

GM



Especial Premios BiC

La motivación y estímulo
del Sistema Nacional de Salud



¿Necesita generar
evidencia real para un modelo farmacoeconómico
o demostrar el valor de su producto?

¿Monitorizar sus acuerdos innovadores con la administración?

¿Implementar un estudio observacional ligado a la autorización o
monitorizar su plan de gestión de riesgos?

¿Desarrollar o validar PROs para medir la salud de los pacientes?

La mejor forma de saberlo.

Pregunte al Centro de Excelencia de estudios Observacionales de HEOR IMS

Nuestra experiencia internacional y la capacidad de nuestro equipo local, expertos
en Investigación de Resultados en Salud y Evaluación Económica, nos permite ayudarle
ante los nuevos modelos de relación con los decisores sanitarios.

Para más información visite www.imshealth.com/heor o contacte con nosotros en:
julianster@es.imshealth.com / nlaraz@es.imshealth.com



■ CC.AA., ORGANIZACIONES PROFESIONALES, SS.CC. E INDUSTRIA FARMACÉUTICA SE VUELCAN CON GM EN LA ENTREGA DE LOS IV PREMIOS BiC

Clínica Universidad de Navarra y Águilas, mejor hospital y centro de AP en atención al paciente

■ País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra y Madrid acaparan los Premios 'Best in Class' en un acto al que asistieron más de 650 personalidades

■ "La mayoría de las ideas parten de abajo y no de arriba, y con los BiC se ha confirmado", subrayó el consejero Rafael Bengoa, que presidió el acto



El auditorio del Palacio Euskalduna se llenó con más de 650 personas, entre autoridades sanitarias, equipos de los hospitales finalistas y premiados, representantes de sociedades científicas y altos ejecutivos de la industria farmacéutica.

GM JOSÉ GARCÍA
Bilbao

La Clínica Universidad de Navarra ha sido reconocida como mejor hospital en atención al paciente en la IV edición de los Premios Best In Class (BiC), mientras que en la categoría de Atención Primaria, nueva en esta edición, el galardón ha recaído en el centro de salud Águilas de Madrid.

Los Premios BiC, que concede el semanario especializado GACETA MÉDICA en colaboración con la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos para premiar, como cada año, la calidad y la excelencia de los centros sanitarios españoles en atención al paciente, se entregaron este martes en el Palacio Euskalduna de Bilbao en una multitudinaria ceremonia presidida por el consejero de Sanidad del Gobierno vasco, Rafael Bengoa.

El acto congregó a más de 650 personas, entre autoridades sanitarias del País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana, Castilla y León y Navarra; representantes de organizaciones profesionales y sociedades científicas;

y altos ejecutivos de la industria farmacéutica.

En esta cuarta edición la comunidad autónoma con más galardones ha sido País Vasco, con seis; seguida de Comunidad Valenciana, con cuatro; y Navarra y Madrid, ambas con tres.

El Hospital de Basurto recibió dos premios a los mejores servicios de Obstetricia y Ginecología e Infecciosas; el Hospital Donostia, otros dos a los servicios de VIH y Urgencias; y el Hospital Galdakao Usansolo, a Psiquiatría y Neurología.

Además del premio al mejor hospital, la Clínica Universidad de Navarra también fue galardonada con el premio a los mejores servicios de Cardiología y Oncología.

La Comunidad Valenciana se llevó los premios al servicio de Dolor y Unidad de Diabetes para el Hospital La Fe, y a los servicios de Neumología y Medicina Preventiva para el Hospital San Juan de Alicante.

Madrid, además del premio al mejor centro de salud de Atención Primaria para Águilas, recibió los premios a los mejores servicios de Pediatría para el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, y Medicina Interna, para el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

En Baleares recayó el premio al mejor servicio de Urología para la Fundación Hospital Manacor; en Canarias, el de Unidad de Cuidados Intensivos para el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; en Andalucía, el mejor servicio de Farmacia para el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y el de Traumatología, para USP Hospital de Marbella; y en Castilla y León, el de Hematología para el Hospital Universitario de Salamanca.

Asimismo, el jurado ha decidido otorgar el premio a la mejor red de asistencia primaria en España al Servicio Madrileño de Salud, por ser la comunidad que más centros de salud ha incluido como finalistas entre los diez mejores del país. También se han entregado menciones de honor al Hospital de Manacor, como mejor hospital; al Hospital Universitario de Fuenlabrada, en Pediatría; al Hospital de Basurto, en Urología; al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en Cardiología; a USP Hospital San Carlos, en UCI; al Hospital Universitario Gregorio Marañón, en Farmacia; al Hospital General de Castellón, en Hematología; al Hospital Galdakao, en Neumología; y a USP Clínica Sagrado Corazón, en Medicina Interna.

Apuesta por descentralizar "para despolitizar"

El consejero de Sanidad del Gobierno vasco, Rafael Bengoa, incidió en la idea nuclear de su legislación: "Las ideas parten de abajo y no de arriba, y hoy, con estos premios, se ha confirmado". Bengoa, que también agradeció al equipo de la anterior legislatura su gestión, pidió a los gerentes macro y meso que "interioricen esa noción en el ámbito de la gestión", ya que se

siguen con modelos de arriba abajo.

Por tanto, señaló que "hay que cambiar el paradigma en los modelos de gestión" y anunció que "ha llegado el momento de que el País Vasco, en la próxima década, cambie ese paradigma y se descentralice" para así aprovechar "el capital intelectual de gerentes locales y

profesionales". Bengoa apostó por "reconceptualizar una nueva forma de gestión de los recursos humanos". Todo ello, continuó, supone "cambios de actitud y una descentralización que ayudará a despolitizar el sistema".

A su juicio, el papel de la Administración debe ser menos controla-

dor y más de creación y potenciación de la iniciativa local. "Una forma práctica es el análisis de estos premios que se han entregado hoy, y pasar los conocimientos de los hospitales premiados a otros centros sanitarios", explicó. "Eso será un premio adicional para aquellos centros galardonados", concluyó.





Ganadores y finalistas de la IV Edición



Los galardonados en la IV edición de los Premios Best In Class (BiC) posan con el consejero vasco de Sanidad, Rafael Bengoa, el resto de autoridades sanitarias de País Vasco, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra, Castilla y León y Extremadura, representantes de la industria farmacéutica, organizaciones profesionales y sociedades científicas, el director de la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, Ángel Gil de Miguel, y el editor de Gaceta Médica, Santiago de Quiroga, al finalizar la ceremonia, que congregó a más de 650 personas en el Palacio Euskalduna de Bilbao.

Reportaje fotográfico: Carlos Siegfried.

• Hospital ganador en negra

MEJOR HOSPITAL



Manuel Moreno (Baxter), J. Andrés Gómez Cantero (Clínica Universidad de Navarra) y el consejero Rafael Bengoa.

Premio otorgado por:

Baxter

FINALISTAS

• Clínica Universidad de Navarra • Fundación Hospital Manacor • Hospital de Basurto • Hospital de Torrevieja • Hospital del Mar • Hospital El Bierzo • Hospital Galdakao Usansolo • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Madrid Torreldones • USP Hospital de Marbella

MEJOR SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA



Julio Zarco (Semergen), Montserrat González (C.S. Águilas de Madrid) y Santiago Culi (Boehringer Ingelheim).

Premio otorgado por:

Boehringer Ingelheim

FINALISTAS

• CAP Barceloneta • Centro de Salud "La Alamedilla" • Centro de Salud Las Águilas • Centro de Salud de Villarta de San Juan • Centro de Salud José María Llanos • Centro de Salud Segovia • Centro de Salud Soria Norte • Centro Salud Fuenfanta • Departamento de Salud de la Ribera • Gerencia de A.P. Valle de la Oliva



Marc Vanderheijden (P&G), Dra. Fraca, jefa de partos del Hospital de Basurto, Julián Pérez Gil (Osakidetza), y Miguel López, jefe de servicio de Basurto.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Premio otorgado por:

P&G Pharmaceuticals

FINALISTAS

• Clínica Universidad de Navarra • Fundación Hospital Manacor • Hospital de Basurto • Hospital Universitario Fundación Alcorcón • USP Hospital San José



Antonio Burguero (Consejería de Madrid), Pablo Sanjurjo (AEP), Mar Espino, jefa de Pediatría de Alcorcón, y Miguel Alzueta (Sanofi Pasteur MSD).

PEDIATRÍA

Premio otorgado por:

sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

FINALISTAS

• Departamento de Salud de la Ribera • Fundación Hospital Manacor • Hospital de Torrevieja • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Fundación Alcorcón



Álvaro Rogado (Merck Serono), Jesús García-Foncillas López (Oncología Médica de la Clínica Universidad de Navarra) y Juan Jesús Cruz Hernández.

ONCOLOGÍA

Premio otorgado por:

MERCK SERONO

FINALISTAS

• Clínica Universidad de Navarra • Hospital Arnau de Vilanova • Hospital general Univ. Morales Meseguer • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Madrid Sanchinarro



Ganadores y finalistas de la IV Edición



Ramón Frexes (Janssen Cilag), Inmaculada Moro (supervisora de Psiquiatría de Galdakao), la viceconsejera Olga Rivero y J. Andrés Martín, jefe de servicio.

PSIQUIATRÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universidad de Navarra • Hospital Galdakao Usansolo • Hospital Son Dureta • Hospital Universitario de Móstoles • Hospital Universitario Ramón y Cajal



Alejandro López Lavín (Bayer HealthCare); José Expósito, director del Virgen de las Nieves; M. Ángel Calleja, jefe de servicio; y José Luis Poveda (SEFH).

FARMACIA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universidad de Navarra • Hospital General Universitario Gregorio Marañón • Hospital Universitario La Fe • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Virgen de las Nieves



D. Caballeros, L. Vázquez y C. Ceballos (Hospital de Salamanca), con Pablo del Pino (Celgene), José Manuel Fontsaré (Sacyl) y Santiago de Quiroga (GM).

UNIDAD DE HEMATOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital General de Castelló • Hospital General Universitario de Alicante • Hospital General Universitario Morales Meseguer • Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín • Hospital Universitario de Salamanca



Victor Plaza, de GSK España; Eusebio Chiner Vives, jefe de sección de Neurología del San Juan de Alicante; y el subsecretario Alfonso Bataller.

NEUMOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Jiménez Díaz-Capio • Hospital del Mar • Hospital Galdakao Usansolo • Hospital Universitario San Juan de Alicante • Hospital Universitario Virgen del Rocío



Marisa Carrió (Adamed), la supervisora Iruñe Echevarría San Juan, la viceconsejera Olga Rivero y Juan Carlos García-Moncó, jefe de servicio.

NEUROLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Galdakao Usansolo • Hospital Son Dureta • USP Clínica Sagrado Corazón



El subsecretario autonómico Alfonso Bataller; Jesús María Aranz, jefe de sección de Medicina Preventiva; y Miguel Alzueta (Sanofi Pasteur MSD).

MEDICINA PREVENTIVA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital de Zumárraga • Hospital Infanta Leonor • Hospital Son Dureta • Hospital Universitario San Juan de Alicante



Antonio Burgueño (dir. gral. Hospitales Madrid); Antonio Zapatero, jefe de servicio; el gerente de Fuenlabrada, Carlos Sangregorio, y Ángel Gil (URJC).

MEDICINA INTERNA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Son Dureta • Hospital Universitario de Fuenlabrada • Hospital Universitario Fundación Alcorcón • Hospital Universitario Severo Ochoa • USP Clínica Sagrado Corazón



Luis Silva (Novo Nordisk); Francisco Piñón Selles y Juan Francisco Merino, ambos de La Fe; y el subsecretario autonómico Alfonso Bataller.

UNIDAD DE DIABETES

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Son Dureta • Hospital Universitario La Fe



Ganadores y finalistas de la IV Edición



Juan Blanco (Bayer HealthCare); M^a Cruz Martín, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias; y Joan Benejam, jefe de servicio.

UROLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital Manacor
- Hospital de Basurto
- Hospital de Torrevieja
- Hospital General Universitario de Alicante
- Hospital Universitario de Fuenlabrada



Alejandro Burzaco (Servier), Eva Laradogoitia (SEC) y José Ignacio García Bolao, director del dpto. de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra.

CARDIOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universidad de Navarra
- Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- USP Clínica Sagrado Corazón
- USP Hospital de Marbella
- USP Hospital San Jaime



Roberto Urbez (Gilead); Julián Pérez (Osakidetza); Daniel Zulaika (Seisida); y José Antonio Iribarrén, jefe de sección en Donostia, con parte de su equipo.

VIH/SIDA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Arnau de Vilanova
- Hospital Donostia
- Hospital Son Dureta
- Hospital Universitario de Fuenlabrada
- Hospital Universitario Severo Ochoa



Santiago de Quiroga (Gaceta Médica), Amelia Urbaneja (Basurto), la viceconsejera vasca Olga Rivera, y Juan Miguel Santamaría, jefe de servicio.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Hospital Arnau de Vilanova
- Hospital de Basurto
- Hospital Son Dureta
- Hospital Universitario de Fuenlabrada
- Hospital Universitario Severo Ochoa



Jesús Díaz (Contenidos de Salud), Mercedes Mengibar (USP Marbella), Jesús Maldonado (Almirall) y Antonio Ayllón, jefe de Traumatología en Marbella.

TRAUMATOLOGÍA

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Clínica Universidad de Navarra
- Fundación Hospital Manacor
- Hospital Arnau de Vilanova
- Hospital de Torrevieja
- USP Hospital de Marbella



Pablo Busca Ostolaza y parte de su equipo en el Hospital Donostia, con Tomás Toranzo (Semes) y la viceconsejera vasca Olga Rivera.

URGENCIAS

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Fundación Hospital Manacor
- Hospital Alto Deba
- Hospital Donostia
- Hospital Quirón Valencia
- USP Hospital de Marbella



Ángel Gil (URIC); Manuel Sánchez Palacios, jefe de servicio; y M^a Cruz Martín (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias).

MEDICINA INTENSIVA/ UCI

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Complejo Hospitalario Universitario Insular
- Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- Hospital General Universitario Morales Meseguer
- USP Clínica Sagrado Corazón
- USP Hospital San Carlos



Alfonso Bataller, subsecretario de Sanidad de la C. Valenciana; Jorge Pallarés, jefe de la Unidad de Dolor de La Fe; y Cristina Spa (Ferrer).

UNIDAD DEL DOLOR

Premio otorgado por:



FINALISTAS

- Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- Hospital 12 de Octubre
- Hospital Nuestra Señora de la Montaña
- Hospital Universitari La Fe
- Hospital Universitario de Fuenlabrada



El próximo mes de diciembre produciremos la **unidad mil millones** de nuestro envase **Viaflo** de soluciones intravenosas.

Haber alcanzado la producción de nuestra unidad mil millones nos anima a todos a seguir trabajando en la evolución de nuestro producto y en el desarrollo de nuevas soluciones que mejoren la comodidad y calidad de vida de pacientes y profesionales sanitarios.



MO-IV-031 ed. 11/09

Soluciones de futuro

Baxter S.L.
Polígono Industrial Sector 14
C/ Pouet de Camilo, 2
46394 Ribarroja del Turia (Valencia)
Tel.: 96 272 28 00
Fax: 96 272 27 95

Dirección Comercial y Marketing
Parque Empresarial San Fernando
Edificio Londres
28830 Madrid
Tel.: 91 678 93 00
Fax: 91 678 93 40

Medication Delivery

Baxter

■ CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MEJOR HOSPITAL EN ATENCIÓN AL PACIENTE

"Los pacientes aprecian la implicación de los profesionales y que se les haga partícipes"

■ Tras dos años a las puertas de este premio, el centro lo ha conseguido, junto a dos más en Cardiología y Oncología
 ■ Cada error en atención al paciente se reporta de forma anónima al sistema para que los profesionales aprendan de ello

GM ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
 Madrid

Pregunta. ¿Llevar la cuenta del número de premios que ha recibido la Clínica Universidad de Navarra? ¿Qué hace que este galardón sea diferente?

Respuesta. En primer lugar, quiero aclarar que en la clínica no trabajamos por los premios, nuestro mayor premio es la confianza que depositan cada día los pacientes que nos visitan. No llevamos una cuenta de los premios, pero, por ejemplo, últimamente la clínica se ha reconocido como hospital para formar parte del Caiber y es un centro acreditado por la Joint Commission desde 2004. Pero este premio nos hace mucha ilusión, porque pone el foco en la atención al paciente, que es la razón de ser de la clínica, que tiene como misión principal poner al paciente en el eje central. Estamos muy contentos.

P. En esta ocasión, además, se ha alzado también con los premios en las áreas de Cardiología y Oncología, en las ya repiten. ¿Cuáles son los otros puntos fuertes del centro?

R. En esos dos departamentos hemos conseguido ya estos premios y hemos sido finalistas en Ginecología o Psiquiatría. La clínica está desarrollando mucho los departamentos quirúrgicos, en los que ha habido un incremento de actividad de dos dígitos. Está siendo posible porque intentamos un abordaje multidisciplinar, en todas las especialidades

"La acreditación aporta al paciente el compromiso de la organización de mejorar la asistencia y garantizar un entorno seguro tanto para ellos como para el personal"

médico-quirúrgicas, ya que el centro dispone de todas ellas y resulta más fácil dar una atención integral al paciente.

P. ¿Con qué mecanismos cuentan para garantizar una atención de calidad al paciente?

R. Pasamos encuestas de satisfacción todos los años, que comparamos con hospitales similares. Estamos atentos a las sugerencias de los pacientes que pueden realizar de forma anónima mediante unos buzones que tenemos diseñados para este fin. Un punto fuerte es que desde el departamento de operaciones de la clínica medimos todos los tiempos relacionados con el paciente, tiempos de espera, etc. Otro aspecto que trabajamos es medir los resultados clínicos, no sólo de mortalidad, que es obligatorio en los centros, sino de calidad, curación en algunas patologías, etc.

P. Comentaba que el centro está acreditado desde 2004 por la Joint Commission International, ¿qué supone para el enfermo que acude a ustedes?

R. Es la mayor organización de acreditación de la calidad de EEUU e inspecciona en la actualidad, mediante un proceso voluntario de acreditación, unos 20.000 centros. Esta acreditación certifica que un centro ha alcanzado el nivel óptimo para la función que tiene encomendada y se basa en funciones relevantes de la organización y establecer estándares de buena práctica clínica. La acreditación aporta al paciente el compromiso claro de la organización por mejorar la asistencia al paciente y también por garantizar un entorno seguro y que se trabaje sistemáticamente en la reducción de riesgos para el personal.

P. ¿Qué es lo que valoran más los pacientes?

R. En primer lugar los cuidados de enfermería. También que se les resuelva, cuando viene un paciente se le intenta diagnosticar en el menor tiempo posible y darle una salida en el tratamiento, ya sea a través de medicación, intervención quirúrgica o algún procedimiento. Se trata de que el plazo que transcurre desde el diagnóstico y ese procedi-



José Andrés Gómez Cantero
 Director general

miento sea el menor posible. Asimismo, valoran la implicación de los profesionales y del propio paciente, al que se le hace partícipe de su propia atención clínica.

P. ¿Qué destacan del hospital los profesionales?

R. Que están en un entorno universitario. Aprenden de todo el mundo, de pacientes y de otros compañeros de categorías profesionales, y tienen la posibilidad de enseñar. Estamos en una gran organización que pone el aprendizaje en uno de sus puntos fuertes. Se demuestra también en que los profesionales pueden realizar investigación y docencia, lo que sirve para mejorar su atención a los pacientes e innovar.

R. El respeto a la dignidad y la atención esmerada a cada persona son, según ha comentado, un distintivo de la clínica, ¿cómo se traducen estos principios en los indicadores que miden la satisfacción de los pacientes?

R. Las encuestas de satisfacción que he comentado van muy dirigidas a ello. Uno de los ítems que vemos es esa aten-

ción esmerada y ese respeto al paciente. En segundo lugar, desde el trabajo diario de la enfermería también medimos el respeto al paciente. Cada error en atención al paciente se reporta de forma anónima a través del sistema de información, esos errores se analizan luego en las comisiones de morbimortalidad. No se trata de pedir cuenta de los fallos, sino de que el sistema respete al paciente y de que cada error se transforme luego en una oportunidad de aprendizaje de nuestros profesionales.

P. Otro sello que reiteran es la visión cristiana de la persona, ¿influye en la atención al paciente desde un plano clínico? ¿Puede provocar reparos en pacientes que no comparten estos principios?

