue esta calidad asistencial digna de ser premiada?

Son varios los ámbitos en los que se ha trabajado. Desde el dise-

“Propiciamos el trabajo conjunto con primaria”



ANTONIO ZAPATERO GAVIRIA,
JEFE DE MEDICINA INTERNA (IZDA., JUNTO A SU EQUIPO)

“La prevalencia de pacientes inmigrantes, sobre todo subsaharianos, ha dado lugar a tratar múltiples patologías derivadas de otros países”

ño de consultas monográficas, hasta la asignación de un médico y una enfermera responsables del paciente desde el ingreso al alta. Por otro lado, trabajamos para mejorar los aspectos organizati-

vos, en aras de propiciar una mayor colaboración con los profesionales de atención primaria, organizar sesiones multidisciplinarias, y avanzar en el seguimiento de protocolos.

¿Qué otros aspectos, además de la calidad en la atención al paciente, destaca de la unidad que dirige?

El hospital se encuentra ubicado en la zona sur de Madrid, y atiende la demanda sanitaria de una población en torno a los 230.000 habitantes, dándose una alta prevalencia de inmigrantes, especialmente subsaharianos. Esto ha dado lugar a tratar múltiples patologías derivadas de los países de origen de esta población, cuyo seguimiento resulta muchas veces complicado por cuestiones culturales o sociales de algunos colectivos.

¿Cómo solucionan los problemas que dificultan la prestación de calidad, como la sobrecarga asistencial?

La correcta organización del servicio, el seguimiento de protocolos adecuados y la colaboración con otros profesionales son elementos que facilitan una correcta prestación asistencial. En mi opinión, la

presión asistencial que puntualmente podamos tener en la unidad no puede ser un argumento para no ofrecer la atención sanitaria que nuestros pacientes precisan.

¿Cuáles son los retos más inmediatos de la unidad?

La acreditación como hospital universitario ha constituido un elemento tremendamente ilusionante para toda la organización. Esto se traduce, a corto plazo, en nuestro compromiso de ir trabajando en la elaboración de propuestas que trataremos de incorporar en el programa docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

¿Qué ensayos clínicos destacables están llevando a cabo?

Dada la juventud del hospital nuestra producción en investigación no es muy abundante. No obstante, recientemente hemos finalizado dos estudios de investigación clínica. El primero sobre la fiebre en los servicios de Urgencias, concretamente de los síndromes febriles sin foco, que ha sido publicado; y otro sobre la utilidad y rentabilidad diagnóstica de los medios de cultivo para anaerobios en bacteriemiias nosocomiales, que se publicará en fechas próximas.

USP HOSPITAL SAN CARLOS, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA/UCI

“La gestión de calidad nos da la aceptación”

GM Lucía Barrera
Madrid

Su servicio ha recibido el premio por segundo año consecutivo, ¿cómo lo valora?

El año pasado al ser la novedad nos costó trabajo asimilarlo, pero este año no lo esperábamos porque repetir es mucho más difícil que conseguirlo por primera vez, por eso, nos satisface mucho. He animado personalmente a otros hospitales del sistema público con los cuales tenemos bastantes alianzas para que se presentaran porque trabajan de forma parecida. Estamos muy sorprendidos y contentos. Supone un aldabonazo en nuestro tercer año de trabajo tener dos premios consecutivos.

¿Cuál es la clave del éxito?

Destacaría la forma de gestión del servicio, centrada en los principios de EFQM que se llevan a los resultados claves de este programa

de gestión basado en un método de excelencia, sobre todo en la exquisita atención a los clientes. No creo que pueda ser otra, porque existen muchas unidades que funcionan de una forma bastante correcta en la actividad asistencial, pero probablemente no utilizan estos principios de gestión de calidad, porque no se conocen bien, no existen incentivos o tiempo para realizarlos.

Nosotros desde el primer momento, como empezábamos de cero, decidimos basarnos en estos principios. Intentando mejorar los indicadores donde tenemos más problemas, conseguimos que la clientela quede totalmente satisfecha. Tenemos muchísima aceptación.

¿En qué indicadores hay que mejorar?

En los indicadores que son clave en los servicios de medicina intensiva, tenemos menos problemas para conseguirlos porque no

contamos con pacientes tan extremos, otros hospitales públicos tienen procesos más complicados. Nuestros pacientes son un poco menos graves que en otros servicios que probablemente son tan merecedores al premio como nosotros.

No obstante, siempre hay aspectos mejorables. La formación de nuestro personal es en el quizá ahondaría y pondré especial énfasis. No sólo del personal médico, sino especialmente del personal de enfermería.

¿En qué se está trabajando?

A primeros de año vamos a empezar la cirugía extracorpórea. Será una actividad que modificará bastante, no ya sólo los cuidados intensivos del centro sino a nivel hospitalario, porque necesita una infraestructura muy importante. Ése ahora mismo es nuestro mayor reto, seguir incorporando a nuestra cartera nuevos tipos de pacientes.



JUAN CARLOS PARDO
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

“Fuimos pioneros en empezar a trabajar dentro de cuidados intensivos con los principios de EFQM en los resultados clave de actividad asistencial”

¿Cómo ve a la Medicina Intensiva?

En este momento, la especialidad está cuestionada. Hay una discusión a nivel estatal importante, porque es muy difícil darle una actividad asistencial a profesionales que tienen cerca de 60 años y que no soportan la presión de los horarios. Ésa es una de las principales amena-

zas que hay en unos años. Se está estudiando la posibilidad de hacer una actividad troncal y de diferentes sitios llegar a la medicina intensiva, pero no creo que vaya a ir para adelante porque llevamos más de 35 años realizando una actividad que es única y no creo que en pocos años pueda ser sustituida por este tipo de nueva fabricación de intensivistas de diferentes actividades.





El valor de **Innovar**

En **Janssen-Cilag** sabemos que para innovar frente a la enfermedad hace falta valor. Valor para enfrentarse a lo desconocido sin miedo a fracasar. Valor para aportar soluciones donde sólo hay incógnitas. Respuestas excepcionalmente valiosas. Eso es valor. **El valor de innovar.**

 **JANSSEN-CILAG**
El valor de innovar
Paseo de las Doce Estrellas, 5-7
28042 Madrid
www.janssen-cilag.es

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, MEJOR SERVICIO DE VIH/SIDA



“Un reto es facilitar la adherencia a la terapia”

GM Cecilia Ossorio
Madrid

¿Cómo valoran la obtención de este premio?

Para los profesionales administrativos, técnicos, auxiliares, enfermeros y facultativos del hospital que atendemos a las personas que conviven con el virus de inmunodeficiencia humana, este premio supone una gran satisfacción, por el reconocimiento y la motivación que conlleva. Reconocimiento del esfuerzo que día a día llevamos a cabo para atender a nuestros pacientes, y motivación para continuar haciéndolo y mejorar más la calidad de la asistencia.

¿Dónde reside la clave del éxito en cuanto a calidad asistencial?

En primer lugar, se debe a la fortuna de contar con un grupo de profesionales altamente cualifica-

dos en el manejo de esta enfermedad. En segundo lugar, gracias al excelente entorno de trabajo de todo el hospital, tanto en lo que se refiere a compañeros como a la disponibilidad de medios.

Finalmente, por el elevado nivel de exigencia de conocimiento y atención que requiere esta infección y los pacientes que la padecen.

¿Qué otros aspectos destaca del servicio que dirige?

Nuestra vocación docente e investigadora. Participamos tanto en docencia de pregrado como de posgrado, mediante la organización de cursos de formación continuada o participación en cursos de doctorado, así como en la formación de médicos internos residentes. En la medida de nuestras posibilidades, colaboramos en proyectos de investigación básica, pero sobre todo clínica. Nos gustaría destacar, por otro lado, nues-

tra implicación en la gestión del Servicio de Medicina Interna.

¿Cómo solucionan los problemas que dificultan la prestación de calidad?