R. La atención a cada paciente es universal, no discrimina a ninguna persona ni por su nivel social, su nivel económico, origen étnico, creencias, etc. Esa visión cristiana la concretamos en el respeto a la libertad y la dignidad de cada persona. En este hospital apostamos por la vida, desde el inicio a su término natural, por la confidencialidad, amparada en el secreto profesional, y también por el trabajo en equipo y multidisciplinar, y todos esos valores los anclamos en esa visión cristiana de la persona. Cuando las personas acuden a la clínica buscan que les traten con dignidad y les curen: nos visitan pacientes de todas las tendencias políticas y todos los credos religiosos. Cada vez atendemos más pacientes musulmanes, que vienen aquí porque se respetan sus creencias.

P. Cada año atienden a miles de personas de 50 países, ¿cómo se resuelven las dificultades que se pueden plantear?

R. La exigencia es muy parecida y la satisfacción muy alta. Los pacientes portugueses destacan que aporta esa visión integral de la enfermedad, no se acota en un departamento. Disponemos de personal médico y asistencial que puede comunicarse con ellos en inglés o portugués, incluso hace años, que vino un grupo finlandés derivado de su sistema de salud, algunos profesionales se trasladaron a aprender su idioma para atenderles luego aquí.

P. ¿Cómo se cuida el entorno del afectado?

R. Tenemos un departamento de relaciones externas que está al tanto de las necesidades que tienen los familiares de nuestros pacientes y hay un comité voluntario de personas que han trabajado o han sido pacientes y prestan apoyo en momentos clave. Por último, acabamos de editar una guía para el acompañante del paciente hospitalizado que se centra en el entorno y también editamos una guía para el paciente que acude a consulta, otra para los familiares de pacientes en la UCI, y otros materiales para el paciente con educación y consejos prácticos.



■ LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA EN CIFRAS



Desde hace **48** años la Clínica Universidad de Navarra trabaja para asegurar una asistencia médica de calidad y una atención personalizada. Un total de **1.618** profesionales sanitarios integran una plantilla de cerca de **2.300** trabajadores. La CUN fue finalista en el apartado de Mejor Hospital en las dos ediciones anteriores de los Premios Best In Class. Actualmente, el centro cuenta con acreditación docente en **34** especialidades.

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 año 2008 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 2008, y por ofrecer numerosos beneficios sociales para sus colaboradores.

A la sociedad

- Al destinar más de 2.000 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 más 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.

■ CENTRO DE SALUD LAS ÁGUILAS, MEJOR SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

"Estamos muy entrenados para hacer un rápido diagnóstico diferencial y valorar al paciente"

- Una línea de trabajo basada en la mejora de la calidad y en el modelo EFQM constituye la clave del éxito de este centro
- Pondrán en marcha en enero un proyecto para dar más accesibilidad al enfermo, trayendo al internista una vez por semana

GM IRENE FERNÁNDEZ
Madrid

Más de 20 años de experiencia, entrenamiento y una mejora continua de la calidad asistencial representan las señas de identidad del Centro de Salud Las Águilas, de Madrid, que ha debutado en la recién incorporada categoría de Atención Primaria (AP) de los Premios Best In Class, haciéndose con el galardón al mejor servicio de AP. Un apartado, respaldado por Semergen, que disputaban 44 centros de salud españoles. Su coordinadora médica, Montserrat González Martín, revela las claves del éxito y los proyectos de futuro.

Pregunta. La categoría de Atención Primaria en los Premios Best In Class se estrena este año. ¿Qué méritos ha realizado este centro para hacerse con el galardón?

R. Es el primer premio para atención primaria al que tenemos acceso y los méritos los supone el intentar realizar, desde hace unos años, una línea de trabajo basada en la mejora de la calidad y en todo el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), que en principio para atención primaria no estaba muy establecida. Lo hemos ido sacando adelante poco a poco para mejorar el servicio que damos a los pacientes. Pero siempre basándonos en una mejora continua de la calidad.

P. ¿Debe cobrar más relevancia la atención primaria?

R. La AP tiene mucha importancia, pero la tiene muy poco reconocida. Todos pensamos que es la base del sistema sanitario. Si la atención primaria no tuviera buenos profesionales y no marchara bien, el sistema sanitario se vería profundamente afectado.

"Tenemos en marcha un trabajo para optimizar la presión asistencial y atender mejor, quitando la burocracia de las consultas y aquellas que no son necesarias"

P. ¿Cómo han sabido gestionar ese tiempo escaso en las consultas y tan reclamado por los profesionales para atender correctamente las diferentes patologías de AP?

R. Lo gestionamos a base de entrenamiento. Estamos muy entrenados para hacer un diagnóstico diferencial muy rápido, y también a lo largo del tiempo para valorar al paciente en toda la dimensión y para intentar hacer la prevención y la promoción que se supone tenemos que hacer también en el menor tiempo posible. Aparte, que el tiempo de consulta de cada paciente varía, y siempre compensamos un mayor tiempo para un paciente con un menor tiempo para otro paciente, en función de lo que cada uno necesite.



Montserrat González Martín
Coordinadora médica

P. ¿Sufren déficit de médicos de familia?

R. En el centro de salud no, aunque a nivel nacional exista. Lo que sí tenemos es déficit de suplentes siempre, pero en cuanto a plantilla estamos con un ratio muy bueno.

P. ¿Qué protocolos de acción destaca en la coordinación con la medicina especializada?

R. Protocolos de acción con especializada tenemos varios establecidos, como con medicina interna, y también tenemos un protocolo de especialista interconsultor que está funcionando muy bien. Por eso, nos estamos planteando, incluso, que en vez de que el paciente vaya al hospital, que además en la zona donde está localizado el centro de salud la distancia al hospital es considerable, traer aquí al internista una vez a la semana, para que le sea más accesible. Es un proyecto en el que estamos trabajando ahora mismo y que queremos poner en marcha en enero. Además, disponemos de protocolos de derivación de todas las especialida-

des, con Endocrinología, con Nefrología... Son protocolos que están escritos y están ya muy valorados, con reuniones periódicas que congregan a representantes de la gerencia de atención primaria con ellos.

P. ¿Qué diferencia al C. S. Las Águilas del resto de centros de salud?

R. No sé si somos diferentes de otros centros de salud, pero si este centro tiene algo que destaca, aparte de que llevamos 21 años funcionando, es que cuenta con profesionales que nos conocemos desde hace bastante tiempo. Tenemos una muy buena relación y eso, yo creo, que nos hace trabajar con más ganas y con más esfuerzo, además de facilitar más todos los procesos.

P. ¿Están satisfechos con la calidad asistencial que ofrecen a los pacientes?

R. La calidad asistencial que aquí damos es mejorable, pero creemos que es buena.

P. ¿Y qué proyectos de mejora tienen en marcha a corto plazo?

R. Tenemos un proyecto de mejora medioambiental, que es el que hemos iniciado este año, para control de gasto en luz y en calefacción, y para residuos. Y, disponemos de un proyecto de mejora para optimizar la presión asistencial y para poder atender mejor a los pacientes intentando quitar toda la burocracia de las consultas, además de aquellas consultas que no son necesarias.

P. Si dispusieran de todos los recursos necesarios, porque a veces la falta de medios tanto materiales como humanos dificulta la realización de proyectos, ¿qué potenciarían sobre el resto?

R. Si este fuera el caso, nos gustaría potenciar más la investigación, pero ahí sí que nos falta el recurso tiempo, aparte del material. También nos gustaría, y tenemos un proyecto de mejora en marcha, potenciar más nuestra docencia. Somos un centro docente con residentes, pero tenemos siempre la sensación de que lo hacemos de manera poco sistematizada, y nos gustaría mejorarlo.

P. ¿Y en qué ámbitos de investigación se están moviendo actualmente?

R. En el ámbito de la atención primaria, en especial, en el de la prevención y en el de la promoción de la salud.

P. ¿Están preparados para una posible sobrecarga del sistema sanitario, teniendo el virus A/H1N1 como referente para este invierno?

R. Si no existen bajas laborales y no nos quedamos sin suplentes, sí estamos preparados. Hemos tenido epidemias de gripe estacional mucho más importantes que ésta, de momento, y las hemos asumido sin problemas.



■ EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, PREMIO BiC A LA MEJOR RED DE ASISTENCIA PRIMARIA



La final de la nueva categoría de Atención Primaria de los Premios BiC estuvo reñida por una lista de 10 finalistas, entre los que destacaron, por su número, los centros de salud madrileños. Un total de cuatro fueron seleccionados entre ellos, lo que le valió al Servicio Madrileño de Salud para alzarse con el **Premio a la Mejor Red de Asistencia Primaria** de España. Los otros centros de esta comunidad finalistas fueron Segovia (área 7), José María Llanos (área 1), y Valle de la Oliva, en Majadahonda.



Fachada del Centro de Salud madrileño Las Águilas

ERBITUX®
CETUXIMAB

Personaliza la EFICACIA

Ahora indicado
en **1ª línea**
en **CCRm*** y **CECC***

* Consultar Ficha Técnica
CCRm: Cáncer colorrectal metastásico
CECC: Carcinoma escamoso de cabeza y cuello

Merck Serono Oncología | *Combination is key™*

 **MERCK**
SERONO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Eribix 5 mg/ml solución para perfusión **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. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de los viales. Cetuximab es un anticuerpo IgG₁ monoclonal quimérico producido en una línea de células de mamíferos (Sp2/0) mediante tecnología de DNA recombinante. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1 de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA.** Solución para perfusión. Solución isotónica. **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciones terapéuticas: Eribix 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 o en monoterapia en aquellos pacientes en los que haya fracasado el tratamiento con oxaliplina e irinotecán y que no toleren irinotecán. Eribix está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada o en combinación con quimioterapia basada en platino, para la enfermedad recurrente y/o metastásica. **Posología y forma de administración:** Eribix 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. **Posología:** Antes de la primera perfusión se debe administrar al paciente un antihistamínico y un corticosteroide. Se recomienda esta medicación previa en todas las perfusiones posteriores. En todas las indicaciones, Eribix 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 de cetuximab por 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 hasta una hora después de 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 periodo de radioterapia. En los pacientes con cáncer de células escamosas recurrente y/o metastásico de cabeza y cuello, cetuximab se utiliza en combinación con quimioterapia basada en platino, seguido de cetuximab como tratamiento de mantenimiento, hasta la progresión de la enfermedad. La quimioterapia no debe administrarse hasta una hora después de la finalización de la perfusión de cetuximab. **Forma de administración:** Eribix 5 mg/ml se administra por vía intravenosa mediante una bomba de perfusión, goteo por gravedad o una bomba de jeringa (con instrucciones de uso y manipulación, ver sección Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones). 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/h. **Poblaciones especiales:** Hasta la fecha sólo se han estudiado pacientes con función renal y hepática adecuada (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Cetuximab no ha sido estudiado en pacientes con trastornos hemolíticos 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. **Rebeldes pediátricos:** No hay experiencia en niños (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Contraindicaciones:** Eribix está contraindicado en pacientes con reacciones de hipersensibilidad graves (grado 3 o 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. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Reacciones relacionadas con la perfusión: Si el paciente presenta una reacción leve a 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 de estas reacciones y dárles 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 cardiovascular 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 2-3) (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 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 desórdenes 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 hipopotasemia a consecuencia de la diarrea. También puede producirse hipocalcemia; en particular la frecuencia de la hipocalcemia grave puede estar aumentada cuando se utiliza en combinación con quimioterapia basada en platino. 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. **Neutropenia y complicaciones infecciosas relacionadas:** Los pacientes que reciben cetuximab en combinación con quimioterapia basada en platino tienen un mayor riesgo de presentar neutropenia grave, que puede llevar a complicaciones infecciosas posteriores como neutropenia febril, neumonía o sepsis. En estos pacientes se recomienda una vigilancia minuciosa, sobre todo en los que sufren lesiones cutáneas, mucositis o diarrea, que pueden facilitar la aparición de infecciones (ver sección Reacciones adversas). **Poblaciones especiales:** Hasta la fecha sólo se han estudiado pacientes con función renal y hepática adecuada (creatinina sérica $\leq 1,5$ veces, transaminasas ≤ 5 veces y bilirrubina $\leq 1,5$ veces el límite superior de normalidad). Cetuximab no ha sido estudiado en pacientes que presentaban uno o más de los siguientes parámetros anormales: hemoglobina < 9 g/dl, recuento de leucocitos $< 3000/\text{mm}^3$, recuento absoluto de neutrófilos $< 1500/\text{mm}^3$, recuento de plaquetas $< 100000/\text{mm}^3$. Existe experiencia limitada en el uso de cetuximab en combinación con radioterapia en el cáncer colorrectal. **Atención pediátrica:** No se ha determinado la seguridad y eficacia de cetuximab en pacientes pediátricos menores de 18 años. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La frecuencia de la leucopenia grave o de la neutropenia grave puede ser mayor y, por tanto, puede llevar a una tasa más alta de complicaciones infecciosas como neutropenia febril, neumonía y sepsis con la combinación con quimioterapia basada en platino, en comparación con la quimioterapia basada en platino sola (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). La frecuencia de isquemia cardíaca, incluidos infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (eritridroestesia palmoplantar) fueron más altas con la combinación con 5-fluorouracilo que con la perfusión de 5-fluorouracilo solo. 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. **Embarazo y lactancia:** EGRF está implicado en el desarrollo del feto. Observaciones limitadas en animales indican una transferencia placentaria de cetuximab y se ha comprobado que otros anticuerpos IgG atraviesan la barrera placentaria. Los datos en animales no revelaron pruebas indicativas de teratogenicidad. No obstante, dependiendo de la dosis, se observó una incidencia mayor de abortos. No se dispone de datos suficientes en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Se recomienda encarecidamente que Eribix se administre durante el embarazo o en mujeres que no utilicen métodos anticonceptivos adecuados sólo si el beneficio potencial para la madre justifica el riesgo potencial para el feto. Se recomienda que las mujeres no amamanten a sus hijos durante el tratamiento con Eribix ni durante 2 meses después de la última dosis, ya que se desconoce si cetuximab se excreta en la leche materna. **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 alteren su capacidad de concentración y reacción, se recomienda que no conduzcan ni utilicen maquinaria hasta que disminuyan dichos síntomas. **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 ($\geq 1/10$), Frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), Raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), Muy raras ($\geq 1/100.000$, $< 1/10.000$). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). El asterisco (*) indica que debajo de la tabla se incluye información adicional sobre la reacción adversa correspondiente. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Muy frecuentes: Hipomagnesemia (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Frecuentes: Deshidratación, especialmente secundaria a diarrea o mucositis; hipocalcemia (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo), anorexia que puede llevar a disminución del peso. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Cefalea. Trastornos oculares: Frecuentes: Conjuntivitis. Poco frecuentes: Blefaritis, queratitis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Trombosis venosa profunda. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Embolia pulmonar. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: Diarrea, náuseas, vómitos. Trastornos hepato biliares: Muy frecuentes: Aumento en los niveles de enzimas hepáticas (ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina). Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Muy frecuentes: Reacciones cutáneas*, frecuencia no conocida: Sobreinfección de lesiones cutáneas*, Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Muy frecuentes: Reacciones leves a moderadas relacionadas con la perfusión*, mucositis leve a moderada que puede provocar epistaxis. Frecuentes: Reacciones graves relacionadas con la perfusión*, cansancio. **Información adicional:** En términos generales no se observaron diferencias clínicamente relevantes entre sexos. **Reacciones relacionadas con la perfusión:** Las reacciones leves a moderadas relacionadas con la perfusión son muy frecuentes, incluyendo síntomas como fiebre, escalofríos, mareo o dolor, 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, aumento o disminución de la tensión arterial, 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 afecta como máxima 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. **Tratamiento combinado:** Cuando cetuximab se use en combinación con agentes quimioterápicos, se deben consultar también sus fichas técnicas correspondientes. La frecuencia de la leucopenia grave o de la neutropenia grave puede ser mayor y, por tanto, puede llevar a una tasa más alta de complicaciones infecciosas como neutropenia febril, neumonía y sepsis con la combinación con quimioterapia basada en platino, en comparación con la quimioterapia basada en platino sola (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). La frecuencia de isquemia cardíaca, incluidos infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (eritridroestesia palmoplantar) fueron más altas con la combinación con 5-fluorouracilo que con la perfusión de 5-fluorouracilo solo. 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 infecciosas). 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. **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. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes: Cloruro de sodio, Glicina, Polisorbat 80, Ácido cítrico monohidrato, Hidróxido de sodio, Agua para preparaciones inyectables. **Incompatibilidades:** Este medicamento no debe mezclarse con otros excepto con los mencionados en la sección Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. Se debe utilizar una línea de perfusión independiente. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Se ha demostrado la estabilidad física y química de Eribix 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 y otras manipulaciones. Eribix 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. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Eribix 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. Eribix 5 mg/ml es compatible: con bolsas de polietileno (PE), estéril vial acetato (EVA), estéril vial acetato (EVA) o cloruro de polivinilo (PVC); con equipos de perfusión de polietileno (PE), polipropileno (PP), estéril vial 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 asépticas cuando se prepare la perfusión. Eribix 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 Eribix. 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 Eribix de un vial. Transfiera Eribix a la bolsa de perfusión preparada. Repita este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conecte la línea de perfusión y cúbela con Eribix 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 Eribix. Tome una jeringa estéril apropiada (mínimo 50 ml) y conecte una aguja adecuada. Extraiga el volumen que precise de Eribix de un vial. Transfiera Eribix a una bolsa o envase estéril vacío. Repita este procedimiento hasta alcanzar el volumen calculado. Conecte la línea de perfusión y cúbela con Eribix 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 Eribix. Tome una jeringa estéril apropiada y conecte una aguja adecuada. Extraiga el volumen que precise de Eribix de un vial. Retire la aguja e introdúcala en 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 Eribix 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. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Alemania. **REPRESENTANTE LOCAL:** Merck S.L. María de Molina, 40, 28006, Madrid. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2009. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN, PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Medicamento sujeto a prescripción médica. **Uso Hospitalario:** Eribix 5 mg/ml solución para perfusión: 1 vial de 20 ml de solución para perfusión: PVP: 230,21€; PVP IVA: 247,74€.

■ CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MEJOR SERVICIO DE ONCOLOGÍA

"La Unidad de Psicooncología es de las más saturadas"

GM CECILIA OSSORIO
Barcelona

El Servicio de Oncología de la Clínica Universidad de Navarra no es nuevo en los Premios BiC. Ya obtuvieron el galardón en la edición del año 2007. No es casual, la clave radica en la capacidad por mantener un alto nivel de exigencia avalado por auditorías y en el esfuerzo por hacer del soñado abordaje integral del paciente una realidad.

Pregunta. Son ganadores por segunda vez. ¿Cómo se mantiene la excelencia en la calidad asistencial?

Respuesta. Hemos introducido un programa de calidad asistencial ligado a otro aspecto muy importante dentro de un hospital universitario, que es el proceso de investigación. Cada una de las fases en las que se atiende al paciente lleva unos objetivos en cuanto a lo que es la eficiencia, los resultados y la forma en la que se ofrece el servicio. A veces, el punto fundamental no es la puesta en marcha del programa de calidad, sino que donde más hay que incidir es en el mantenimiento del control de calidad, en la vigilancia de todas las fases del proceso, para no conseguirlo sólo una vez, sino mantenerlo. Es lo que creo que nos ha llevado a tener el honor de recibir este reconocimiento por segunda vez, va en relación con la perseverancia de auditar continuamente cada uno de los controles de calidad que pusimos.

P. ¿En qué aspecto han mejorado más en los dos últimos años?

R. Hemos hecho especial énfasis en algo que es fundamental, porque hay que intentar obviamente curar al paciente oncológico, pero a veces es difícil alcanzar la curación. En esos casos prima la calidad de vida del paciente, y nosotros hemos introducido el control de este aspecto desde el momento del diagnóstico. Estamos trabajando codo con



Jesús García Foncillas
Director del Departamento de
Oncología y Radioterapia

"Estamos liderando el proyecto Imaging, cuyo objetivo es identificar en cáncer de mama pacientes que se puedan beneficiar de tratamiento antiangiogénico"

codo con nuestra unidad de cuidados paliativos, que está muy pendiente del abordaje multidisciplinar, no sólo físico sino también anímico, del paciente oncológico. Este esfuerzo nos ha hecho merecedores en septiembre de este mismo año de la acreditación de centro integral de oncología y cuidados paliativos que otorga la Sociedad Europea de Oncología.