No perdiendo la vocación de ayuda a nuestros pacientes ni la ilusión en el trabajo, requisitos imprescindibles para mantener nuestra motivación. Por tanto, implicamos a todos los componentes de nuestro grupo en la organización eficiente del trabajo.

¿Qué ensayos clínicos están realizando?

Nuestra unidad participa en varios ensayos clínicos sobre tratamiento de hepatitis C en pacientes coinfectados por el VIH.

Colaboramos con un proyecto de atención primaria para diagnosticar más precozmente la infección. Estamos analizando los motivos por los que los pacientes con VIH siguen



JUAN EMILIO LOSA,

JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

“Estamos participando en el estudio observacional de la cohorte de pacientes con VIH del área metropolitana de Madrid”

ingresando en los hospitales. Además, participamos en el estudio observacional de la cohorte de pacientes VIH del área metropolitana de Madrid (Comesem), en el que se está investigando sobre la epidemiología de la infección, los costes de la atención y el impacto de la inmigración. Está financiado por Fipse y por la Comunidad de Madrid.

¿Cuáles son los retos futuros?

Mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con infección por el VIH, misión que en este momento requiere diagnosticar de forma más temprana esta infección, así como facilitar la adherencia y tolerancia al tratamiento antirretroviral.



GM Lucía Barrera
Madrid

¿Qué le ha parecido el sistema de evaluación de los premios?

Redactar una memoria, aunque sea en verano, posiblemente sea un sano ejercicio, porque te contrasta, y te hace reflexionar sobre tu propio trabajo. Además someterlo a la visión de expertos, a los que agradecemos su trabajo y su visión neutral, te ayuda a mejorar la atención a los enfermos, que es para lo que estamos.

¿Cómo valora el premio?

Quizás sea una anécdota, pero los pacientes, en la reunión de la mañana cuando se han enterado de la concesión del premio, se han mostrado muy orgullosos. Nos han expresado algo así como: “Estamos en buenas manos” y eso nos estimula. Creo que nos ayuda a despeñar nuestro papel en el hospital, en donde recibimos el apoyo del resto de especialidades, al tiempo que aportamos nuestra experiencia en el trato con los pacientes. Para la Psiquiatría, que siempre reivindica su papel en la asistencia sanitaria, ha sido un hecho positivo

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO, MEJOR SERVICIO DE PSQUIATRÍA

“La psiquiatrización de la vida colapsa servicios”

sin duda su inclusión en los Premios BiC. Además, nos confirma que podemos liderar pilares de la asistencia que una medicina excesivamente tecnificada podría abandonar y, especialmente, en todo lo concerniente a la relación directa con los pacientes. En lenguaje de moda, somos ‘buenos activos’. En ese sentido, posiblemente representemos, al menos nos gustaría hacerlo, a muchos servicios, se hayan presentado o hayan sido nominados, o no.

¿Qué destacaría del servicio que dirige?

Una mezcla de factores. De un lado, es un equipo con profesionales técnicamente cualificados e intentamos que la calidad técnica se complemente con una gestión eficaz. Posiblemente la gestión de los procesos nos ayude a conciliar ambos vértices. Al tiempo estamos en un sistema fuerte, aunque con amenazas obvias, y ya con la suficiente experiencia (en 2008 se cumplen 25 años de Osakidetza, servicio al que pronto nos integramos y del Plan de Reforma del doctor Ajuriagu-

erra), para sentirnos parte de un todo que busca la mejora. Vamos a rebufo y también lideramos tareas.

¿En qué puntos se sustenta la calidad en la atención al paciente?

No somos una especialidad que cuente con un sofisticado aparataje, es más, nosotros, nuestras personas y la relación establecida con los pacientes, sin desdeñar la psicofarmacología y otras técnicas, constituyen posiblemente, nuestros mejores valores y la mejor especificidad. Por eso este premio, que enfatiza la relación con el paciente, es para nosotros muy positivo. Queremos una asistencia de calidad, eficaz y orientada a las necesidades de los enfermos mentales, que no son pocas. Para ello es fundamental la calidad de la atención y el trato, que no es sólo escucha, sino interacción técnica y cualificada.