P. En la actualidad se está haciendo hincapié en el papel clave de la Psicooncología.

R. Efectivamente. Está dentro de esta aproximación que comentaba de la unidad de Cuidados Paliativos. Dentro de ella hay una unidad especial de Psicooncología que está haciendo un gran trabajo. En situaciones de diagnóstico muy precoz, el paciente sufre un impacto psicológico, no es un problema de dolor físico ni de síntomas concretos. Y cuando uno sabe lo que es el apoyo psicooncológico, ya no puedes obviarlos. Constituye un elemento crítico de la estructura integral del tratamiento oncológico. De hecho, es una de las unidades más saturadas que tenemos, porque de una forma u otra todos los pacientes tienen esa necesidad de sentirse respaldados psicológica y anímicamente. Y ahí hacemos una labor no sólo puntual, sino continuada.

P. ¿En qué líneas de investigación están trabajando?

R. Estamos concentrando esfuerzos en dos grandes campos. Uno, buscar biomarcadores, comprender qué pacientes se pueden beneficiar mejor de un tratamiento. Lideramos un proyecto que se llama Imaging, cuyo objetivo es identificar en cáncer de mama pacientes que se puedan beneficiar de tratamiento antiangiogénico a través de hacer todo un conjunto de pruebas de imagen y moleculares tanto a nivel genómico como proteómico. Es un estudio que centralizamos nosotros en el que participan pacientes de unos 12 centros de los alrededores de Pamplona.

Por otro lado, tenemos estudios para buscar nuevas moléculas en el tratamiento del cáncer mediante el conocimiento de los puntos de inflexión críticos en la carcinogénesis en los tumores más frecuentes. En concreto en cáncer de colon, de pulmón y de mama. Una vez que tenemos claros esos puntos críticos en esa adquisición de un fenotipo más agresivo, podremos llegar a desarrollar moléculas que bloqueen esas vías concretas.

■ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, MEJOR SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

"Hay un frente abierto en diagnóstico genético"

GM C. OSSORIO
Barcelona

La especialidad de Hematología se ha estrenado en esta edición y ha recaído en el servicio que dirige Jesús San Miguel en el Hospital Universitario de Salamanca. Ahora bien, fue la doctora Lourdes Vázquez quien impulsó al resto del equipo a presentarse y quien habló con GACETA MÉDICA.

Pregunta. Son el primer servicio de Hematología en recibir un Premio BiC.

Es un orgullo para todo el servicio. Ya tenemos un reconocimiento especial a nivel de investigación y de asistencia clínica, y recibir ahora un premio en calidad asistencial es muy significativo para nosotros.

P. ¿Qué les ha hecho merecedores de este galardón?

R. Que todos tengamos unas bases para trabajar de forma común, y que se cumplan. Que el servicio ofrezca unos estándares de calidad. A nivel de trasplante, trabajamos con las normas de JACIE, una organización europea de acreditación de unidades de trasplante y normas de calidad. Fuimos la segunda unidad en acreditarse a nivel europeo, y ahora estamos pendientes de pasar la reacreditación en 2010. A nivel de laboratorios trabajamos en base a normas ISO y en banco de sangre con normas CAT.

Ahora mismo, para trabajar en medicina, aparte de hacer buena asistencia, y tener buena investigación dentro de los servicios, tienes que demostrarlo con normas establecidas. Y así nos regimos nosotros.

P. ¿Qué otros aspectos destacaría del servicio?

R. Creo que la forma de trabajar es muy completa, porque es un servicio en el que se lleva a cabo todas las funciones fundamentales: es docente, es asistencial y tiene una parte de



La doctora Lourdes Vázquez, en la tercera fila, junto a todo el servicio de Hematología que dirige Jesús San Miguel.

Lourdes Vázquez
Médico adjunto del Servicio
de Hematología



investigación muy importante que ayuda a progresar.

P. ¿Qué estudios están llevando a cabo?

R. Hay muchos estudios abiertos, y una de las líneas fundamentales de investigación está centrada en el estudio de nuevos fármacos en mieloma múltiple.

P. ¿Sufren sobrecarga asistencial?

R. La sobrecarga existe en todos los servicios. Pero en Hematología trabajamos mañana y tarde y es la única forma de poder sobrellevarlo. Nuestro horario es continuado y todos terminamos más allá de las cinco o las seis de la tarde.

"Aparte de hacer buena asistencia y tener buena investigación dentro de los servicios, hay que demostrarlo también con normas establecidas"

Prolongamos la jornada de una manera altruista. Somos muchos, pero también tenemos todas las áreas de desarrollo de la hematología abiertas.

P. ¿Cuáles son los retos inmediatos de la especialidad?

La Hematología ha progresado muchísimo en tratamientos, y ahora mismo hay un frente abierto en nuevos diagnósticos precoces o diagnósticos genéticos para saber o predecir qué pacientes podrán tener una enfermedad hematológica. Se está investigando a nivel genético para saber qué pacientes se podrán beneficiar de unos tratamientos o de otros.

■ CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MEJOR SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

“El futuro de la Medicina está en la calidad”

GM E.M.C.
Madrid

El servicio de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra revalida este año su Premio Best In Class. El director del servicio, Ignacio García Bolao, explica a GM los avances en este tiempo.

Pregunta. El año pasado el servicio de Cardiología ya se alzó con el Premio BiC en esta especialidad, ¿cuál es la clave para seguir destacando por encima de otros hospitales?

Respuesta. Es fundamental tener mucha fe en las cuestiones de calidad y atención al paciente. Tenemos la suerte de contar con un departamento de calidad que nos ayuda y estimula a todo este tipo de cuestiones y creo que esa es la clave principal: saber que el futuro de la Medicina está en la calidad y en la atención al paciente, que es el fin último de nuestra profesión.

P. ¿Qué novedades se han introducido en el servicio en este último año?

R. Se han hecho avances importantes en la electrofisiología, en cuanto a nuevas técnicas para la ablación de fibrilación auricular. Estábamos haciendo fibrilación auricular hace varios años, pero se han introducido nuevos sistemas de navegación. También se ha mejorado mucho en el área de imagen, con una serie de procedimientos nuevos en ecocardiografía avanzada. En hemodinámica se están introduciendo nuevas técnicas, como el cierre percutáneo de Leak o el cierre de orejuelas, que contribuyen a mejorar la atención.

P. ¿Se han conseguido acortar los tiempos de espera, que consideraban como una de las áreas de mejora?

R. Sí, se ha conseguido avanzar. Ahora mismo los tiempos de espera son realmente pequeños.

P. ¿Qué mecanismos permiten reducir estos tiempos?

R. Ha sido posible gracias a un sistema nuevo de llamadas al paciente, optimizando las agendas de los diferentes médicos. En definitiva, hemos implementado un sistema para citar al paciente de una forma más eficiente.

P. Una apuesta clara es la creación de unidades como la de insuficiencia cardíaca, ¿cómo repercute en la calidad?

R. Hay que tener en cuenta que son pacientes muy crónicos y disponer de una unidad especializada es fundamental de cara a la calidad. Un aspecto que me gusta recalcar es la importancia de la atención telefónica. Disponemos de dos enfermeras a tiempo completo que atienden telefónicamente al paciente, especialmente al paciente con insuficiencia cardíaca. Están al tanto del seguimiento de datos tan básicos como el peso, o la cumplimentación de las medidas de prevención secundaria. Este tipo de instrumentos ayudan mucho y el paciente las percibe positivamente.

P. ¿Cuántos profesionales integran este tipo de unidades? ¿Existen otros dispositivos en otras patologías?

R. En la unidad hay dos enfermeras a tiempo completo en atención telefónica, aparte de los médicos. Se ha implementado también este año un servicio que tiene relación con esta unidad y también con la de arritmias, que es la monitorización ambulatoria de los dispositivos para el tratamiento de arritmias, los desfibriladores y los marcapasos.

P. Dentro del Plan Estratégico de Calidad del servicio, ¿cuál es el siguiente paso?

R. Queremos seguir mejorando en los tiempos, disminuyendo la estancia hospitalaria y los tiempos de espera, etc. Además, vamos a seguir implementando recursos como la monitorización que he citado antes, que ahora mismo está funcionando en unos 30 ó 40 pacientes, de manera que prácticamente todos los pacientes con marcapasos o desfibriladores



Ignacio García Bolao
Director del Servicio de Cardiología

“Nuestro gran reto es la futura creación de una Unidad de Control de Riesgo Cardiovascular para optimizar el control de los factores de riesgo de los pacientes”

dores tengan la posibilidad de contar con estos sistemas. Hay cosas que son difíciles de mejorar —los tiempos de espera ya son muy pequeños— pero hay muchos otros puntos en los que merece la pena ir adelante. Además, nuestro gran reto es la futura creación de una Unidad de Control de Riesgo Cardiovascular para optimizar el control de los factores de riesgo y hábitos de vida de nuestros pacientes.

■ HOSPITAL DE BASURTO, MEJOR SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

“Tenemos una atención personalizada al parto”

GM E. SAINZ CORADA
Madrid

La Obstetricia y Ginecología es una especialidad médica más sensible a las demandas y reclamaciones de los usuarios debido en parte a la atención de procesos tan sensibles como la gestación y el parto.

El Hospital de Basurto ha conseguido el Premio Best In Class (BiC) al mejor servicio en atención al paciente en esta área gracias, entre otras virtudes, a la certificación el proceso del parto y puerperio con la norma ISO 9001: 2000, un documento, a disposición de todas las usuarias, a propósito de la “Atención personalizada al parto” para la humanización de este proceso natural, así como al trabajo en equipo de todo el personal sanitario. Miguel López Valverde, jefe de este servicio, explica las claves.

Pregunta. ¿Qué méritos cree que han hecho a su servicio merecer el galardón?

Respuesta. El servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Basurto es un servicio dinámico que desde hace más de ocho años apostó por trabajar en calidad y en la gestión por procesos, orientando el trabajo asistencial a la satisfacción del paciente y a la mejora continua. Con esta forma de trabajo hemos conseguido certificar el proceso de parto y puerperio con la norma ISO 9001: 2000 en el año 2005 y el TOP 20 en ese mismo año. Esta sistemática de trabajo ha conseguido también que podamos identificar nuestras áreas que precisan mejora y así conseguir buenos resultados.

En esta tarea ha estado siempre presente la importancia del trabajo en equipo, con implicación de todos los estamentos profesionales y, en algunos casos, de otras especialidades médicas.



Miguel López Valverde
Jefe del Serv. Ginecología y Obstetricia

“Debemos implicar a colectivos sociales que tienen interés en nuestra actividad asistencial y también ampliar la certificación de procesos como el prenatal”

P. ¿Y qué puntos quedan aún por mejorar?

R. Implicar a colectivos sociales —grupos de mujeres, asociación de mastectomizadas, colectivo de mujeres inmigrantes...— que tienen interés en nuestra actividad asistencial. También ampliar la certificación de procesos, como por ejemplo la asistencia prenatal.

P. Un dato hecho público recientemente por el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, y que creo

que es extrapolable a todo el país, dice que casi una de cada cuatro quejas de los pacientes van dirigidas a las especialidades de Ginecología y Obstetricia... ¿Por qué cree que son foco de tanto descontento?

R. El proceso más frecuente de nuestra especialidad es el parto normal. Las mujeres que acuden al hospital para tener a su hijo son mujeres sanas con una expectativa muy positiva ante el nacimiento. Un resultado adverso, es incomprensible y en muchas ocasiones inaceptable por las parejas y esto condiciona gran parte de las demandas contra los ginecólogos.

P. Una de las demandas más reclamadas por las pacientes en los últimos tiempos son la aplicación de medidas para ‘humanizar’ o ‘desmedicalizar’ el parto. ¿Qué ofrece en este sentido el Hospital de Basurto?

R. Nuestro servicio está totalmente comprometido con la tarea de humanizar el parto, ya que entendemos que se trata de un proceso fisiológico único en la vida de una mujer y con unas connotaciones emocionales que deben ser tenidas en cuenta a la hora de gestionar la asistencia a este particular proceso en la hospitalización.

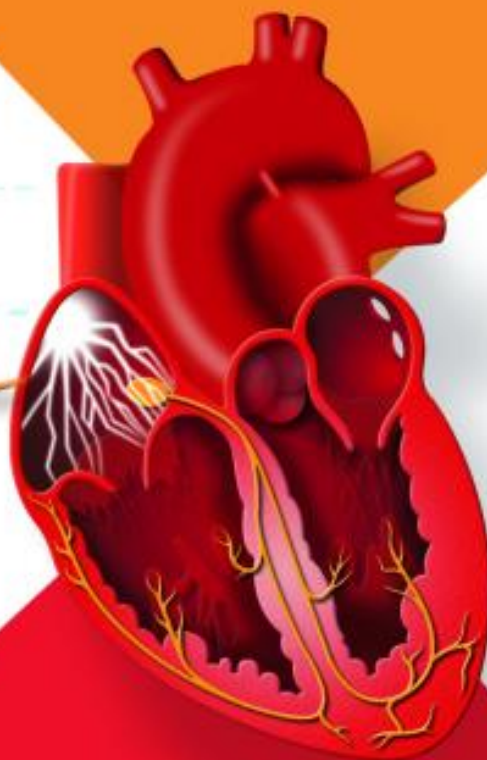
Tenemos un documento titulado “Atención personalizada al parto” que entregamos a las mujeres del área de influencia del hospital, donde se explica esta filosofía asistencial.

P. ¿Cuáles son los próximos retos a corto o medio plazo?

R. Ampliar el alcance total de nuestros procesos a la atención primaria de la comarca de Bilbao, centrado todo ello en los requisitos de las pacientes-clientes. Con esta implicación de la atención primaria y la atención especializada por trabajar en conjunto pretendemos conseguir una continuidad asistencial desde el comienzo hasta el final del proceso.

Laboratorios Servier
innova con...

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



Procoralan®
Ivabradina Primer inhibidor I_f

Eficacia anti-isquémica

DEMOSTRADA¹⁻⁴

1. Borer JS et al. *Circulation*. 2003; 107: 817-823.
2. Tardif JC et al. *Eur Heart J*. 2005; 26: 2529-2536.
3. Huzlylo W et al. *Drugs*. 2007; 67: 395-405.
4. López Becerra L et al. *Cardiology*. 2007; 108: 387-396.



■ FUNDACIÓN HOSPITAL MANACOR, MEJOR SERVICIO DE UROLOGÍA

"El paciente valora el trato humano y diferenciado"

GM MÓNICA RASPAL
Madrid

Tras quedar como finalista en las dos últimas convocatorias, el servicio de Urología que dirige Joan Benejam al fin han visto reconocidos sus esfuerzos por alcanzar la excelencia clínica, una motivación para seguir dando la mejor calidad asistencial a sus pacientes.

Pregunta. ¿Cuáles son los puntos fuertes del servicio para haber conseguido este reconocimiento?

Respuesta. Nuestro servicio se ha caracterizado desde su creación, hace 10 años, por buscar y alcanzar la excelencia clínica. Varias son las características que favorecen que esta se logre, entre ellas la accesibilidad —con consultas abiertas mañana y tarde o un gabinete de exploraciones complementarias disponible y operativo todos los días—, la alta tasa de ambulatorización quirúrgica —somos el primer servicio en España en realizar las intervenciones por adenoma de próstata en este régimen—, las técnicas quirúrgicas de mínima invasión —cuyo paradigma es la cirugía laparoscópica que practicamos, de manera sistemática, casi a la totalidad de los pacientes con una amplia cartera de procedimientos como nefrectomía, prostatectomía radical, cistectomía radical o cirugía reconstructiva— y las consultas de alta resolución, entre otras. Además de todas estas características buscamos dar un trato individualizado a cada paciente, sin olvidar que la virtud más valorada por éstos es recibir un trato humanizado y diferenciado.

P. ¿Qué opinión le merece el baremo utilizado para la selección de los ganadores?

R. Es un proceso independiente (plicas anónimas), con valoración mediante el baremo Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP), que mide de manera objetiva las

distintas variables que reflejan la calidad asistencial del servicio.

P. ¿Cuáles son sus retos de futuro?

R. Tenemos que mejorar continuamente. Debemos seguir ofreciendo los distintos avances médicos y quirúrgicos, mejorando la calidad con especial dedicación a la disminución de los tiempos de demora y también los aspectos de coordinación con otros servicios, especialmente con atención primaria. Sin duda reconocimientos como este galardón nos motivan a seguir en la búsqueda de la excelencia clínica.

P. ¿En qué investigaciones están trabajando?

R. En estos momentos estamos realizando un estudio de costes de la aplicación de la tecnología láser en hiperplasia benigna de próstata (HBP), pues creemos que cualquier nueva tecnología médica además de ventajas clínicas debe ser económicamente sostenible. Para ello creemos de capital importancia disponer de estudios que demuestren no sólo las ventajas clínicas, sino los aspectos económicos.

También colaboramos con la Universitat de les Illes Balears (UIB) en la validación de un programa informático de ayuda al diagnóstico y tratamiento de la litiasis urinaria, un programa pionero en cuanto a la aplicación informática en medicina que sin duda será de gran utilidad para la práctica médica del urólogo. Por otra parte, participamos en numerosos ensayos clínicos en patologías tan prevalentes como el cáncer de próstata, HBP o incontinencia urinaria.

P. Este centro es un habitual de estos premios, habiendo recibido varios reconocimientos en ediciones anteriores, ¿en qué premisas cree se basa este éxito?

Sin duda cumplimos con algunas características que favorecen el alcanzar de forma repetida reconocimientos como los Premios BiC, entre ellos la informatización del hospital, la política de calidad mediante la metodología EFQM o el



Joan Benejam
Jefe del Servicio de Urología

"El gran capital del hospital son los trabajadores, su cualificación profesional y humana, por lo que premios como éste trascienden más allá de un servicio"

sistema integrado de gestión operativo y en mejora continua permanente, pero en mi opinión el gran hecho diferencial es la cualificación profesional y humana de los profesionales implicados de forma clara y definida en alcanzar los objetivos establecidos. El gran capital del hospital son los trabajadores del mismo por ello premios como éste trascienden más allá de un servicio y suponen un premio y reconocimiento a todos los miembros del hospital.

■ HOSPITAL SAN JUAN DE ALICANTE, MEJOR SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

"Afrontaremos la asistencia neumológica 24 horas"

GM TONI MARTÍNEZ
Alicante

"Recibir este premio es un reconocimiento muy importante a la labor llevada a cabo durante años". Así se define la alegría del equipo de Neumología del Hospital San Juan de Alicante, dirigido por Eusebi Chiner Vives, al recibir el galardón Best In Class. Chiner contesta las preguntas de GM cuando aún tiene fresco "este estímulo para todos aquellos que trabajamos conjuntamente, médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo".

Pregunta. ¿Qué aspecto destacaría de su Unidad?

Respuesta. El primer aspecto destacable es la unidad de criterios de los miembros de nuestra sección, el concepto de equipo, no sólo a nivel científico sino incluso a nivel de relaciones humanas. El segundo, la búsqueda de la calidad y de la excelencia, sustentada sobre los protocolos de actuación, las vías clínicas y las consultas monográficas, que permiten ahondar en problemas clínicos concretos y unificar criterios. El tercer aspecto es la búsqueda de la eficiencia, empleando para ello los indicadores de gestión, que nos permiten analizar la casuística hospitalaria y modificar nuestros actos médicos para mejorar la atención al paciente. Finalmente destacaría la capacidad para desarrollar trabajo de investigación en algunos campos concretos de la Neumología, que ha dado sus frutos en forma de publicaciones científicas.

P. ¿Tienen mucha carga asistencial?

R. Nuestro hospital atiende a una población de 250.000 personas y es de referencia para algunas especialidades en toda la provincia de Alicante. En concreto durante varios años hemos actuado como referencia para el estudio de los trastornos respiratorios del sueño y ventilación mecánica.

Nuestra carga es elevada, pues nuestra plantilla es bastante limitada: 7 facultativos y 4 residentes. Atendemos 1.200 ingresos urgentes al año, realizamos 250 polisomnografías convencionales anuales, 1.000 poligrafías respiratorias domiciliarias y hospitalarias, 550 broncoscopias, 6.000 exploraciones funcionales respiratorias y atendemos a 3.000 primeras visitas y 6.000 revisiones, entre consultas hospitalarias y centro de especialidades, que también depende de nosotros. Es por tanto, una carga asistencial muy alta.

P. ¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

R. Quizás algunos aspectos organizativos, derivados de la necesidad de atender la consulta del centro de especialidades por las tardes, algunos aspectos relacionados con la monitorización de la calidad, la necesidad de creación de una Unidad de Cuidados Intermedios para evitar que los pacientes con ventilación no invasiva estén en salas de hospitalización convencional y se puedan beneficiar plenamente de la terapia y naturalmente, la necesidad de conseguir una guardia de Especialidad para cubrir todos los problemas neumológicos de nuestro Departamento sanitario.

P. ¿Cuál es la patología que más atienden?

R. A nivel de ingreso hospitalario la patología más atendida es la EPOC, seguida de las neumonías y otras como el carcinoma broncogénico o el tromboembolismo pulmonar. A nivel de consultas externas también la EPOC pero sobre todo el asma (principalmente de control más difícil) y en los últimos años la patología del sueño y los trastornos respiratorios relacionados constituyen la patología más prevalente.

P. ¿Cuáles son los principales retos que afrontan?

R. Afrontamos la continuidad del proceso asistencial hospital-medicina primaria-domicilio para evitar la burocratización, las demoras y la ineficiencia del sistema. Afrontamos el desarrollo tecnológico con la puesta al día de nuestros



Eusebi Chiner
Jefe del Servicio de Neumología

"En los últimos años la patología del sueño y los trastornos respiratorios relacionados con ésta constituyen la patología más prevalente"

recursos técnicos, incluyendo la informatización de las consultas y la unificación de la historia clínica. Afrontamos la asistencia neumológica las 24 horas para los próximos años y la adecuación de nuestro espacio físico para la dotación y puesta en marcha de una UCRI. En definitiva, queremos seguir apostando por nuestra profesión, por la calidad y la mejora de la atención a nuestros pacientes.

■ HOSPITAL LA FE DE VALENCIA, MEJOR UNIDAD DEL DOLOR

"Hay que mejorar los espacios en que trabajamos"

GM TONI MARTÍNEZ
Valencia

La Unidad Terapéutica del Dolor del Hospital Universitario La Fe de Valencia atiende con garantía de calidad máxima, eficacia y eficiencia a los pacientes y otros usuarios, encontrándose capacitada para la prevención, diagnóstico y tratamiento del dolor agudo, dolor postoperatorio, dolor oncológico y dolor crónico discapacitante o no, tanto de pacientes adultos como pediátricos. En la unidad se desarrollan las labores asistenciales conjuntamente con las docentes, las investigadoras y las epidemiológicas. Para ello, se fomenta la práctica clínica adecuada y avanzada en la que los múltiples especialistas trabajan de manera integrada y coordinada para facilitar la más selecta atención a los pacientes.

Además se mantiene en los primeros puestos en cuanto a aporte de investigación y avances científicos a la especialidad publicaciones y ensayos clínicos o trabajos de investigación. Finalmente, cuenta con una colaboración con el Comité de Docencia para pre y posgrado, así como especialistas de otros hospitales. Actualmente, la unidad tiene un total de 15 miembros.

Pregunta. ¿Qué le parece el sistema de valoración de los Premios Best In Class?

R. Bueno, tengo que decir que no he tenido acceso a las tablas que indican la valoración. En todo caso, el cuestionario me parece muy oportuno, y opino que las preguntas son adecuadas para valorar la unidad. Sin embargo, nadie conoce la puntuación que ha conseguido uno mismo ni tampoco la de los demás. Ni siquiera sabemos la puntuación de cada ítem, pero en definitiva, me parece un sistema de valoración muy acertado.

P. ¿Qué aspecto le gustaría destacar de su unidad?

R. En principio destacaría que se trata de una unidad de



carácter multidisciplinar, que está formada por personal de diversas especialidades, y en la que todos trabajamos en una misma dirección. Además, cuenta con una gran aceptación, tanto dentro del entorno de los pacientes como en el propio hospital, y también del personal sanitario de otros centros y el ámbito de las sociedades científicas. Todo ello se debe a que hay una serie de objetivos que se ha demostrado que se están cumpliendo y realizando, y esto es gracias al trabajo conjunto de las distintas disciplinas integradas en la unidad.

P. ¿Tienen mucha carga asistencial?

R. La verdad es que en estos momentos tenemos una carga excesiva. Nosotros realizamos técnicas de neuroestimulación, de infusión espinal, ozonoterapia, nucleolisis discal intervertebral en discopatías no quirúrgicas; además de tratamientos invasivos de la patología músculo-tendinosa y técnicas de neuromodulación por radiofrecuencia.

P. Tiene mucha importancia la labor docente en la unidad...

R. Efectivamente así es, actualmente tenemos acreditación docente tanto en pre como posgrado y también en

Jorge Pallarés
Jefe de la Unidad
de Dolor
(con su equipo)



"Somos una unidad de carácter multidisciplinar formada por personal de diversas especialidades y donde todos trabajamos en una misma dirección"

especialistas, es algo muy importante para nosotros.

P. ¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

R. En el caso de la Unidad del Dolor, mejoraría los espacios en los que trabajamos. Hablo tanto de la distribución física de esos espacios, como de algún aparataje en concreto.

P. ¿Tienen pacientes hospitalizados?

R. Sí, aunque la mayor parte de los pacientes son vistos en actividad ambulatoria. De hecho, únicamente uno de cada diez pacientes que son atendidos se queda hospitalizados.

P. ¿Cuál es la patología que más atienden?

R. La mayor parte de los pacientes de la Unidad del Dolor acuden por problemas relacionados con raquis (de columna vertebral y de espalda), tanto los que han sido operados como los que no. También son muchos los pacientes que llegan con dolores crónicos de origen neurológico.

P. ¿Qué significa para ustedes recibir este premio?

R. Es un estímulo muy positivo sobre todo para el personal de la unidad. En mi opinión se trata de un reconocimiento, además extrahospitalario, de una labor ardua que se demuestra por las metas conseguidas.

■ HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, MEJOR SERVICIO DE FARMACIA

"Organizamos la plantilla por servicios médicos"

GM CECILIA OSSORIO
Barcelona

Pregunta. Han ganado por segundo año consecutivo ¿Dónde reside la clave del éxito?

El premio siempre genera mucha satisfacción porque reconoce el esfuerzo de los profesionales. La apuesta y la inversión por parte de la dirección del centro en el Servicio de Farmacia también están siendo importantes. Hemos invertido esfuerzo, tiempo y dinero en automatizar los procesos y en incorporar nuevas tecnologías, pues creemos que esto aumenta la seguridad en el uso de los medicamentos, eleva la eficiencia del trabajo de las personas y facilita que se pueda trabajar en mejores condiciones.

P. ¿En qué líneas concretas han centrado sus esfuerzos?

R. Hemos trabajado en automatizar la logística, la distribución de medicamentos, haciendo hincapié en la preparación de lo que denominamos dosis unitarias así como en prescripción electrónica, con un sistema informático con señales de alerta que está implantado prácticamente en todo el hospital.

Hemos trabajado mucho en la adecuación de medicamentos a las necesidades del paciente. Hay muchos medicamentos que requieren una manipulación, y de ello se encarga el área de tecnología farmacéutica, en la que hemos ampliado mucho la actividad. Se ha creado una zona de salas blancas en las que elaboramos los tratamientos en las mejores condiciones de asepsia para garantizar seguridad del paciente.

P. ¿Cuál ha sido el desarrollo de la Unidad de Farmacogenética que abrieron hace dos años?

R. Ya está en un momento de madurez. Durante el primer año montamos todas las técnicas de laboratorio y este

segundo año hemos dado el salto a la clínica. Estamos convencidos de que tenemos que trabajar como un servicio de apoyo al diagnóstico y al tratamiento. Ya son 12 los medicamentos, sobre todo oncológicos y terapias biológicas, en los que hacemos un perfil genético de los pacientes.

Hemos incrementado el número de personas que hay en la unidad y estamos colaborando con los servicios médicos en el perfil genético y en la anticipación en la respuesta a esos medicamentos concretamente con Oncología, Hematología y Reumatología.

También hemos ampliado la cartera de servicios de la terapia de anticoagulación. Hemos querido entrar en este campo con anticipación, para que cuando se autorice la indicación de fibrilación auricular de los nuevos anticoagulantes orales podamos aportarle al médico algún criterio adicional de predicción.

P. Uno de sus objetivos era mejorar el perfil clínico del farmacéutico de hospital, ¿lo han logrado?

Sí, efectivamente, durante este último año ha sido la línea en la que hemos invertido más tiempo. Hemos organizado toda nuestra plantilla en función de los servicios médicos, de forma que cada uno de los farmacéuticos que trabajamos en el servicio llevamos uno o dos servicios para los cuales somos referente. Lo somos para cualquier problema que surja, pero también para lo que llamamos conciliación del tratamiento y la información al alta. Antes, la organización se realizaba por área de actividad, como por ejemplo la farmacocinética.

Hemos trabajado mucho en el área de Urgencias hospitalarias, Nefrología, Oncología y Hematología. Son las áreas en las que la inversión de tiempo ha sido más rentable en términos no económicos sino de salud.

P. ¿El proyecto 2020 es un referente para todos los hospi-



Miguel Ángel Calleja
Jefe del Servicio de Farmacia

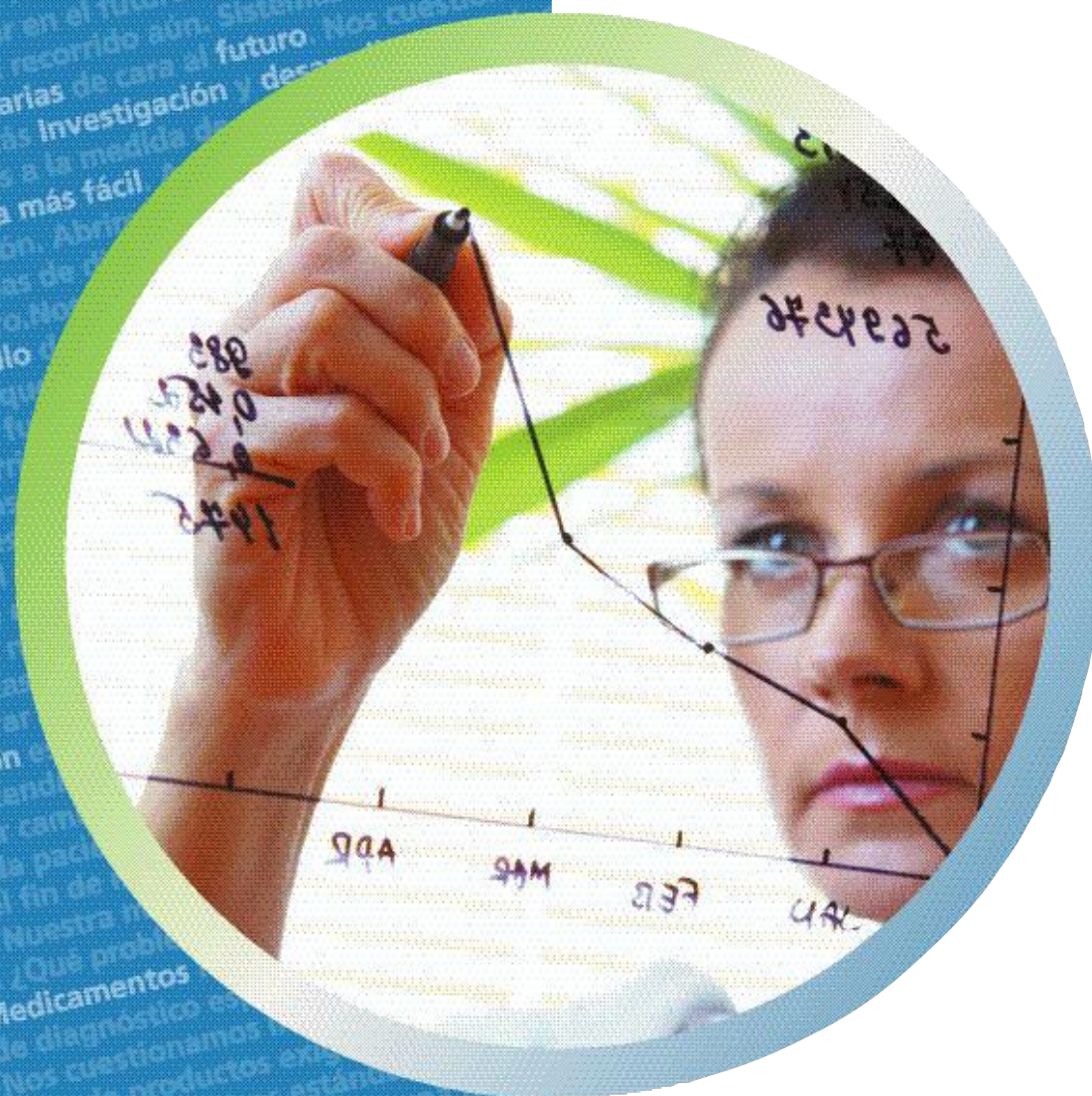
"Se ha creado una zona de salas blancas en las que elaboramos los tratamientos en las mejores condiciones de asepsia para garantizar seguridad del paciente"

tales de España?

R. Nosotros tenemos el proyecto 2020 como objetivo. Es cierto que es muy ambicioso, pero creemos que será posible que en ese año el 80 por ciento o incluso el cien por cien de los hospitales consigan implantar aquellas herramientas que permitan aportar la máxima seguridad terapéutica y la mayor evidencia científica al paciente.

El compromiso con la

Economía de la Salud



Science for a better life



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

www.bayerscheringpharma.es

■ HOSPITAL DE BASURTO, MEJOR SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

“La visión integral del proceso asistencial es nuestro fuerte”

GM E. SAINZ CORADA
Madrid

Pregunta. ¿Qué puntos destacaría de su servicio para ganar este premio?

Respuesta. El BiC es un premio que reconoce el trabajo planificado y su sistema de evaluación valora todos los aspectos del trabajo de un equipo y, por tanto, del trabajo en equipo. Nuestro servicio lleva más de 10 años utilizando diversos instrumentos de gestión. Su mayor activo es la implicación de todas y cada una de las personas que trabajan en él. Estamos bien asentados dentro y fuera del hospital. Otro punto fuerte es la visión integral del proceso asistencial: por ejemplo, un porcentaje significativo de los pacientes atendidos en nuestro servicio están en situación social precaria o en exclusión social. Nuestra participación en la creación y coordinación con los servicios sociales y ONG de recursos sociosanitarios es una buena prueba de esta visión integral. La rápida adaptación a los cambios es otra de las características que nos define y que nos ha permitido ir acomodando nuestra oferta asistencial, que es amplia, para dentro y fuera del hospital: somos referencia para infecciones de transmisión sexual y enfermedades importadas y tenemos bien estructurada la interconsulta de la infección en cirugía cardiovascular y traumatología, entre otras.

P. ¿Qué aspectos deberían mejorar?

R. Debemos seguir profundizando en la gestión de calidad, especialmente en la gestión por procesos. Aspectos concretos a mejorar son las relaciones y alianzas exteriores con otros servicios de enfermedades infecciosas en temas de investigación. Además, la demanda de formación en Enfermedades Infecciosas por parte de otras especialidades de nuestro centro y de otros hospitales de nuestra comunidad y



Juan Miguel Santamaría
Jefe del Servicio de Enf. Infecciosas



“Uno de nuestros mayores problemas es el no reconocimiento de la especialidad, lo que contrasta con la intensa actividad asistencial e investigadora de los equipos”

de comunidades próximas nos está haciendo replantear nuestra oferta de formación. Por último, debemos mejorar la comunicación con atención primaria para avanzar en la prevención, diagnóstico precoz y manejo de algunas patologías.

P. ¿En qué punto encuentran las mayores dificultades?

R. Uno de los mayores problemas común a todas las unidades/secciones y servicios de Enfermedades Infecciosas en

nuestro país es el no reconocimiento de la especialidad. Esto contrasta con la intensa actividad asistencial e investigadora de los numerosos equipos existentes y con la demanda de formación en Enfermedades Infecciosas por parte de otras especialidades. En el día a día, la ausencia de la especialidad, dificulta la gestión de la continuidad de la asistencia en periodos de vacaciones, o sustituciones por bajas, etc. así como la ampliación o renovación de la plantilla médica. Otra cuestión que afecta a nuestra relación con los gestores es la visión que se ha tenido o se tiene de los servicios de enfermedades infecciosas como ‘unidades de gasto’ por la elevada factura del tratamiento antirretroviral y por el hecho de que no sean suficientemente evaluadas algunas de nuestras actividades asistenciales más importantes cuali y cuantitativamente como son las interconsultas procedentes de otros servicios del hospital.

P. ¿Cómo se están preparando para la anunciada avalancha de pacientes por la pandemia de gripe A?

R. Nos llevamos preparando desde mayo-junio a diferentes niveles. Hemos colaborado con los responsables sanitarios en la elaboración de protocolos a nivel de comunidad autónoma y de planes de contingencia hospitalarios. Tenemos preparado uno a nivel del servicio para poner en marcha en caso de que la demanda asistencial nos obligara en un momento dado a dedicar más recursos humanos a su asistencia.

P. ¿Cuáles son sus retos más inmediatos?

R. A nivel de gestión del servicio tenemos que continuar profundizando en la calidad y mejorar nuestras alianzas en materia de investigación y docencia. La mejora en la comunicación con primaria es sin duda otro reto. Y desde un punto de vista asistencial más concreto, implicarnos en la gestión de determinadas patologías crónicas (VIH, infecciones osteoarticulares) teniendo en cuenta las necesidades cambiantes de los pacientes.

■ HOSPITAL DONOSTIA, MEJOR SERVICIO DE VIH

“Buscamos excelencia en la atención para dar calidad”

GM IRENE FERNÁNDEZ
Madrid

Pregunta. ¿Qué significa para el servicio este galardón?

Respuesta. Es el reconocimiento a toda una trayectoria desde que en 1988 se fundara la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Donostia para la atención integral de los pacientes con infección por VIH. A lo largo de estos más de 20 años, nuestros pacientes han presentado unas necesidades asistenciales cambiantes, desde la primera época en la que el pronóstico era pobre hasta que, con la generalización de los nuevos tratamientos antirretrovirales, cambió radicalmente el pronóstico, siendo necesaria la creación de una consulta de enfermería para optimizar la adherencia al tratamiento. Actualmente, los pacientes infectados por VIH, seguidos regularmente en consulta, se han convertido en enfermos crónicos de una media de edad de 45 años.

P. ¿Potencian desde la unidad la I+D?

R. Desde el inicio de la actividad de la unidad, la investigación, fundamentalmente la investigación clínica aplicada, ha sido seña de identidad, facilitada en los últimos años mediante la creación de redes como la Agencia de Ensayos Clínicos-Fundación de Investigación Clínica de Gesida-Seimc o la Red de Investigación de Sida, financiada por el Instituto de Salud Carlos III. Más recientemente, se ha hecho un gran esfuerzo en nuestro hospital para facilitar la investigación mediante la creación de un Instituto de Investigación (el Instituto BioDonostia). Por otra parte, hemos participado en varios ensayos clínicos de antirretrovirales.

P. ¿Con qué proyectos futuros cuentan?

R. Aunque tenemos varios proyectos en marcha, me gustaría destacar dos que tienen que ver con el nuevo perfil de paciente crónico de nuestras consultas. El primero persigue analizar, con un diseño de ensayo clínico aleatorizado, la



José Antonio Iribarren
Jefe del Servicio de VIH



“La investigación clínica aplicada es nuestra seña de identidad, y los proyectos a destacar tienen relación con el nuevo perfil de paciente crónico de nuestras consultas”

seguridad de alargar el intervalo (de cuatro a seis meses) entre consultas de los pacientes estables y bien controlados, basado en que, probablemente, haya diferentes tipologías de pacientes, sin menoscabo de su seguridad (es nuestra hipótesis) cada seis meses, mientras otros con patologías crónicas añadidas precisarán un seguimiento más frecuente del actual (cuatro meses). El segundo proyecto enlaza con el primero y pretende estudiar las necesidades actuales de los pacientes.

P. ¿Cómo fomentan las pruebas de detección precoz?

R. En el 30-40 por ciento de los nuevos casos de infección por VIH el diagnóstico es tardío. Al ser un servicio hospitalario, nuestro papel fundamental hasta ahora en este campo ha consistido en sensibilizar a las autoridades sanitarias del problema y en informar a nuestros compañeros sanitarios tanto de atención primaria como de otras especialidades para mantener siempre un alto índice de sospecha y solicitar con más frecuencia, tras informar al paciente, la prueba del VIH ante datos de la historia clínica que puedan sugerir la infección. Además, colaboramos en la atención rápida (en las siguientes 24 horas) de aquellos pacientes que hayan dado positivo o dudoso en las pruebas realizadas en las farmacias.

P. ¿Tienen esperanzas de que la vacuna experimental del VIH se materialice pronto?

R. Cuando leemos lo que dicen nuestros colegas respecto a la vacuna probada en Tailandia, cuyos resultados han sido comunicados recientemente, pensamos que es muy poco probable que esta vacuna se comercialice, porque es un campo en el que hay que repensar todo lo que se está haciendo, buscando nuevos caminos. El futuro en esta área es impredecible.