¿Tienen mucha carga asistencial?

Sí, y es éste posiblemente uno de los mayores problemas con que se encuentre la Psiquiatría. La exce-

siva psiquiatrización de la vida cotidiana puede colapsar los servicios, aunque los pacientes que precisan ingreso tienen tal gravedad psicopatológica que no suelen ingresar por un consumo inadecuado de recursos. Pero también lo contemplamos como una oportunidad para nuestra atención. Un ejemplo: ante la elevada presión asistencial que origina unos altos índices de ocupación, hemos puesto en marcha un programa intensivo de seguimiento post-alta que incluye la hospitalización breve a tiempo parcial.

¿Con qué problemas se enfrentan en el servicio?

Además del anterior, estamos trabajando para ubicar lo mejor posible la Unidad de Agudos en lo que debe constituir una red bien articulada. También en lo psicosocial, porque el hándicap que deja la enfermedad mental repercute directamente en la integración social de los enfermos, “penalizados” por un estigma, del todo injusto.

¿Cuáles son los retos a corto medio plazo?



J. A. MARTÍN ZURIMENDI,
JEFE DE SERVICIO

“Podemos liderar pilares de la asistencia que una medicina tecnificada podría abandonar”

En positivo. Queremos que nuestro servicio esté en un engranaje de dispositivos, ambulatorios y hospitalarios, en un proceso integrado de atención de lo que todavía nos gusta llamar sector, desde primaria, a los Programas de Rehabilitación y que funcione como un proceso integrado.



NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS

DISEÑO DE FÁRMACOS INNOVADOR

AVANZANDO EN LA TERAPÉUTICA

Luchando contra enfermedades graves

En Gilead aplicamos lo mejor de la ciencia biofarmacéutica para crear medicamentos innovadores que mejoren el cuidado de los pacientes. Nuestros programas de investigación y desarrollo se enfocan en moléculas terapéuticas para el tratamiento de la infección por VIH, hepatitis, infecciones fúngicas, hipertensión pulmonar arterial e infecciones pulmonares relacionadas con la fibrosis quística.

Superando los estándares actuales de tratamiento

Estamos descubriendo nuevos fármacos con mayor potencia, mejor perfil de resistencia, seguridad y regímenes de dosificación más cómodos. En cada avance terapéutico nos esforzamos considerablemente por mejorar el cuidado y la calidad de la vida de los pacientes.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

© 2007 Gilead Sciences, S.L.

MENCIONES DE HONOR

ONCOLOGÍA - CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL (CIOCC)

Abarca: "La mención premia el carácter innovador de este modelo único en España"



El Centro Integral Oncológico Clara Campal (Ciocc), perteneciente al Grupo Hospital de Madrid (HM), recibió la mención honorífica en la categoría de mejor servicio de Oncología.

"Para el Grupo Hospital de Madrid es un reconocimiento importante el hecho de que en el primer año tras su inauguración el Ciocc haya sido destacado por los profesionales del sector como uno de los mejores centros oncológicos en atención al paciente de España, lo que nos

sirve de estímulo para seguir trabajando en la misma línea", manifestó el director general del Grupo HM, Juan Abarca Cidón. "Asistencia horizontal, investigación integrada y tratamiento integral del cáncer y sus complicaciones son los términos que inspiran el quehacer diario del Ciocc, y los que han sido reconocidos desde sus inicios para beneficio de todos sus pacientes", añade.

En el caso del Ciocc, la mención honorífica concedida premia el carácter innovador de

este modelo único en España, ya que es el primer y único cancer center del país integrado en un hospital general médico-quirúrgico, el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, para el cuidado integral del paciente oncológico. Este conjunto permite tratar la enfermedad desde su prevención y diagnóstico precoz hasta su tratamiento y curación, así como cualquier complicación que pueda surgir en la evolución de la misma de forma inmediata y eficaz.