P. ¿Una definición para su calidad asistencial?

R. En 1998 elaboramos un documento en el que recogíamos la ‘misión’ de nuestro servicio. El paciente constituye el centro y motivo de nuestra actividad, buscando excelencia en la atención, aspirando a que la misma sea de la máxima calidad técnica, humana y personalizada. Será objeto de atención especial todo lo que contribuya a mejorar su implicación en el servicio, y estamos abiertos a estudiar alternativas a la hospitalización que redunden en una mayor satisfacción del paciente. De las múltiples definiciones de calidad asistencial que existen, destaco la de nuestra actividad, en absoluta consonancia con nuestra ‘misión’ como servicio.



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.

■ HOSPITAL LA FE DE VALENCIA, MEJOR UNIDAD DE DIABETES

"Hay que potenciar las consultas de alta resolución"

GM TONI MARTÍNEZ
Valencia

Dirigida por el doctor Juan Francisco Merino, la Unidad de Diabetes del Hospital La Fe de Valencia es una de las cuatro acreditadas por la Generalitat Valenciana como hospital de referencia para el tratamiento de esta enfermedad, en su caso desde marzo del año 1996.

En la actualidad tienen acreditación docente: con formación pregrado (dos profesores asociados), posgrado y MIR.

Entre sus últimas actuaciones destaca la participación, junto al servicio de Endocrinología, para asegurar la futura aplicabilidad clínica del trasplante pancreático en pacientes diabéticos. Esta unidad desempeña un papel fundamental en el estudio, manejo y tratamiento del paciente candidato a un trasplante pancreático. Ahora le ha llegado el reconocimiento con este Premio Best In Class en su categoría.

Pregunta. ¿Qué le parece el sistema de valoración de los Premios Best In Class?

R. Respuesta. La clasificación ICAP (Índice de Calidad Asistencial al Paciente) que se utiliza en estos premios se basa en una metodología que está perfectamente validada por la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, por lo tanto, creo que tiene un crédito más que suficientemente demostrado.

P. ¿Cuál es el aspecto o la actuación que más le gustaría destacar de su unidad?

R. Sin duda, la identificación con los nuevos modelos de gestión por parte de todo el personal implicado en la atención al paciente diabético. La Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Fe de Valencia, fue reconocida como unidad de referencia para la atención al paciente diabético en el año 1996. Desde entonces la voluntad de todo el personal, incluido el equipo



directivo, siempre ha sido el apoyo y estímulo para conseguir que realmente diera respuesta a la citada consideración.

P. ¿Actualmente tienen mucha carga asistencial en el servicio de diabetes?

R. Bueno, como toda la asistencia pública, el principal problema es la importante carga asistencial, ésta es la razón fundamental de que con frecuencia los proyectos no progresen con la celeridad que uno desearía. En la unidad trabajamos en la actualidad un total de 41 personas para la atención de la diabetes. Este número incluye personal facultativo, residentes, personal de enfermería, auxiliares y enfermeras educadoras en diabetes, tanto en el hospital como en el centro de especialidades.

P. ¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

R. Ante todo se debe potenciar la relación con los médicos de atención primaria, para lo cual hay que definir vías de alta resolución y así evitar derivaciones innecesarias. En este sentido, uno de los aspectos más importantes, posiblemente, sea el de potenciar las consultas únicas de alta resolución para así hacer la valoración integral de la diabetes y sus com-

Juan Francisco Merino
Jefe de la Unidad de Diabetes
(con su equipo)



"Se debe fomentar tanto la investigación básica como clínica, desde nuestro servicio hemos desarrollado tesis en los dos campos"

plicaciones, así como el desarrollo de la telemedicina aplicada a la diabetes.

P. ¿El equipo realiza investigaciones sobre diabetes?

R. Evidentemente, uno de los aspectos que no debe olvidar un servicio que aspira a ser un referente y que tiene acreditada la docencia pregrado, posgrado y MIR, es tener abiertas diversas unas líneas de investigación.

P. ¿Cuáles son esas líneas de investigación?

R. Se debe fomentar tanto la investigación básica como clínica. En este sentido en la unidad se han desarrollado tesis de investigación básica y clínica. Actualmente, existen líneas de investigación en neuropatía autonómica en pacientes diabéticos, de la evolución del trasplante de páncreas, cirugía de la obesidad mórbida, ensayos clínicos fase II y III de nuevas insulinas y análogos de GLP-1, por citar algunos.

P. ¿Qué significa para su servicio este premio?

R. Sin duda, se trata de un estímulo para poder continuar desarrollando los modelos de gestión, la atención sanitaria y la formación, y todo ello en una perfecta consonancia con las nuevas tendencias.

■ HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO, MEJOR SERVICIO DE NEUROLOGÍA

"Todos los pacientes salen con el informe de alta en mano"

GM E. SAINZ CORADA
Madrid

Pregunta. A la hora de prestar el mejor servicio al paciente, ¿qué problemas encuentran en la práctica clínica diaria?

R. Respuesta. Un gran problema es la fuerte demanda, que no es controlable, y es creciente. Requiere una buena planificación en la asignación recursos, y tal asignación no siempre se establece en base a la efectividad de los servicios. Ello dificulta el encontrar un equilibrio entre el tiempo del que disponemos y el que podemos dedicar a cada paciente, lo que nos obliga a una replanificación constante de las actividades del servicio. Tampoco está bien definida (cuantificada) cuál debe ser la actividad diaria de un determinado miembro de un servicio, lo que ocasiona ineficiencias y en ocasiones agravios comparativos.

P. ¿Cuáles son los puntos fuertes de su servicio en cuanto a lo que la atención a los pacientes se refiere?

R. La atención personalizada a los pacientes, de tal modo que cada uno tenga un médico asignado que sea el responsable durante su ingreso o durante la asistencia en las consultas externas del hospital o del ambulatorio. La adecuada organización del servicio, que permite el gran dinamismo en nuestro proceso asistencial hospitalario permite mantener una estancia media óptima, una gran efectividad, así como prestar una atención rápida a otros servicios del hospital. Todo ello redundará en beneficio de los pacientes y del funcionamiento del hospital. Dentro de esta área destacaría que todos nuestros pacientes salen del hospital con el informe de alta en mano. Además, el servicio está constantemente abierto a la innovación y, como prueba de ello, somos uno de los servicios piloto para liderar las novedades en informática, el 'hospital sin papel', etc.



Juan Carlos García Moncó
Jefe del Servicio de Neurología

"Estamos constantemente abiertos a la innovación, somos uno de los servicios piloto para liderar las novedades en informática como el 'hospital sin papeles'"

P. ¿Y cómo pueden mejorar aún más la asistencia que prestan, es decir, qué puntos son susceptibles de mejorarse?

R. Mi idea en este sentido es que en primer lugar hay que establecer un nivel mínimo de calidad en el funcionamiento. De este modo se evita que los menos eficientes tengan siempre más capacidad de mejora. Una vez establecido ese mínimo es cuando entra en juego el proceso de mejora con-

tinua. En nuestro caso, la asistencia hospitalaria es muy adecuada, pero la asistencia a nivel de consultas externas requiere mejoría. Necesitamos ampliar nuestra red de cobertura y nuestra capacidad de atender pacientes ambulatorios. Sin duda hay que establecer vías de coordinación con la atención primaria, nuestro principal proveedor de pacientes ambulatorios.

P. Una de las dificultades a las que se enfrentan los servicios de Neurología es la elevada edad de sus usuarios, ¿cómo lo afrontan?

R. La elevada edad conlleva un aumento de las patologías que se asocian a la edad, y en Neurología son abundantes. Sirvan como ejemplo las demencias, los ictus o la enfermedad de Parkinson, entre otros. Este escenario, rápidamente cambiante, es previsible, es decir, se pueden hacer estimaciones de lo que sucederá dentro de 20 años, por ejemplo. Requiere una planificación detallada por nuestra parte, con la ayuda por parte de la Administración.

P. De cara al futuro, ¿qué proyectos esperan llevar a cabo a corto o medio plazo?

R. Queremos consolidar nuestras áreas clínicas definidas, tales como la cefalea, la demencia, la esclerosis múltiple o la epilepsia, entre otras. El proceso de atención al paciente con ictus es otro de los proyectos que hemos desarrollado y estamos mejorando. Nuestros resultados de los últimos seis años con la trombólisis del ictus son altamente satisfactorios. Tenemos gran interés en potenciar nuestra capacidad investigadora y mejorar los sistemas de docencia. Entendemos que todas estas actividades son necesarias en un servicio moderno y de alto rendimiento. La capacidad de adaptación a los cambios es una característica que definiría como necesaria para mantener el servicio acorde con los tiempos que corren. Y que van a correr.

Novo Nordisk está decidida a cambiar la diabetes; desde el modo en que se trata, y el modo en que se percibe en todo el mundo, hasta el modo de enfocar el futuro de la diabetes.

Nuestra labor consiste en dar soluciones que pasan por ofrecer una gama de productos cada vez más completa para el tratamiento de la diabetes, colaborar en proyectos educacionales y respaldar fundaciones como la World Diabetes Foundation (WDF) y Fundación para la Diabetes en España.

www.novonordisk.es

cambiando el futuro de la diabetes



changing
diabetes®



■ HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO, MEJOR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

"Hemos desarrollado nuevos programas como el Zubia"

GM E. SAINZ CORADA
Madrid

Pregunta. Han ganado el premio por segundo año consecutivo, ¿cuál cree que ha sido, en su opinión, la clave para volver a obtenerlo?

Respuesta. Por poner un símil deportivo, en este premio, en el que concurren con otros centros, posiblemente lo más importante sea centrarse en hacer lo mejor posible tu propio trabajo. Lo sustancial de este premio es que constituye un reconocimiento a personas —a un Servicio, a todos los profesionales que trabajan en Él— que cuidan a otras personas —los pacientes—. Todo ello en un contexto en el que el equipo directivo potencia una asistencia de calidad. El trabajo continuado en equipo, el reconocimiento a las personas, el liderazgo, la satisfacción de los pacientes y la propia cultura del hospital con la reciente obtención de la Q de oro del modelo EFQM y las nominaciones de otros servicios, puede ser algunas de las claves. Ser reconocidos ya el año pasado también nos supuso un acicate, y conseguirlo por segundo año consecutivo nos anima a pensar que está fundamentado. Hay momentos de las organizaciones en las que es preciso cambiar de forma rápida. En otros, mantener un trabajo constante y coherente con los objetivos, trabajando en equipo pero siempre con proyectos, con ilusión. Posiblemente sea éste nuestro momento: el de hacer las cosas mejor o de manera diferente.

P. ¿Qué aspectos cree que le han hecho a su servicio merecedor del galardón?

R. Desde luego cumplir ciertos estándares de calidad que utiliza el modelo y el propio equipo evaluador. Indicadores de aspectos estructurales, de gestión de procesos, protocolos, calidad percibida en la atención y seguridad de los pacientes.

Decía el profesor Julián Ajuariguerra en el Plan de Reforma de Euskadi, de hace más de 25 años, que "la Psiquiatría es presencia y diálogo...". Pretendemos estar con los pacientes acompañándoles con simplicidad. Por eso, insisto, es un buen motivo de satisfacción lograr un premio orientado a los pacientes, ya que, después de todo estamos para eso. Las encuestas de pacientes ya nos señalaban que se sienten bien atendidos, ya que son, en comparación con las del resto de hospitales de Osakidetza, positivas. El año pasado fueron los mismos pacientes los que se sentían satisfechos con el premio y se sentían más seguros.

P. ¿Cuáles han mejorado respecto al año pasado?

R. Además de intentar mejorar de manera continuada, o al menos así lo pretendemos, como parte de la gestión del proceso de hospitalización, su revisión y evaluación de los indicadores asistenciales, hemos desarrollado nuevos proyectos como el Programa Zubia (puente, en euskera), entre la hospitalización y la atención ambulatoria. También en la mejora de la continuidad de cuidados, en la gestión del proceso de la asistencia del sector, mejorando y evaluando las interacciones entre los niveles asistenciales de la red de salud mental. Hemos mejorado las tecnologías digitales que nos permiten una mejor atención al paciente (interconsulta, comunicaciones digitales con pacientes, mensajes recordatorios de las consultas...). Por otro lado en una organización como las nuestras, del conocimiento, éste va calando en el día a día, como la buena lluvia. Es el trabajo de todos los días en la formación continuada y la docencia de los profesionales, actuales y futuros.

P. ¿Y cuáles son aún susceptible de mejorar?

R. Muchas cosas, empezando por la evaluación continua de los resultados clínicos de nuestra actividad con los pacientes, la consolidación de nuestros planes y proyectos, la



José Andrés Martín Zurimendi
Jefe del Servicio de Psiquiatría

"El año pasado fueron los mismos pacientes los que se sentían satisfechos con el premio ganado por el servicio y se sentían más seguros"

optimización de la información estructurada a los familiares, la mejora de las interacciones entre los diferentes servicios del hospital, la digitalización de las prestaciones farmacéuticas. Y, en cualquier caso los pacientes nos dan, en el día a día, los mejores argumentos para continuar mejorando, gracias a su confianza y por dejarnos acompañarles en su curación o mejoría.

■ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

"Somos los guías del paciente y su conexión con primaria"

GM MÓNICA RASPAL
Madrid

Pregunta. Dado que se trata de una nueva categoría dentro de los BiC, su servicio es el primero en recibir este premio, ¿qué supone para usted y su equipo?

Respuesta. En primer lugar nos produce una gran satisfacción y nos estimula a seguir haciendo las cosas como hasta ahora, buscando ofrecer la mejor asistencia posible a nuestros pacientes y sus familias, que son el objetivo principal de nuestro trabajo.

Además nos parece un gran acierto que se reconozca a esta especialidad, pues es de capital importancia en el sistema sanitario, realizando un 15 por ciento de las altas hospitalarias. Nos consideramos el especialista del adulto enfermo, sirviendo de guía al paciente durante su estancia en el hospital, interrelacionándolo con otros especialistas y actuando como conexión con los médicos de primaria, para dar continuidad al proceso asistencial.

También somos una especialidad con presencia importante en la hospitalización de agudos, pero además pensamos que podemos jugar un papel primordial en la gestión de enfermedades crónicas, en la educación y en la puesta en marcha de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional, dirigidos a una proporción de pacientes que sabemos que son los que más se pueden beneficiar de nuestro trabajo, los mayores con enfermedades crónicas, con comorbilidades y habitualmente polimedicados.

P. ¿Qué destacaría del servicio que le ha hecho valer de este reconocimiento?

Desde un punto de vista organizativo, nos parece primordial que el paciente que ingresa tenga asignado un médico responsable y una enfermera que le van a continuar asistiendo en régimen ambulatorio, en caso de que fuera necesario.



Antonio Zapatero
Jefe del Servicio de Medicina Interna

"El trabajo del internista no sería posible sin la colaboración del resto de especialistas. Cuando se reconoce nuestro trabajo se está reconociendo el de todo el hospital"

P. ¿Qué objetivos se marcan a medio plazo?

Queremos seguir avanzando en este terreno. Nos parece muy importante aumentar nuestra conexión con AP y la identificación de pacientes de mayor riesgo de reingreso, más consumidores de recursos y con mayor morbilidad, planteando medidas organizativas para asegurarnos un mejor seguimiento.

P. Se trata de un servicio del que dependen muchas unida-

des, ¿cómo es el trabajo de coordinación?

Las primeras actuaciones de coordinación son en base al trato personal, que hoy por hoy no es sustituible por ninguna otra herramienta, incluso en un hospital como el nuestro que está completamente informatizado, disponiendo de historia clínica electrónica completa. Pero además tenemos protocolizada la actuación en las enfermedades más prevalentes, realizamos sesiones clínicas (tres a la semana) y tenemos establecida la metodología de trabajo multidisciplinario con otros especialistas, mediante comités de patologías concretas.

P. ¿Cómo contribuyen los servicios de apoyo a la asistencia a mejorar el trabajo de este servicio y del centro?

El trabajo del internista no podría ser posible sin la colaboración de la inmensa mayoría de los especialistas que trabajan en el hospital. Cuando se reconoce el trabajo de un servicio de Medicina Interna, se está reconociendo implícitamente el trabajo de todo el hospital.

P. ¿Qué aspectos mejoraría del servicio a nivel interno y en relación con la atención al paciente?

Tenemos que mejorar en aspectos de comunicación, de educación y, muy importante, en aspectos de seguridad del paciente ingresado, en relación con los efectos adversos de medicamentos, la prevención de enfermedad tromboembólica, las infecciones, los análisis de casuística y mortalidades, etc. Todos los temas relacionados con la seguridad del paciente hospitalizado son ya, y lo van a ser más, de importancia estratégica en las organizaciones sanitarias.

P. ¿En qué investigaciones trabajan?

R. Desde el punto de vista clínico tenemos líneas de investigación en enfermedades infecciosas, riesgo cardiovascular y enfermedad tromboembólica, pero tengo especial interés en aspectos de seguridad en el paciente, campo en el que hemos realizado varias publicaciones en los últimos meses.

PARA DESARROLLAR NUEVOS MEDICAMENTOS SE NECESITA UN VALOR ESPECIAL. EL VALOR DE INNOVAR.

Somos Janssen-Cilag, una compañía farmacéutica basada en la investigación, perteneciente al grupo Johnson&Johnson, la empresa del sector sanitario más diversificada y con mayor implantación global.

En Janssen-Cilag llevamos más de 50 años comprometidos con la investigación y el desarrollo de medicamentos para mejorar la salud, la calidad de vida y aliviar el dolor de las personas que sufren por trastornos como Esquizofrenia, Alzheimer, Déficit de Atención, Epilepsia, Migraña, Disfunción Sexual, así como por Enfermedades Digestivas, VIH/SIDA, Infecciones Bacterianas, Cáncer y Enfermedades Autoinmunes.

Todo esto hace de Janssen-Cilag una compañía pionera en la búsqueda y el hallazgo de soluciones a enfermedades de gran relevancia social para las que no existen respuestas satisfactorias. Y eso, tiene mucho valor.

Janssen-Cilag, el valor de innovar.



■ HOSPITAL DONOSTIA, MEJOR SERVICIO DE URGENCIAS

“La clave no es sólo la coordinación, también el orden”

GM IRENE FERNÁNDEZ
Madrid

Pregunta. Por segundo año consecutivo, el servicio de Urgencias del Hospital Donostia recibe este galardón, ¿qué significa para la unidad en su conjunto?

Respuesta. Lo hemos recibido con gran ilusión, no por ser el segundo año que lo recibimos con menos. Significa un gran estímulo para toda la gente que trabajamos en el servicio de Urgencias del hospital, sin duda.

P. ¿Qué tipo de urgencia se presenta con más frecuencia?

R. La verdad es que es difícil de determinar porque nuestra urgencia está separada en tres zonas y en cada zona se recibe una patología diferente. En la zona de trauma se recibe fundamentalmente de trauma, y en la zona médica lo que se reciben son infecciones, ya sean respiratorias o de otro tipo. Pero, probablemente, los cuadros infecciosos sean los más frecuentes a lo largo del año. Aparte de los accidentes, las lesiones o la violencia.

P. ¿Cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a la presión asistencial?

R. Parte de nuestro éxito reside en la organización del servicio. Nosotros, como otros, también tenemos colapsos. Pero fruto de nuestra organización tenemos menos que los demás. Pero, también, cuando todo el mundo se pone de acuerdo para venir a la misma hora a urgencias no podemos tener solución a ese problema. Lo que intentamos de alguna forma es establecer las prioridades en atención e intentar hacerlo lo mejor posible. Pero no tenemos una solución cuando todo el mundo se pone de acuerdo para venir a la misma hora.

P. ¿Y cómo define esa coordinación que caracteriza a la unidad?

R. En realidad la clave no es sólo coordinación, sino el orden desde un principio hasta el final del proceso. Es fruto

de determinadas experiencias de calidad que hemos tenido en todo nuestro funcionamiento, regulado por una norma ISO 9001. Eso deja bien claro cuáles son nuestros procesos y dentro de cada uno establece indicadores para seguir el buen funcionamiento de los mismos. Y es de ahí de donde surge que podamos amoldarnos mejor a la gente que viene en función de su patología y establecer unos tiempos de respuesta adecuados para ellos. Lo cual no quiere decir que existan determinados pacientes que tengan que esperar, pero cuando lo hacen es para que otros que precisan una atención urgente la reciban en su tiempo.

P. Con dos premios ya a sus espaldas se convierten en referente. ¿Qué consejos daría a otros servicios?

R. El principal consejo sería que analicen su servicio, que establezcan cuál es su mapa de procesos, que intenten llegar a acuerdos tanto dentro como fuera del hospital para que los pacientes que estén en urgencias sean los que tienen que estar y no sean otros, y que establezcan en esos pacientes que están en urgencias algún tipo de indicador que pueda dar información acerca de cómo lo están haciendo y poder mejorar en ese punto de vista.