La consejera Marina Geli conversa con Santiago de Quiroga (Contenidos de Salud), Ángel Gil (Univ. Rey Juan Carlos) y Julio Zarco (Semergen).



Representantes de las administraciones y del mundo de la medicina, la enfermería, la farmacia y la industria abarrotaron el salón del COMB.

VIIH

Hospital Universitario de Fuenlabrada



INFECCIOSAS

Hospital Universitario Fundación Alcorcón



TRAUMATOLOGÍA

Hospital Arnau de Vilanova de Valencia



UNIDAD DEL DOLOR

Hospital Universitario La Fe de Valencia



Ángel Gil, de la cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria, y Santiago de Quiroga, editor de GACETA MÉDICA, en la apertura de la ceremonia.



Vista del salón de actos del Colegio de Médicos de Barcelona, donde se dieron cita candidatos y premiados, durante el discurso del editor de GM.

Gala de entrega de la III Edición



El equipo del Hospital Clínic, ganador del Premio BiC al mejor hospital (ex aequo), posa con su gerente y el jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, también premiado.



El equipo del Hospital de Basurto, premiado con el BiC al mejor hospital (ex aequo), con representantes del Hospital Galdakao Usansolo y del Hospital de Zamudio.



Alcaraz y De la Rubia (Arrixaca), Calleja y Martínez (Virgen de las Nieves) y Mínguez (General de Valencia).



J. Varela (Baxter), M. Moreno (Baxter) y S. del Gallego (Bayer), con el subsecretario de Sanidad de la Comunidad Valenciana.



Francesc Ballethó y Ramón Freses, ambos de Janssen-Cilag, con David Beas, de Merck Serono, al inicio de la gala.



José Luis Poveda, jefe del servicio de Farmacia del Hospital de La Fe, con Roberto Urbez, director general de Gilead.



El presidente de Semergen, Julio Zarco, y la presidenta de Semergen Cataluña, Mercedes Abizanda.



Los equipos premiados de USP San Carlos y San Jaime, con S. del Gallego, de Bayer y D. Beas, de Merck Serono.



El equipo de Urgencias del Hospital Donostia junto con el jefe del Servicio de Psiquiatría de Galdakao, J.A. Martín Zurimendi.



El equipo de Bayer: Carlota Gómez, Santiago del Gallego, Teo van der Loo, Juan Blanco, Abraham Herrera y Carolina Mella.



S. de Quiroga, con J. Altemir (Almirall), y J. Varela y M. Moreno, ambos de Baxter.

Aportar valor a través de la innovación



Desde 1885 Boehringer Ingelheim es una compañía comprometida con la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de medicamentos innovadores de gran valor terapéutico en medicina humana y veterinaria.

Este esfuerzo innovador a largo plazo nos permite aportar valor:

A los profesionales sanitarios

Mediante cursos de formación continuada avalados por las distintas sociedades médicas y farmacéuticas. Durante el 2007 la compañía ha formado a más de 40.000 profesionales médicos y farmacéuticos.

A los pacientes

Con el desarrollo de nuevos fármacos eficaces y que mejoran la calidad de vida de los enfermos de parkinson, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, SIDA, patologías cardiovasculares o cáncer.

A nuestros colaboradores

Una compañía en constante crecimiento que apuesta por la formación, 1'4 millones de euros durante el 2007, y por ofrecer numerosos beneficios sociales para sus colaboradores.

A la sociedad

- Al destinar 1.700 millones de euros a la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos que curan enfermedades y mejoran la calidad de vida de las personas.
- Con la puesta en marcha de estudios clínicos en los que participan alrededor de 100.000 pacientes en todo el mundo.
- Con iniciativas sociales basadas en la responsabilidad empresarial, como el programa de donación de fármacos antirretrovirales a países del tercer mundo, y actividades que apoyan el cuidado y la formación en áreas fuertemente afectadas por el SIDA.
- En este ámbito, contribuye a aumentar el conocimiento social de los temas relacionados con la salud, con el Premio Boehringer Ingelheim al Periodismo en Medicina que cuenta con más de 20 años de historia en nuestro país.