P. ¿Cuál es la clave para mejorar la calidad asistencial que, además, es índice de referencia de estos premios?

R. Nuestros pacientes son muy exigentes. Si ellos creen que lo podemos hacer mejor, yo también lo creo. Tenemos una ventaja sobre los demás servicios de urgencias, y es que conocemos nuestros errores y puntos débiles. Así que, tenemos bastante margen de mejora. Pero creo que todo lo que estamos haciendo en los últimos años en referencia a la calidad asistencial dentro del servicio está cobrando bastante relevancia, y los pacientes urgentes se tienen que percatar de ello. Porque no sólo es el trabajo que estamos haciendo en calidad, también en seguridad clínica, y la incorporación de pacientes a nuestros procesos, que los están dotando de mucha calidad.



Pablo Busca
Jefe del Servicio de Urgencias

“Estamos intentando colaborar con la consejería en la detección de los pacientes crónicos y frágiles, para intentar buscar alternativas a su ingreso convencional”

P. Respecto a las mejoras, enumere las tareas pendientes.

R. Sobre todo, en primer lugar, donde más centrados estamos ahora es en el tema de la seguridad clínica. Estamos intentando colaborar con nuestra consejería de Sanidad en la detección de aquellos pacientes crónicos y frágiles, para intentar buscar alternativas a su ingreso convencional. A su vez, ahora estamos trabajando en la incorporación de los pacientes a nuestros procesos para tener otra forma de ver nuestras atenciones y de intentar, así, mejorarlas.

■ USP HOSPITAL DE MARBELLA, MEJOR SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

“La carga asistencial supone un reto continuo”

GM MÓNICA RASPAL
Madrid

Pregunta. ¿Cómo valora este premio y qué supone para usted y su equipo?

Respuesta. Personalmente supone una gran satisfacción estar al frente de un equipo merecedor de este galardón. Se trata de un reconocimiento público de la calidad asistencial que siempre intentamos ofrecer a nuestros pacientes, una gran satisfacción y un estímulo y motivación muy importantes para continuar trabajando en esta línea de mejora asistencial.

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

R. Destacaría la objetividad que ofrece un cuestionario que realiza un análisis multivariable de la calidad asistencial y el que sea un grupo de expertos en los diferentes ámbitos sanitarios el que evalúe a los finalistas.

P. ¿Qué destacaría del servicio que le ha hecho valer de este reconocimiento?

R. Tres puntos fundamentales: la labor de equipo, el espíritu de superación y mejora y el sentimiento que ponemos en nuestro trabajo.

P. ¿Qué mejoras se han realizado durante los últimos años en lo que se refiere a la atención al paciente?

R. El esfuerzo inversor realizado por USP Hospital de Marbella ha supuesto la modernización de prácticamente todas nuestras instalaciones que, junto a la consolidación y dedicación del equipo humano, desde la dirección hasta el personal de limpieza, nos está permitiendo realizar una medicina de vanguardia, aplicando las últimas innovaciones en nuestra especialidad.



Antonio Ayllón
Jefe de Traumatología y
Cirugía Ortopédica

“El esfuerzo inversor en la modernización de las instalaciones junto con la dedicación del equipo humano nos permiten hacer una medicina de vanguardia”

P. ¿Y qué retos se han marcado para el futuro?

Potenciar las técnicas de mínima invasión y corta estancia hospitalaria.

P. Las patologías traumatológicas son de las más frecuentes, ¿se encuentra el servicio con mucha carga asistencial?

R. Efectivamente la carga asistencial que tenemos es bastante elevada pero esta carga no es sólo cuantitativa, sino que lo es especialmente cualitativa, lo que supone un reto continuo para nuestro equipo.

P. ¿En qué líneas de investigación están trabajando?

R. Realizamos un seguimiento exhaustivo de las técnicas de mínima invasión y observamos de cerca los nuevos caminos que se están abriendo con la aplicación de los factores de crecimiento, células madre y proteínas morfogenéticas aplicadas a la traumatología y cirugía ortopédica.

También estamos muy interesados en la introducción de la informática y la robótica en nuestra especialidad. La navegación quirúrgica asistida por ordenador y las nuevas prótesis articulares son un ejemplo de ello.

P. El hospital es finalista también en otras áreas dentro de esta edición ¿cuál es la clave de este éxito?, ¿son estos reconocimientos un aliciente para seguir mejorando?

R. Como ya he apuntado anteriormente, dos son los factores primordiales y responsables de ello. Por una parte, la apuesta inversora e innovadora de la dirección del grupo hospitalario de USP en general y del equipo directivo de USP Hospital de Marbella en particular. Y por otra, el sentimiento del equipo humano, común también en ambas partes.

Por supuesto, este galardón constituye, no sólo para dicho servicio sino para todo el hospital, al que quisiera hacer partícipe del premio, un aliciente y una motivación tremendos para seguir trabajando con mayor ilusión, si cabe, en la mejora continua de la calidad asistencial.

Área Digestiva

Opiren[®] flas 30mg

Lansoprazol comprimidos bucodispersables

EFICACIA POR LA VÍA RÁPIDA

Para tratar la ERGE,
necesita **EFICACIA**



Soluciones pensando en ti

www.solucionesalmirall.com

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA/UCI

"Crecerá la demanda de cuidados intermedios"

CECILIA OSSORIO
Barcelona

La Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Universitario Insular de Las Palmas está preparada para abordar todos los procesos clínicos. Con 24 camas de pacientes críticos, cuenta con un equipo en el que prima el trabajo consensuado y una constante evaluación del funcionamiento y los resultados, en aras de seguir mejorando.

Pregunta. ¿Cómo valoran la obtención de este premio?

Respuesta. Es un reconocimiento que nos llena de orgullo, porque el principal valor que tenemos es un equipo de profesionales a todos los niveles, para los que el paciente es la razón de ser. Desde hace muchos años tenemos parámetros para detectar qué cosas podemos mejorar, mediante una cultura de recogida de datos, de trabajo consensuado. Podemos saber qué es lo que estamos haciendo y analizar cómo lo hemos hecho a partir de guías propias.

P. ¿Cómo miden la eficiencia?

R. Citaré varios ejemplos. Tenemos un sistema de control de la infección nosocomial en nuestra unidad desde el año 1996, que hacemos de manera sistemática todos los días del año. Hemos bajado las tasas de neumonía asociada a la ventilación mecánica de 13,6 por cada mil días a 6,9. En cuanto a las tasas de infección urinaria, bajamos de 4,7 a 1,35 por mil días de sonda. Y estamos integrados en el plan de bacteriemia cero que tiene en marcha la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, tenemos la herramienta denominada Apache 2, que nos permite estudiar el índice de gravedad del paciente el día del ingreso y calcular el porcentaje de modificación de ese índice al tercer día. A partir de una base de



datos muy grande, podemos hacer una regresión logística y obtener el porcentaje de mortalidad prevista que tiene ese paciente en la unidad. Así, al final del año comprobamos la diferencia entre la mortalidad prevista y la mortalidad real, lo que nos sirve para detectar *gaps* que nos han permitido estudiar el denominador común de todos esos pacientes y poner medidas correctoras.

P. ¿Qué puntos están pendientes de mejora?

R. Este año hemos obtenido la acreditación ISO 9001, para prácticamente todos los procesos clínicos que atendemos en la unidad, pues somos una unidad médico-quirúrgica polivalente y coronaria. Una tarea pendiente es implantar el sistema de gestión informático que por fin hemos conseguido, pero pensamos que estará listo antes de que finalice este año. Tenemos un grupo que trabaja en el control de la calidad de nuestro servicio, hay otro grupo que gestiona las infecciones. Y para el año que viene crearemos un equipo formado por médicos, enfermeras y auxiliares que se encar-

gará de los efectos adversos.

Manuel Sánchez
Palacios
Jefe de Medicina Intensiva
(en el centro, con su equipo)



La herramienta Apache 2 permite estudiar el índice de gravedad del paciente en el momento del ingreso y calcular el porcentaje de modificación al tercer día

gará de los efectos adversos.

P. ¿Cómo ve la Medicina Intensiva dentro de 10 años?

R. Somos un servicio fundamentalmente de apoyo al resto de las especialidades, por lo que nuestra evolución dependerá de la del resto. Y en este sentido todo se desarrollará en base a una población más longeva, y habrá una mayor demanda de cuidados intermedios. Es un escalón que muchos hospitales no tienen cubierto, la asistencia del paciente que sin precisar UVI necesita más cuidado de lo que pueden ofrecer en las plantas.

Las unidades de cuidados intermedios serán solución para estos pacientes y a su vez ocasionarán un descongestionamiento de las unidades de medicina intensiva. Tendremos la posibilidad de evitar ingresos en la UCI y será posible dar altas más tempranas porque podremos derivarlos a estas unidades. Por otro lado, la tendencia desde el punto de vista tecnológico y de aparataje es el soporte dirigido a intervenciones muy poco invasivas.

Opiren® flas 30mg

Lansoprazol comprimidos bucodispersables

EFICACIA POR LA VÍA RÁPIDA

de las úlceras gástricas y duodenales benignas asociadas a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en pacientes que requieren tratamiento continuo con AINEs: 30 mg una vez al día durante 4 semanas. En los pacientes que no estén completamente curados, el tratamiento puede continuarse durante 4 semanas más. Tratamiento de la úlcera gástrica: La dosis recomendada es de 30 mg una vez al día durante 4 semanas. En los pacientes que no estén completamente curados en este plazo, debe continuarse con el medicamento a la misma dosis durante 4 semanas más. Tratamiento de la úlcera duodenal: La dosis recomendada es de 30 mg una vez al día durante 4 semanas. En los pacientes que no estén completamente curados en este plazo, debe continuarse con el medicamento a la misma dosis durante 4 semanas más. Profilaxis de la esofagitis por reflujo: 15 mg una vez al día. La dosis puede aumentarse hasta 30 mg una vez al día, según se considere necesario. Eradicación de *Helicobacter pylori*: Al seleccionar un tratamiento combinado apropiado debe tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales locales relativas a resistencia bacteriana, duración del tratamiento (suele ser de 7 días, pero en ocasiones se prolonga hasta 14 días) y uso correcto de los agentes antibacterianos. La dosis recomendada es de 30 mg de OPREN FLAS dos veces al día durante 7 días, con una de las siguientes combinaciones: 1) 250-500 mg de claritromicina dos veces al día + 1 g de amoxicilina dos veces al día; 2) 250 mg de claritromicina dos veces al día + 400-500 mg de metronidazol dos veces al día; 3) 250 mg de claritromicina dos veces al día + 400-500 mg de metronidazol dos veces al día. Con esta combinación se observaron tasas de erradicación más bajas que en las pautas que incluyen claritromicina. Puede ser adecuada para aquellos pacientes que no pueden tomar claritromicina como parte de un tratamiento de erradicación, cuando las tasas de resistencia local a metronidazol son bajas. Tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales benignas asociadas a AINEs en pacientes que requieren tratamiento continuo con AINEs: 30 mg una vez al día durante 4 semanas. En los pacientes que no estén completamente curados, el tratamiento puede continuarse durante 4 semanas más. En los pacientes de riesgo o con úlceras que son difíciles de curar, deberá plantearse un tratamiento más prolongado y/o una dosis más alta. Profilaxis de las úlceras gástricas y duodenales asociadas a AINEs en pacientes de riesgo (mayores de 65 años de edad o con antecedentes de úlcera gástrica o duodenal) que requieren tratamiento prolongado con AINEs: 15 mg una vez al día. Si el tratamiento fracasa, debe emplearse la dosis de 30 mg una vez al día. Enfermedad sintomática por reflujo gastroesofágico: La dosis recomendada es de 15 mg o 30 mg al día. El alivio de los síntomas se obtiene rápidamente. Debe considerarse el ajuste individual de la dosis. Si los síntomas no se alivian en un plazo de 4 semanas con una dosis diaria de 30 mg, se recomiendan exámenes adicionales. Síndrome de Zollinger-Ellison: La dosis inicial recomendada es de 60 mg una vez al día. La dosis debe ajustarse individualmente y el tratamiento debe continuarse durante el tiempo que sea necesario. Se han empleado dosis desde hasta 120 mg. Si la dosis diaria requerida es superior a 120 mg, debe administrarse en dos dosis fraccionadas. Síndrome de la úlcera hepática o renal: Los pacientes con insuficiencia renal, los pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave deben someterse a revisión periódica y se recomienda una reducción del 50% de la dosis diaria (ver secciones 4.4 y 5.2). Ancianos: Debido a la eliminación retardada de lansoprazol en las personas de edad avanzada, puede ser necesario un ajuste de la dosis según las necesidades individuales. La dosis diaria para los ancianos no debe ser superior a 30 mg, a menos que existan razones clínicas importantes. Niños: OPREN no está recomendado para su uso en niños debido a que la experiencia clínica en esta población es limitada (ver también sección 5.2). 4.3. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Lansoprazol no debe administrarse con atazanavir (ver sección 4.5). 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo: Al igual que con otros tratamientos antiulcerosos, debe excluirse la posibilidad de un tumor gástrico maligno antes de iniciar el tratamiento de una úlcera gástrica con lansoprazol, ya que este medicamento puede enmascarar los síntomas y retrasar el diagnóstico. Lansoprazol debe emplearse con precaución en los pacientes con una insuficiencia hepática de moderada a grave (ver sección 4.2). Una disminución de la acidez gástrica debida a lansoprazol puede aumentar los recuentos gástricos de bacterias oportunistas presentes en el tracto gastrointestinal. El tratamiento con lansoprazol puede aumentar ligeramente el riesgo de infecciones gastrointestinales, como las causadas por *Salmonella* y *Campylobacter*. En los pacientes que padecen una úlcera gástrica o duodenal, la posibilidad de una infección por *H. pylori* es un factor fisiológico que debe tenerse en cuenta. Se emplea lansoprazol asociado a antibióticos como tratamiento de erradicación de *H. pylori*, deben seguirse también las instrucciones sobre el empleo de estos antibióticos. Debido a los datos limitados sobre seguridad en los pacientes que siguen un tratamiento de mantenimiento con una duración superior a un año, se deberá realizar una revisión periódica del tratamiento y una evaluación exhaustiva de la relación entre riesgo y beneficio. En muy raras ocasiones se han notificado casos de colitis en pacientes que toman lansoprazol. Por consiguiente, en el caso de diarrea grave y persistente, debe considerarse la interrupción del tratamiento. El tratamiento para la prevención de la úlcera péptica en pacientes que requieren un tratamiento continuo con AINEs debe restringirse a aquellos pacientes de alto riesgo (p. ej., antecedentes de sangrado gastrointestinal, perfusión o úlcera, ancianos, uso concomitante de medicamentos que aumentan la probabilidad de acontecimientos adversos del tracto gastrointestinal superior [como corticosteroides o anticoagulantes], la presencia de un factor de comorbilidad grave o el uso prolongado de las dosis máximas recomendadas de AINEs). Dado que OPREN contiene lactosa, los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: Efectos de lansoprazol sobre otros fármacos. Fármacos con absorción dependiente del pH: Lansoprazol puede interferir en la absorción de otros fármacos en los casos en que el pH gástrico es crítico para la biodisponibilidad. Atazanavir: Un estudio ha demostrado que la administración concomitante de lansoprazol (60 mg una vez al día) y atazanavir (400 mg) en voluntarios sanos produce una reducción sustancial de la exposición de atazanavir (una disminución aproximada del 90% en los valores de AUC y C_{max}). Lansoprazol no debe administrarse en combinación con atazanavir (ver sección 4.3). Ketorolaco y ibuprofeno: La absorción de ketorolaco y ibuprofeno por el tracto gastrointestinal se incrementa por la presencia de ácidos gástricos. La administración de lansoprazol puede dar lugar a concentraciones subterapéuticas de ketorolaco y de ibuprofeno, por lo que debe evitarse su asociación. Digoxina: La administración concomitante de lansoprazol y digoxina puede aumentar la concentración plasmática de digoxina. Por lo tanto, se debe vigilar la concentración plasmática de digoxina y, si es necesario, ajustar la dosis de este fármaco al inicio y al final del tratamiento con lansoprazol. Fármacos metabolizados por CYP3A4: Lansoprazol puede causar un aumento de la concentración plasmática de los fármacos metabolizados por CYP3A4. Se recomienda precaución al asociar lansoprazol a otros fármacos que son metabolizados por esta enzima y que presentan un estrecho margen terapéutico. Teofilina: Lansoprazol reduce la concentración plasmática de teofilina, lo que puede dar lugar a una reducción del efecto clínico previsto a una determinada dosis. Se recomienda precaución al asociar estos dos fármacos. Tacrolimus: La administración concomitante de lansoprazol aumenta la concentración plasmática de tacrolimus (sustito de CY3A y P-gp). La exposición a lansoprazol aumentó la exposición media de tacrolimus en hasta un 81%. Cuando se inicia o finaliza un tratamiento concomitante con lansoprazol, se recomienda controlar la concentración plasmática de tacrolimus. Fármacos transportados por la glicoproteína P: Se ha observado que, in vitro, lansoprazol inhibe la proteína transportadora glicoproteína P (P-gp). Se desconoce la importancia clínica de este hallazgo. Efectos de otros fármacos sobre lansoprazol: 1) Fármacos que inhiben CYP2C19: Fluvoxamina: Debe considerarse una reducción de la dosis al asociar lansoprazol a un inhibidor de CYP2C19. Fluvoxamina: Un estudio demuestra que la concentración plasmática de lansoprazol aumenta hasta cuatro veces. 2) Fármacos que inducen CYP2C19 y CYP3A4: Los inductores de enzimas que afectan a CYP2C19 y CYP3A4, como la rifampicina y la herba de San Juan (*Hypericum perforatum*), pueden reducir notablemente la concentración plasmática de lansoprazol. 3) Otros sustratos y antídotos: El sustrato y los antídotos pueden disminuir la biodisponibilidad de lansoprazol. Por lo tanto, la dosis de lansoprazol debe tomarse por lo menos una hora después de la herba de San Juan. Interacción hipotensiva: Lansoprazol puede reducir la actividad de los antiinflamatorios no esteroideos, aunque no se han realizado estudios formales de interacciones. 4.6. Embarazo y lactancia: Embarazo: No se dispone de datos clínicos sobre la exposición de lansoprazol durante el embarazo. Los estudios en animales no muestran efectos perjudiciales directos o indirectos sobre el embarazo, el desarrollo embrionario o fetal, el parto o desarrollo postnatal. Por lo tanto, no se recomienda el empleo de lansoprazol durante el embarazo. Lactancia: Se desconoce si lansoprazol se excreta en la leche materna. Los estudios en animales han demostrado la excreción de lansoprazol en la leche. La decisión sobre si continuar o suspender la lactancia materna o el tratamiento con lansoprazol debe tomarse sopesando el beneficio de la lactancia materna para el niño y el beneficio de tratamiento con lansoprazol para la madre. 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: Pueden producirse reacciones adversas al fármaco como mareos, vértigo, trastornos visuales y somnolencia (ver sección 4.8). En estas condiciones, la capacidad de reacción puede verse disminuida. 4.8. Reacciones adversas: Las reacciones adversas se han clasificado en frecuentes (> 1/100, < 1/100, < 1/1000) o raras (> 1/10000, < 1/10000 o muy raras (< 1/100000)). Típicos de la sangre/sal: Indiferencia: Poco frecuentes: trombocitopenia, eritrocitopenia, leucopenia. Raras: anemia. Muy raras: agranulocitosis, pancytopenia. Trast. psiquiátricos: Poco frecuentes: depresión. Raras: insomnio, alucinaciones, confusión. Trast. RX: dolor de cabeza, mareos. Raras: migraña, vértigo, parosismo, somnolencia, temblores. Trast. oculares: Raras: trastornos visuales. Trast. gastrointestinales: Frecuentes: náuseas, diarrea, dolor de estómago, estreñimiento, vómitos, flatulencia, sequedad de boca o de garganta. Raras: glositis, candidiasis del esófago, parosismo, trastornos del gusto. Muy raras: colitis, enterocolitis. Trast. hepatobiliares: Frecuentes: aumento de las concentraciones de enzimas hepáticas. Raras: hepatitis, ictericia. Trast. piel y tej. subcut.: Frecuentes: urticaria, prurito, pérdida de pelo, eritema multiforme, fotosensibilidad. Muy raras: síndrome de Steven-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica. Dist. musculoesqueléticos y rg. conjuntivos: Poco frecuentes: artralgias, mialgias. Trast. renales y tracto urinario: Raras: nefritis intersticial. Trast. generales y trastornos de laboratorio: Frecuentes: fatiga. Poco frecuentes: edema. Raras: fiebre, hiperhidrosis, angioedema e hipotensión. Muy raras: shock anafiláctico. Exposiciones concomitantes: aumento de las concentraciones de colestiramina y de triglicéridos e hidroximetilglutaryl-CoA. 4.9. Sobredosis: Se desconocen los efectos de la sobredosis de lansoprazol en humanos (aunque es probable que la toxicidad sea una baja) y, en consecuencia, no pueden darse instrucciones para el tratamiento. Sin embargo, en algunos episodios clínicos se han administrado dosis diarias de hasta 180 mg de lansoprazol por vía oral y hasta 90 mg de lansoprazol por vía intravenosa sin producir reacciones adversas significativas. Consulte la lista de posibles síntomas de la sobredosis de lansoprazol en la sección 4.8. En caso de sospecha de sobredosis, el paciente debe monitorizarse. Lansoprazol no se elimina de manera significativa mediante hemodilisis. Si es necesario, se recomienda el lavado gástrico y el tratamiento sintomático y con carbón activado. 5. Datos farmacológicos: 5.1. Lista de excipientes: Microgránulos con cubierta gastroresistente: Lactosa monohidrato. Celulosa microcristalina. Carbonato de magnesio pene. Hidroxipropilcelulosa de bajo grado de sustitución. Hidroxipropilcelulosa. Hipromelosa. Dido de stano (E-171). Talco. Manitol. Copolímero de ac. metacrílico y acrílico de etilo (1:1) a 30%. Dispersión de poliacrilato al 30%. Macrogol 8000. Ácido cítrico anhidro. Monohidrato de glicérol. Polisorbato 80. Citrato de trietil. Óxido de hierro amarillo (E-172). Óxido de hierro negro (E-172). Otros excipientes: Manitol. Celulosa microcristalina. Hidroxipropilcelulosa de bajo grado de sustitución. Ácido cítrico anhidro. Copovidona. Estearato de magnesio. Aroma de fresa. Apapartano (E-951). 5.2. Incompatibilidades: No aplicable. 5.3. Periodo de validez: 3 años. 5.4. Precauciones especiales de eliminación: No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar en el envase original. 5.5. Naturaleza y contenido del envase. OPREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables: envases con 28 y 56 comprimidos. OPREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables: envases con 28 y 56 comprimidos. 5.6. Precauciones especiales de eliminación: Ninguna especial. 6. Titular de la autorización de comercialización: Laboratorios Almirall, S.A. General Móra, 151. 08022 - BARCELONA. 7. Número de autorización de comercialización: OPREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables: 65.474. OPREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables: 65.475. 8. Fecha de la primera autorización/renovación de la autorización. OPREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables/OPREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables: 21 de julio de 2003. 9. Fecha de la revisión del texto: Enero de 2008. Mod. F1.02.1 (17/10/2007) LA (08/08/07). 10. Presentaciones y PVP: OPREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables con 28 comprimidos de 15 mg, PVP (IVA) 24,52 €. Con receta normal. Producto terminado por el S.N.S. con aportación normal. Opiren Flas 15 mg tiene un coste de tratamiento por día de 0,84 euros. Opiren Flas 30 mg tiene un coste de tratamiento por día de 1,48 euros. 11. Fecha de elaboración del material promocional: Junio 2008.

Almirall

Soluciones pensando en ti



*Con el compromiso de
mejorar la vida de los pacientes*
www.celgene.es



*Premio Elsevier Galien
a la **excelencia**
en **I+D+i** biotecnológica*

Más de

22

años de **INNOVACIÓN**
en cáncer

■ HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, MEJOR SERVICIO DE PEDIATRÍA

"Mejorar la comunicación con AP es fundamental"

GM MÓNICA RASPAL
Madrid

Pregunta. ¿Qué destacaría del servicio que le ha hecho valer de este reconocimiento?

Respuesta. Una atención muy enfocada a las necesidades del paciente y del área en la que estamos. Somos un hospital de nivel 2, a caballo entre los centros de salud y los hospitales que ofertan grandes especialidades. Tratamos de enfocarnos hacia ese grupo de pacientes que no necesitan una atención súper especializada, facilitando su paso al hospital terciario en caso de que no podamos asumir el tratamiento de su patología.

P. ¿Y cómo valora este premio?

R. En el cuestionario vi una serie de aspectos de mejora en los que era interesante fijarnos, pues son unos puntos críticos, que nos sirven de autoevaluación para comprobar si funcionamos de forma eficiente. Los tuve en cuenta al plantear los objetivos del servicio cuando llegué a la dirección hace dos años y, por lo tanto, conseguir el premio supone sentirme muy orgullosa de lo que ha hecho todo el equipo.

P. ¿Qué mejoras se han conseguido en esta etapa?

R. Hemos llevado a cabo un reajuste de la plantilla para contar con dos pediatras en cada especialidad y que en los periodos de vacaciones no haya cancelaciones, lo que ha logrado una reducción de las listas de espera. Pese a vivir un momento de déficit de profesionales, hemos conseguido gestionar de forma diferente. Somos 19 adjuntos —más los residentes— y tenemos una plaza sin cubrir en la especialidad de digestivo pediátrico, porque tampoco nos sirve un pediatra generalista y es aún más complicado de encontrar.

P. ¿Qué otros objetivos se marcan a corto plazo?

R. Es fundamental mejorar la comunicación con atención primaria porque, en la actualidad, ellos pueden citar en



Mar Espino
Jefa de Pediatría y Neonatología

"Pese al déficit de profesionales, hemos conseguido gestionar de forma diferente. Contamos con dos pediatras en cada especialidad, lo que ha reducido las esperas"

nuestras agendas directamente pero nosotros no tenemos la posibilidad de ver el motivo de la consulta para adelantar los casos prioritarios y mejorar las esperas. Lo solemos hacer por demanda telefónica del propio pediatra pero con el cambio de éstos, la movilidad y la escasez en el área, algunos los mandan directamente a urgencias. El pediatra de AP debería tener más tiempo para poder anotar una indicación pero con 50 pacientes al día muchas veces no puede detener



se cinco minutos a entrar en la aplicación informática.

P. ¿En qué líneas de investigación están trabajando?

R. Por una parte, en la seguridad del paciente neonatal, dado que es especialmente delicado. Los cálculos de medicación son muy específicos, por lo que la posibilidad de error es mucho mayor. Contamos con una beca del Ministerio de Sanidad en la que participamos cinco hospitales de la zona sur y que consiste en traducir el manual de medicamentos para neonatos —para los compañeros que no dominan el inglés—, colgar pósters en las unidades con los medicamentos de más riesgo e instaurar un sistema de colores para alertar de cuándo se coge uno de estos fármacos. Además, estamos en la primera fase de una encuesta que investiga hasta qué punto los profesionales notifican cuando se produce un error para facilitar que puedan comunicarlo sin buscar un culpable y solventarlo cuanto antes.

En cuanto a investigación clínica, estamos trabajando en las secuelas de las infecciones urinarias y las malformaciones congénitas nefrourológicas en los niños gracias a una segunda beca. En la primera ya vimos los factores que podían predecir en qué pacientes debemos tener un mayor control y esta segunda fase es un estudio multicéntrico de la Sociedad Española de Nefrología Pediátrica sobre la utilidad de la profilaxis antibiótica para evitar las infecciones frente a un control exhaustivo del paciente sin el uso de antibióticos que pueden aumentar las resistencias.

P. Este hospital ha recibido reconocimientos en ediciones anteriores de los BiC y es finalista en otra categoría de ésta, ¿cuál es la clave de este éxito?

R. La clave es el diseño del hospital, con mucha tecnología que facilita la gestión y nos permite saber qué estamos haciendo y cómo para poder mejorar. Por otra parte, que estos galardones premien el esfuerzo que hacemos me parecen una buena iniciativa para seguir mejorando.

■ HOSPITAL SAN JUAN DE ALICANTE, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

"Es necesario un cambio en la 'cultura de seguridad'"

GM TONI MARTÍNEZ
Valencia

Pregunta. ¿Qué aspecto destacaría de su unidad?

Respuesta. El Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital Universitario San Juan de Alicante es un servicio central de referencia para los servicios clínicos del hospital y de los centros de atención primaria. Destacaría que tiene un elevado nivel de especialización y experiencia en el desarrollo de programas de calidad asistencial y seguridad clínica del paciente, materias en las que actúa de consultor para la propia Consejería de Sanidad, habiendo dirigido desde 2005 el estudio Epidea, un estudio de prevalencia de los efectos adversos en los hospitales valencianos.

P. ¿Tienen mucha carga asistencial?

R. La consulta se ha ampliado en los últimos meses por la creación de la Unidad de Vacunación donde se realiza asesoramiento para el viajero además de a los pacientes habituales (personal sanitario, esplenectomizados, inmunodeprimidos, etc.). Con la llegada de la gripe A, el servicio se ha visto involucrado en la redacción de protocolos y en la realización de encuestas epidemiológicas con asesoramiento a los pacientes y profesionales, realizando el seguimiento tras el alta hasta la retirada del aislamiento. Hay que recordar la carga asistencial que implican las campañas de vacunación frente a la gripe estacional y gripe A, que han incluido el reclutamiento activo del personal sanitario en las plantas realizado por un médico y una enfermera.

P. ¿Qué aspectos mejoraría del servicio?

P. Disponer de más personal de enfermería nos permitiría abordar nuevos retos de una manera más adecuada, ya que, además de la asistencial, nuestra labor tiene mucho que ver con la educación para la salud tanto del personal sanitario como de los usuarios. Nuestro servicio ocupa una posición central como



Jesús Aranaz
Jefe de Medicina Preventiva
(con su equipo)



"Con la llegada de la gripe A, nos hemos visto involucrados en la redacción de protocolos y en la realización de diferentes encuestas epidemiológicas"

paladín de la seguridad del paciente y la higiene hospitalaria, y este aspecto de la atención sanitaria es a veces infravalorado por los profesionales. En relación con esta labor, la enfermería juega un papel primordial al reforzar la importancia de ciertos aspectos de la atención sanitaria (higiene de manos, asepsia, etc.). Este rol educador se realiza durante la recogida de datos de los sistemas de vigilancia de infección nosocomial, pero no en todas las unidades ni de forma sistematizada.

P. ¿El equipo participa en investigaciones?

R. Sí, hemos participado en multitud de proyectos de investigación, financiados por entidades públicas y privadas y de ámbito internacional (OMS, OPS), nacional (MSyPS, FIS) y autonómico (Consejería de Sanidad). La línea de investigación principal está dirigida a la mejora de la seguridad del paciente, siendo uno de los equipos de referencia a nivel internacional y desarrollando, por ejemplo, el Estudio Nacional de los Efectos Adversos en España (Eneas) o el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (Ibeas).

P. ¿Cuál es la patología que más atienden?

R. Debido a las características del servicio, centrado en la prevención y no en el tratamiento, el motivo de consulta más frecuente es la necesidad de inmunización o el estudio de contactos de enfermedades contagiosas (tuberculosis o VHB, VHC y VIH por exposición accidental).

P. ¿Cuáles son los principales retos a afrontar?

R. Cambiar los hábitos, que es siempre una tarea ardua. Es necesario un cambio en la llamada 'cultura de seguridad' para que los profesionales adopten las medidas de minimización de riesgos en su quehacer diario. Informar, educar, motivar y reforzar ciertas actitudes en los profesionales es complejo y requiere de un compromiso efectivo tanto de la dirección como de los cargos intermedios.

P. ¿Qué significa para ustedes recibir este premio?

R. Una oportunidad para la reflexión y la mejora consecuente y un reconocimiento al trabajo en equipo, no siempre fácil. Existen servicios de nuestra especialidad que son excelentes, y el reconocimiento siempre motiva para desarrollar la actividad con energías renovadas.



Líderes en la prevención



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


sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

ALZOBATS-ENERG (0)



SNC

dedicados en cuerpo y mente

ADAMED es un laboratorio especializado en **Sistema Nervioso Central** que ofrece nuevas respuestas flexibles y dinámicas, adaptadas a las necesidades diarias de los especialistas en este área. Con amplia experiencia internacional, llegamos ahora a España para entregarnos por completo a la innovación, a la calidad y al servicio. En cuerpo y mente.



ESPECIALIZADOS EN ESPECIALISTAS



Gala de entrega de la IV Edición



Ángel Gil, Santiago de Quiroga, Alfonso Bataller y Rafael Bengoa se dirigen al auditorio del Palacio Euskalduna para dar comienzo al acto de entrega de los Premios BiC.



Santiago de Quiroga, con una amplia representación del gobierno vasco: la viceconsejera de Sanidad, Olga Rivera, la vicepresidenta del Parlamento Vasco, Blanca Roncal, y el consejero de Sanidad, Rafael Bengoa.



Rafael Bengoa, junto a Fermin Azpeteguia, responsable de prensa de la consejería, conversa con Santiago de Quiroga y Ángel Gil.



Representantes de Semergen del País Vasco con su presidente nacional, Julio Zarco, hablan con Jesús Díaz, Bartolomé Beltrán y Alfonso Bataller.



El consejero vasco Rafael Bengoa intercambia opiniones con el director general de Hospitales de Madrid, Antonio Burguenio.



Un aforo a rebosar siguió con entusiasmo un acto en el que los hospitales vascos galardonados, ampliamente representados en la sala, no dudaron en ovacionar a sus compañeros a medida que accedían al escenario a recoger sus premios.



Santiago de Quiroga destacó que el sector sanitario es el más volcado en la búsqueda de la calidad.



Ángel Gil ensalzó la excelente acogida de la convocatoria del primer Best In Class en atención primaria.



Rafael Bengoa agradeció los premios y bromeó con que los organizadores serían bienvenidos de nuevo si se les concediese un tercio de los galardones.



El doctor Bartolomé Beltrán, director de Prevención y Servicios Médicos del Grupo Antena 3 y colaborador de GM, condujo la gala con dinamismo.



Noemí Castro, del Departamento de Relaciones Institucionales de Contenidos e Información de Salud, también presentó la ceremonia.

Porque no todas las crisis de dolor
son iguales



Experiencia adaptada a cada crisis de dolor*

- Rápido inicio de acción¹
- Amplia experiencia en la práctica clínica²⁻⁸

*Actiq® está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico.

 **ferrer** | Farma
Hospital



ACTIQ®
Fentanilo (citrato)

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO Actiq® 200 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® 400 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® 600 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® 800 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® 1200 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® 1600 microgramos comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Un comprimido contiene: Actiq® 200 microgramos: 200 microgramos de fentanilo equivalente a 314,2 microgramos de citrato de fentanilo. Actiq® 400 microgramos: 400 microgramos de fentanilo equivalente a 628,4 microgramos de citrato de fentanilo. Actiq® 600 microgramos: 600 microgramos de fentanilo equivalente a 942,6 microgramos de citrato de fentanilo. Actiq® 800 microgramos: 800 microgramos de fentanilo equivalente a 1.256,8 microgramos de citrato de fentanilo. Actiq® 1200 microgramos: 1200 microgramos de fentanilo equivalente a 1.885,2 microgramos de citrato de fentanilo. Actiq® 1600 microgramos: 1600 microgramos de fentanilo equivalente a 2.513,6 microgramos de citrato de fentanilo. Ver lista de excipientes en el Apéndice 6.7. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Actiq® está formulado como una matriz farmacéutica de polvo comprimido de color blanco a blanquecino, unido con una goma comestible a un aplicador de plástico radiopaco resistente a la rotura, en el que figura la concentración de dosificación. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** Actiq® está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios. **Posología y forma de administración** Con el fin de minimizar los riesgos de efectos adversos relacionados con los opiáceos y para establecer una dosis "satisfactoria", es indispensable que los profesionales sanitarios lleven un control riguroso de los pacientes durante el proceso de titulación o ajuste de la dosis. Las unidades de Actiq® no usadas que el paciente ya no necesita deben desecharse adecuadamente. Debe recordarse a los pacientes la necesidad de mantener Actiq® en un lugar fuera del alcance y de la vista de los niños. Forma de administración Actiq® está destinado para la administración bucofaríngea y, por tanto, debe colocarse en la boca contra la mejilla y desplazarse por la boca con la ayuda del aplicador, de modo que se aumente al máximo la zona mucosa expuesta al producto. La unidad de Actiq® debe chuparse, procurando tragar lo mínimo posible, y no masticarse, ya que la absorción del fentanilo por la mucosa oral es rápida en comparación con la absorción sistémica por vía gastrointestinal. En pacientes con sequedad de boca, se puede utilizar agua para humedecer la mucosa oral. La unidad de Actiq® debe consumirse en el transcurso de 15 minutos. Si se manifiestan signos de efectos opiáceos excesivos antes de consumir totalmente la unidad de Actiq®, ésta debe retirarse inmediatamente y debe plantearse la reducción de las dosificaciones posteriores. **Titulación o Ajuste de la dosis y terapia de mantenimiento:** Actiq® debe ajustarse de forma individual hasta obtener una dosis eficaz que proporcione la analgesia adecuada y que minimice los efectos adversos. En los ensayos clínicos, la dosis satisfactoria de Actiq® para el dolor irruptivo no se predijo a partir de la dosis diaria de mantenimiento de opiáceos. **Titulación o Ajuste de la dosis** Antes de proceder a la titulación de la dosis del paciente con Actiq®, se presupone que el dolor persistente subyacente está controlado con el uso de terapia con opiáceos y que, en general, el paciente no padece más de 4 episodios de dolor irruptivo al día. La dosis inicial de Actiq® debe ser de 200 microgramos, con aumento de la dosis según sea necesario dentro del rango de concentraciones de dosificación disponibles (200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 microgramos). Debe llevarse un control riguroso del paciente hasta que se llegue a una dosis que ofrezca la analgesia adecuada con unos efectos secundarios aceptables utilizando una sola unidad de dosis por episodio de dolor irruptivo. Así se define la dosis eficaz. Durante la titulación de la dosis, si no se obtiene una analgesia adecuada dentro de los 15 minutos siguientes después del consumo completo de una sola unidad de Actiq®, el paciente podrá consumir una segunda unidad de Actiq® de la misma concentración. No deben utilizarse más de dos unidades de Actiq® para tratar un solo episodio de dolor. Con la dosis de 1600 microgramos, solo es probable que se necesite una segunda dosis en una minoría de pacientes. Si para tratar episodios consecutivos de dolor irruptivo se precisa más de una unidad de dosificación por episodio, se debe considerar el aumento de la dosis hasta la siguiente concentración disponible. **Mantenimiento** Una vez determinado la dosis eficaz (es decir, aquella que, en términos medios, permita tratar con eficacia un episodio con una sola unidad), debe mantenerse dicha dosis y limitar el consumo a un máximo de cuatro unidades de Actiq® al día. El profesional sanitario deberá llevar un control del paciente para garantizar que no se excede el consumo máximo de cuatro unidades de Actiq® al día. El reajuste de la dosis si se manifiestan más de cuatro episodios de dolor irruptivo al día durante un periodo de más de cuatro días consecutivos, se debe volver a calcular la dosis del opiáceo de acción prolongada utilizado para el dolor persistente. Si se aumenta la dosis del opiáceo de acción prolongada, puede que sea preciso revisar la dosis de Actiq® para tratar el dolor irruptivo. Cualquier reajuste de dosis de cualquier analgésico debe ser supervisado obligatoriamente por un profesional sanitario. **Suspensión del tratamiento** En general, en pacientes que continúan con una terapia con opiáceos crónica para el dolor persistente, el tratamiento con Actiq® puede suspenderse inmediatamente si deja de ser necesario para el dolor irruptivo. En pacientes en los que sea necesario suspender toda terapia con opiáceos, debe tenerse en cuenta la dosis de Actiq® a la hora de estudiar una disminución gradual de la dosis de opiáceos para descartar la posibilidad de efectos repentinos de abstinencia. **Uso en niños** No se ha establecido la posología adecuada ni la seguridad de Actiq® en niños y adolescentes. **Uso en ancianos** Se ha constatado que los pacientes ancianos son más sensibles a los efectos del fentanilo administrado por vía intravenosa. Por lo tanto, la titulación de la dosis debe abordarse con especial precaución. En el anciano, la eliminación de fentanilo es más lenta y la vida media de eliminación terminal es mayor, lo cual puede producir una acumulación del principio activo y un mayor riesgo de efectos indeseables. No se han llevado a cabo ensayos clínicos formales con Actiq® en ancianos. No obstante, se ha observado en los ensayos clínicos que los pacientes mayores de 65 años necesitan dosis más bajas de Actiq® para lograr un alivio eficaz del dolor irruptivo. **Uso en grupos específicos de población:** Debe tenerse especial cuidado durante el proceso de titulación en pacientes con disfunción renal o hepática. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad conocida al fentanilo o a cualquiera de los excipientes. Empleo simultáneo de inhibidores de monoamina-oxidasa (MAO), o tras 2 semanas después de cesar el empleo de los inhibidores MAO. **Depresión respiratoria** grave o enfermedad pulmonar obstructiva grave. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** Es importante que el tratamiento con opiáceos de acción prolongada utilizados para tratar el dolor persistente del paciente haya sido establecido antes de iniciar la terapia de Actiq®. Con la administración repetida de opiáceos como el fentanilo, se puede desarrollar tolerancia o dependencia física y psicológica. Sin embargo, raramente se produce adicción patológica por el uso terapéutico de opiáceos. Como con todos los opiáceos, hay riesgo de depresión respiratoria clínicamente significativa asociada al uso de Actiq®. Debe prestarse especial atención durante el ajuste de la dosis de Actiq® en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica no severa u otros trastornos médicos que les predispongan a una depresión respiratoria, ya que incluso las dosis normalmente terapéuticas de Actiq® pueden reducir el impulso respiratorio hasta provocar insuficiencia respiratoria. El medicamento no debe administrarse a pacientes que nunca hayan recibido opiáceos, debido a que se incrementa el riesgo de depresión respiratoria y no se ha determinado todavía la dosis apropiada en esta población de pacientes. Actiq® debe administrarse sólo con precaución extrema en pacientes que puedan ser especialmente sensibles a los efectos neurológicos de la retención de CO₂, como aquellos con un aumento constatado de la presión intracranial o con alteración del estado de conciencia. Los opiáceos pueden enmascarar la evolución clínica de un paciente con lesiones en la cabeza y sólo deben utilizarse si están clínicamente justificados. El fentanilo intravenoso puede provocar bradicardia, por lo que Actiq® debe utilizarse con precaución en pacientes con braditismos. Además, Actiq® debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia hepática o renal. No se ha valorado la influencia de la lesión hepática o renal sobre la farmacocinética del medicamento, sin embargo, cuando se administra por vía intravenosa se ha comprobado que el aclaramiento del fentanilo está alterado en las enfermedades hepática y renal debido a la alteración del aclaramiento metabólico y de las proteínas plasmáticas. Después de la administración de Actiq®, la función hepática y renal alteradas pueden ambas incrementar la biodisponibilidad del fentanilo trágado y disminuir sus aclaramiento sistémico, lo cual podría conducir a un aumento y prolongación de los efectos opiáceos. Así pues, debe prestarse especial cuidado durante el proceso de titulación de la dosis en pacientes con enfermedad hepática o renal moderada o grave. Se debe tener especial precaución en pacientes con hipovolemia e hipotensión. Se debería advertir a los pacientes diabéticos que el medicamento contiene edulcorantes (los edulcorantes están compuestos de un 93% de monohidrato de dextrosa y un 7% de maltodextrina). El contenido de glucosa total por unidad de dosis es aproximadamente 1,89 gramos por dosis. Se recomienda una higiene bucal normal para evitar cualquier lesión potencial a los dientes. Se debería efectuar una valoración de cada paciente ambulatorio con respecto a las posibles exposiciones accidentales de niños. Los comprimidos deben ser mantenidos fuera del alcance y vista de los niños y siempre de personas que no sean pacientes, antes y después de su empleo. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** El fentanilo se metaboliza por medio del isoenzima CYP3A4 en el hígado y mucosa intestinal. Los potentes inhibidores del CYP3A4 tales como los antibióticos macrólidos, por ejemplo, la eritromicina, ketorolaco y ciertos inhibidores de proteasa, por ejemplo, ritonavir, pueden incrementar la biodisponibilidad del fentanilo ingerido y pueden también disminuir su aclaramiento sistémico el cual puede producir un aumento o prolongación de los efectos opiáceos. Se pueden observar efectos similares después de la ingestión simultánea de zumo de pomelo, cuya actividad inhibidora del CYP3A4 es conocida. Por eso se aconseja precaución si se administra el fentanilo concomitantemente con inhibidores del CYP3A4. El uso concomitante de otros antidepresivos del SNC, incluyendo otros opiáceos, sedantes o hipnóticos, anestésicos generales, fentanilazinas, tranquilizantes, relajantes musculares, antihistamínicos sedantes y alcohol puede producir efectos depresivos aditivos. Los síntomas de la retirada pueden precipitarse mediante la administración de fármacos con actividad antagonista opiáceo, p. ej. naloxona, o mezcla de analgésicos agonistas/antagonistas (p. ej. pentazocina, butorfanol, buprenorfina, nalbuphina). **Embarazo y lactancia** No se dispone de datos suficientes sobre el empleo del fentanilo en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han demostrado toxicidad en la reproducción (ver Apéndice 5.3). Los analgésicos opiáceos pueden causar depresión respiratoria neonatal. Con un empleo prolongado durante el embarazo existe riesgo de que se produzcan síntomas de abstinencia neonatales. El Actiq® no debería usarse durante el embarazo a menos que sea absolutamente necesario. Se aconseja que no se administre fentanilo durante el parto ya que el fentanilo pasa por la placenta y puede causar depresión respiratoria en el feto. El índice de transferencia de la placenta es 0,44 (relación fetal-materna: 1.00/2,27). El fentanilo pasa a la leche materna, por tanto, no se debe amamantar mientras se tome Actiq® debido a la posibilidad de sedación y/o depresión respiratoria en el lactante. No se debe reanudar el amamantamiento hasta por lo menos 24 horas después de la última administración de fentanilo. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. No obstante, los analgésicos opiáceos pueden perjudicar la capacidad mental y/o física necesaria para la realización de tareas potencialmente peligrosas (p. ej. conducir un coche o utilizar maquinaria). Debe advertirse a los pacientes que no conduzcan ni utilicen maquinaria si sienten somnolencia o mareos mientras toman Actiq®. **Reacciones adversas** Los efectos adversos observados con Actiq® son típicos de los opiáceos. A menudo estos efectos adversos propios de los opiáceos cesan o disminuyen en intensidad con el uso continuado de Actiq®, o con el ajuste del paciente a la dosis adecuada. Deben prevenirse efectos adversos opiáceos y tratarse según corresponda. Debido a que los ensayos clínicos con Actiq® han sido diseñados para valorar la seguridad y eficacia en el tratamiento del dolor irruptivo, todos los pacientes tomaban opiáceos con opiáceos, tales como morfina de liberación prolongada o fentanilo transdérmico, para su dolor persistente. De esta manera no es posible distinguir con seguridad los efectos del Actiq® solo. Los efectos secundarios observados durante los ensayos clínicos con 659 pacientes que tomaron Actiq® que se consideraron que estaban por lo menos relacionados positivamente con el tratamiento fueron los siguientes (muy común >10%, común >1-10%, poco común <1-1 %). **Corporales** Común: adormecimiento, cefalea. Poco común: abdomen dilatado, dolor abdominal, lesión causal, efecto de resaca, indigestión. **Sistema cardiovascular** Poco común: hipertensión, taquicardia, vasodilatación. **Sistema digestivo** Muy común: náuseas/vómitos. Común: estreñimiento, dispepsia. Poco común: anorexia, queilitis, disfagia, eructación, flatulencia, gingivitis, hemorragia encías, aumento salivación, obstrucción intestinal, estercos, úlceras bucales, estomatitis, alpecia de la lengua. **Trastornos metabólicos y nutricionales** Poco común: sed. **Sistema nervioso** Común: ansiedad, confusión, mareo, sequedad de boca, insomnio, somnolencia. Poco común: coordinación anormal, sueños anormales, pensamientos anormales, apatía, amnesia, ataxia, parálisis peribulbar, reflejos disminuidos, delirio, despersonalización, depresión, labilidad emocional, euforia, alucinaciones, hiperreflexia, hipocinesia, miosis, erupción, estupor. **Sistema respiratorio** Común: disnea. Poco común: asma, hipoventilación, faringitis, insuficiencia respiratoria. **Piel y apéndice** Común: prurito, sudoración. Poco común: erupción, urticaria. **Sentidos especiales** Común: visión anormal. Poco común: mal sabor. **Sistema urogenital** Poco común: retención urinaria. Los efectos secundarios más graves asociados a todos los opiáceos son depresión respiratoria (que lleva potencialmente a apnea) o paro respiratorio, depresión circulatoria, hipotensión y colapso. Debe efectuarse un seguimiento de los síntomas de depresión respiratoria en los pacientes. **Sobredosificación** Los síntomas de sobredosificación con fentanilo son de naturaleza similar a los de fentanilo intravenoso y a los de otros opiáceos, y son una prolongación de sus acciones farmacológicas, siendo el efecto significativamente más grave la depresión respiratoria. El tratamiento inmediato en caso de sobredosis de opiáceos consiste en retirar la unidad de Actiq® con ayuda del aplicador si el paciente todavía la tiene en la boca, asegurando la apertura de la vía respiratoria, estimulación física y verbal del paciente; valoración del grado de conciencia, estado ventilatorio y circulatorio; y ventilación asistida (soporte ventilatorio) si es necesario. Para el tratamiento de una sobredosificación (ingestión accidental) en una persona que nunca haya tomado opiáceos anteriormente, se debe colocar una vía intravenosa y utilizarse naloxona u otros antagonistas opiáceos según esté clínicamente indicado. La depresión respiratoria debida a la sobredosis puede durar más que los efectos de la acción del antagonista opiáceo (p. ej. la semivida de la naloxona varía de 30 a 81 minutos) por lo que puede ser necesaria la administración repetida. Consulte el Resumen de las características del producto del antagonista opiáceo concreto para la información sobre dicho uso. Para el tratamiento de una sobredosis en pacientes mantenidos con opiáceos, debe colocarse una vía intravenosa. El uso moderado de naloxona u otro antagonista opiáceo puede estar justificado en algunos casos, pero está asociado al riesgo de precipitar la aparición de un síndrome de abstinencia agudo. Si bien no se ha observado rigidez muscular que interfiera con la respiración después del uso de Actiq®, puede manifestarse con fentanilo y otros opiáceos. Si así fuera, debe tratarse con respiración asistida, con un antagonista opiáceo y, como último recurso, con un agente bloqueante neuromuscular. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Propiedades farmacodinámicas** El fentanilo, agonista puro opiáceo, actúa principalmente a través de la interacción con los receptores mu-opiáceos situados en el cerebro, la médula espinal y la musculatura lisa. El lugar principal de acción terapéutica es el sistema nervioso central (SNC). El efecto farmacológico clínicamente más útil que produce la interacción del fentanilo con los receptores mu-opiáceos es la analgesia. Los efectos analgésicos del fentanilo están relacionados con el nivel de sustancia activa en sangre, teniendo en cuenta el retraso de entrada y salida del SNC (un proceso con una semivida de 3-5 minutos). **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Comprimido para chupar. Dextrosos (93% de monohidrato de dextrosa, como D-glucosa, y 7% de maltodextrina), Ácido cítrico, Fosfato sódico dibásico, Aroma artificial de baya malodextrina, propilenglicol, sabores artificiales (trietilacetato), Estearato de magnesio, Goma comestible utilizada para unir el comprimido al aplicador: Goma Purity B (E1450), un almidón comestible a base de maíz modificado/Azúcar glaseado (sucrosa y almidón de maíz)/Agua destilada. Tinta de impresión: Etanol, Agua desionizada, Goma laca blanca desecorada, Propilenglicol, Azul FD & C Nº 1 (E133). **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 2 años. **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Mantener Actiq® almacenado en un lugar fuera del alcance de los niños en todas las ocasiones. **Naturalaleza y contenido del recipiente** Cada unidad de dosificación de Actiq® está contenida en un envoltorio de tipo blister termosellado que consta de una tapa laminada con papel/almina metálica y un blister termofrmado de PVC/Aclar, suministrado en cajas de 3 y 15 unidades individuales. **Instrucciones de uso, manipulación y eliminación** Debe comunicarse a los pacientes y a las personas que les cuiden que la cantidad de fármaco que contiene Actiq® puede resultar mortal para un niño. Igualmente, debe indicarse a los pacientes y a las personas que les cuiden que mantengan todas las unidades fuera del alcance y de la vista de los niños y que desechen los residuos de acuerdo con los requisitos oficiales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Cephalon UK Ltd, 11/13 Frederick Sanger Road Surrey Research Park, Guildford, Surrey GU2 7YD, Reino Unido. Laboratorio comercializador: Ferrer Farma, Gran Vía Carlos III, 94, 08028 Barcelona. **PVP (IVA) Y CARACTERÍSTICAS DE DISPENSACIÓN Y REEMBOLSO** Cajas de 3 unidades: 36,69 €. Cajas de 15 unidades: 145,46 €. Con receta médica. Con receta de estupefacientes. Reembolsable por SNS. Aportación reducida.

BIBLIOGRAFÍA

- Zeppetella G, Ribeiro MDC. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1, Art. No.: CD004311. DOI: 10.1002/14651858.CD004311.pub2
- Chertie JM et al. Dose-titration, multicenter study of oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients using transdermal fentanyl for persistent pain. Journal of Clinical Oncology 1998; 16(10):3238-3245.
- Farrar JT et al. Oral trans-mucosal fentanyl citrate: randomized, double-blind, placebo-controlled trial for treatment of breakthrough pain in cancer patients. Journal of the National Cancer Institute 1998; 90(8):611-616.
- Portenoy RK et al. Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) for the treatment of breakthrough pain in cancer patients: a controlled dose titration study. Pain 2001; 93(3):103-112.
- Coluzzi PH et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate. J Clin Oncol 1999; 17(12):3739-3745.
- Portenoy RK et al. Oral transmucosal fentanyl citrate for breakthrough cancer pain. J Pain Symptom Manage 2001; 22(1):57S-581T.
- Magrinó VV et al. Tolerabilidad y efectividad del citrato de fentanilo oral transmucoso en el tratamiento a largo plazo del dolor irruptivo en pacientes oncológicos: estudio ECODAY. Clin Trans Oncol 2005; 7(5):205-212.
- Trelis J et al. Citrato de fentanilo oral transmucoso en el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con cáncer en España: resultados del estudio ECODAY. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11(4):184-196.



Gala de entrega de la IV Edición



Jesús Díaz (Contenidos de Salud), Manuel Moreno (Baxter), J. Andrés Gómez Cantero (C. Universidad Navarra) y J. Valera.



Los profesionales del servicio de Neurología del Hospital Galdakao Usansolo posaron con el premio recibido durante el cóctel.



El equipo del servicio de Infecciosas del Hospital de Basurto, que también fue galardonado, durante el cóctel.



Santiago Culi, director de Comunicación de Boehringer Ingelheim, y Antton Labaka, de la misma compañía farmacéutica.



El equipo de Urgencias del Hospital Alto Deba, durante el cóctel, fue uno de los finalistas en su categoría.



El equipo del servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakano fue premiado en esta cuarta edición de los Best In Class.



Ramon Frexes y Ángel Capuchino, de Janssen Cilag, tras finalizar la ceremonia de premios en el Palacio Euskalduna.



El equipo directivo de la Fund. Hosp. Manacor, que en esta edición recibió una mención de honor al mejor centro hospitalario y el premio en Urología.



El equipo del servicio de VIH del Hospital Donostia, con el premio al mejor servicio en esta categoría.



Los equipos del Hospital de El Bierzo y del Hospital Universitario de Salamanca con el gerente de Sacyl, José Manuel Fontsaré.

SERETIDE EPOC
Disfruta la vida

Única combinación fija aprobada para pacientes con EPOC moderada/grave*

Ayude a sus pacientes a sentirse mejor todos los días, semanas, meses, años...

Las últimas evidencias demuestran que Seretide mejora y mantiene la calidad de vida a largo plazo^{1,2}.
Ayude a sus pacientes a sentirse mejor durante más tiempo vs control^{1,2}.



www.centrodeinformacion-gsk.com
902 202 700
es.cs@gsk.com



GlaxoSmithKline

*Tratamiento sintomático de pacientes con EPOC, con un VEMS < 60% del normal (pre-broncodilatador) y un historial de exacerbaciones repetidas que continúan presentando síntomas significativos a pesar del uso regular de una terapia broncodilatadora. Combinación fija de Iy de larga duración y corticosteroide inhalado según ficha técnica a 31 de enero de 2008.

Ficha técnica en página 40



Gala de entrega de la IV Edición



Tomás Toranzo y Francisco Aramburu, presidente y vicepresidente primero de Semes, con Jesús Díaz, de Contenidos de Salud.



José Miguel Fdez. Ramil (Celgene), Gabriel Morelli (IMS), Concha Almarza (IMS) y Pablo del Pino (Celgene), al finalizar la entrega de premios.



Álvaro Rogado (Merck Serono); Jesús García-Foncillas, jefe de Oncología de la Clínica Universidad de Navarra; y Verónica Juez (Merck Serono).



Los responsables de las Unidades de Dolor (Dr. Pallarés), Diabetes y Farmacia (Dr. Poveda) del Hospital La Fe de Valencia, con el director médico, Francisco Martos.



El equipo, casi al completo, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Basurto, premiado en su categoría, celebró el galardón en el Palacio Euskalduna durante el cóctel.



Antonio Zapatero, Berta Rios, María José Rivero, y Ángel Gil, con los gerentes de Fuenlabrada y Móstoles, Carlos Sangregorio y Cristina Granados.



El equipo de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular, Fco. Socorro, J.C. López y M. Sánchez, con M^a Cruz Martín.



Representantes de los hospitales USP. En la foto, profesionales de USP Sagrado Corazón, USP Hospital de Marbella y USP San Carlos.



Los profesionales del servicio de Neumología del Hospital Galdakao Usansolo acudieron en pleno a la entrega de los Premios BiC para recoger con entusiasmo su mención de honor.



Mariluz Marqués y Antón Elorriaga, gerente y director de Enfermería de la comarca Uribe de AP; Rafael Bengoa, Jesús Aranz (San Juan de Alicante) y Karmele Ibarra (Basurto).

Promover la Salud



Mejorar la Vida

Science For A Better Life

En la actualidad existen aproximadamente unas 30.000 enfermedades diferentes conocidas. Sólo un tercio de ellas tienen una terapia adecuada.

Bayer HealthCare, una de las empresas del Grupo Bayer AG, desarrolla productos innovadores para mejorar la salud y la calidad de vida tanto de seres humanos como de animales.

Además de las divisiones Animal Health, Consumer Care y Diabetes Care, la empresa está fuertemente implantada en el área de las especialidades farmacéuticas bajo el nombre Bayer Schering Pharma. Bayer HealthCare: líder internacional en el sector de la salud.

Una empresa fuerte para un futuro saludable. www.bayer.es



Bayer: CropScience MaterialScience

HealthCare

La motivación y estímulo
del Sistema Nacional de Salud



BiC® IV Premios Best In Class

GACETA MÉDICA
MEDICINA ■ INVESTIGACIÓN

**Escuela de Innovación
Y Gestión Sanitaria**

**Universidad
Rey Juan Carlos**

Quieren agradecer el gran éxito cosechado en los IV Premios BiC

Gracias

■ Al patrocinador global: **ims** INTELLIGENCE APPLIED.

■ A las áreas y entidades colaboradoras:

■ Mejor Hospital

Baxter

■ Cardiología

SERVIER

■ Ginecología

**P&G
Pharmaceuticals**

■ Oncología

**MERCK
SERONO**

■ Pediatría

sanofi pasteur MSD

■ Unidad de Hematología

Celgene®

■ Atención Primaria

**Boehringer
Ingelheim**

■ VIH/SIDA

GILEAD

■ Traumatología

Almirall

■ Unidad del Dolor

ferrer

■ Pediatría

JANISSEN-CILAG

■ Unidad de Diabetes

novo nordisk®

■ Farmacia

**Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma**

■ Neurología

ADAMED

■ Neumología

**gsk
GlaxoSmithKline**

■ Medicina Preventiva y Salud P.

sanofi pasteur MSD

■ Urología

**Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma**

■ A los más de 130 centros sanitarios que presentaron sus candidaturas en 2009.

■ A las sociedades científicas que se orientan a la calidad.

■ A: **EUSKO JAURLARITZA** **GOBIERNO VASCO**
OSAGUN SAILA DEPARTAMENTO DE SANIDAD

■ Al apoyo de:

AENOR



■ Y a todos los que con su trabajo y dedicación han hecho posible que estos IV Premios BiC hayan sido un éxito, un año más.

Enhorabuena a todos los ganadores

Editada por: **[contenidos]**
contenidos e información de salud s.l.

Evaluación mediante el índice: **ICAP**
INSTRUMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL