

# Especial Premios BiC

# GM







El Palacio de Congresos y Exposiciones de Santiago de Compostela congregó a más de 450 personalidades, entre autoridades sanitarias de diferentes comunidades, equipos de los hospitales finalistas y premiados, representantes de organizaciones profesionales y altos cargos de la industria farmacéutica.

■ HAN SIDO LOS RECONOCIDOS EN LA V EDICIÓN DE LOS BEST IN CLASS (BiC) QUE PREMIA LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

## El Complejo Asistencial de Salamanca y Adelfas de Madrid, mejor hospital y centro de AP de 2010

■ Comunidad Valenciana, con siete galardones, seguida de Madrid, Cataluña y País Vasco, todas con tres, acaparan los Premios BiC de GACETA MÉDICA, que por quinto año consecutivo reconocen a los mejores hospitales y centros de salud en calidad asistencial

JOSÉ GARCÍA  
Santiago de Compostela

El Complejo Universitario Asistencial de Salamanca ha sido reconocido como Mejor Hospital en Atención al Paciente en la V edición de los Premios Best In Class (BiC), mientras que en la categoría de Atención Primaria el galardón ha recaído en el centro de salud Adelfas 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 el miércoles 17 de noviembre en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Santiago de Compostela.

El acto congregó a más de 450 personas, entre autoridades sanitarias de Galicia, Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco, Castilla y León, y Cataluña; representantes de organizaciones profesionales y sociedades científicas; y altos ejecutivos de la industria farmacéutica.

### CC.AA. más premiadas

En total han sido 56 hospitales y 10 centros de salud los finalistas en esta quinta edición. Por comunidades autónomas, el listado de los 56 hospitales finalistas lo lidera

Madrid, con doce, seguida de Comunidad Valenciana, con nueve: Galicia, Andalucía y País Vasco, con seis; Cataluña, con cinco; Baleares, con tres; Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha, con dos; y Navarra, Castilla y León y Aragón, con uno.

En cuanto a los hospitales premiados, se ha reconocido un total de 21 hospitales diferentes. Por comunidades autónomas, Comunidad Valenciana encabeza el ranking con seis hospitales premiados, seguida de Cataluña y País Vasco, con tres; Madrid y Andalucía, con dos; y Galicia, Murcia, Navarra, Baleares y Castilla y León, con uno.

Respecto al número total de premios, también ha sido la Comunidad Valenciana quien ha acaparado esta edición con siete galardones; seguida de Madrid, Cataluña y País Vasco, con tres; y Castilla y León, Andalucía y Navarra, con dos. Con un galardón han sido reconocidas Galicia, Murcia y Baleares.

Por hospitales, sólo ha habido cuatro centros que han logrado más de un premio: el Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, la Clínica Universidad de Navarra, el Hospital La Fe de Valencia y el Hospital San Juan de Alicante, todos con dos. Y los hospitales con mayor número de servicios finalistas han sido: el Hospital Universitario de Fuenlabrada y el Hospital Universitario La Ribera, con siete; la Clínica Universidad de Navarra y el Hospital de Torrevieja, con cinco; y el Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, el Hospital de Basurto

y el Hospital Son Llatzer, con cuatro.

El Hospital La Fe de Valencia recibió dos premios al mejor servicio de Farmacia y a la mejor Unidad de Diabetes; el Hospital de La Plana de Castellón fue reconocido con el premio al mejor servicio de Ginecología y Obstetricia; el Hospital General de Castellón recibió el galardón al mejor servicio de Medicina Interna; el Hospital de Torrevieja de Alicante obtuvo el reconocimiento al mejor servicio de Traumatología; el Hospital Universitario San Juan de Alicante fue premiado al mejor servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública; y el Hospital Universitario de La Ribera de Valencia recibió el premio al mejor servicio de Nefrología.

Además del premio al mejor servicio de Atención Primaria para el centro de salud Adelfas, Madrid se llevó las distinciones a la mejor Unidad del Dolor para el Hospital Universitario de La Princesa y al mejor servicio de Psiquiatría para el Hospital Universitario de Móstoles.

Cataluña fue premiada por los mejores servicios de Oncología para el Instituto Catalán de Oncología; Enfermedades infecciosas, para el Hospital Clínic de Barcelona; y Reumatología, para la Clínica Cima. País Vasco, por su parte, recibió los galardones a los mejores servicios de Pediatría, Urgencias y Neumología para los hospitales de Basurto, Donostia y Galdakao-Usansolo, respectivamente.

El Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, además del premio al mejor hospital del SNS, fue recono-

cido con el galardón al mejor servicio de Hematología y Hemoterapia. Navarra se llevó dos premios, ambos para la Clínica Universidad de Navarra a los mejores servicios de Cardiología y de Investigación e Innovación. Por su parte, Andalucía recibió también dos galardones a los mejores servicios de Neurología, para el Hospital Carlos Haya de Málaga, y de VIH para el Hospital Reina Sofía de Córdoba. Este último fue ex aequo con el Complejo Hospitalario Arquitecto Marceide-Nowa Santos de La Coruña.

En Baleares ha sido premiado el servicio de Urología de la Fundación Hospital de Manacor, y en Murcia, el servicio de Medicina Intensiva/UCI del Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Asimismo, se entregaron dos nuevos Premios BiC que han reconocido, el primero, la Seguridad Clínica y ha ido a parar a la "Estrategia de seguridad del paciente y observatorio para la seguridad del paciente" de la Consejería de Salud de Andalucía. Y el segundo, ha premiado la Mejor Iniciativa o proyecto en Medicina Personalizada y ha ido a parar al Servicio Catalán de Salud por el programa de evaluación, seguimiento y financiación de tratamientos farmacológicos de alta complejidad.

### Reconocimientos a Pastor, Farjas y Cesida

También como novedad en esta quinta edición, se ha premiado a Ana Pastor, secretaria de Política Social y Bienestar del PP y ex ministra de Sanidad, por su liderazgo y lucha por la cohesión y la calidad del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, en el marco de estos premios, la Alianza General de Pacientes (AGP) ha entregado a la consejera de Sanidad de Galicia, Pilar Farjas, un reconocimiento especial para la Escuela Gallega de Salud para los ciudadanos, galardón que ha recogido la secretaria general de Sanidad de la Xunta de Galicia, Sagrario Pérez Castellanos, así como para Cesida por su iniciativa "Elige siempre cara".

Además, la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos ha otorgado un premio a la Innovación y Gestión en Farmacia Hospitalaria y ha recaído ex aequo en la Consejería de Sanidad de la

Comunidad Valenciana por el proyecto "Consultenos" y en el Hospital Ramón y Cajal por el proyecto "Análisis del proceso de prescripción, validación y dispensación de medicamentos y detección de errores".

También se han entregado menciones de honor al Hospital de Torrevieja, como mejor hospital; al Hospital Universitario de Fuenlabrada, en la categoría de Oncología; al Hospital Universitario de La Ribera, en Traumatología; al Complejo Hospitalario Arquitecto Marceide-Nowa Santos, en Psiquiatría; al Hospital de Montilla, en UCI; al Hospital Infanta Leonor, en Diabetes; y al Hospital Universitario Arnau de Vilanova, de Lérida, en Nefrología.

Tras un riguroso proceso de evaluación de la calidad, tras el cual se obtiene el Índice de Calidad en Atención al Paciente (ICAP), la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos y un comité de expertos del sector sanitario decidieron otorgar estos 24 premios y los correspondientes reconocimientos y menciones de honor.

Esta iniciativa de Contenidos e Información de Salud, editora de GACETA MÉDICA, cuenta también con IMS Health como patrocinador global, así como con la colaboración de compañías líderes en sus ámbitos asistenciales y terapéuticos: Mejor Hospital (Baxter), Atención Primaria (Boehringer Ingelheim), Cardiología (Servier), Oncología (Merck Serono), Pediatría (Sanofi Pasteur MSD), VIH/Sida (Gilead), Traumatología (Almirall), Unidad del dolor (Ferrer), Psiquiatría (Janssen), Farmacia (Bayer HealthCare), Neurología (Adamed), Medicina Preventiva y Salud Pública (Sanofi Pasteur MSD), Hematología (Celgene), Reumatología (Abbott), Investigación e Innovación (Pharmamar), Seguridad Clínica (Roche), Unidad de Diabetes (Faes Farma), Ginecología (Warner Chilcott), Neumología (Nycomed MSD Respiratorio), Medicina Personalizada (Ferrer) e Innovación y Gestión en Farmacia Hospitalaria (Janssen).

En esta edición de 2010, los BiC también cuentan con la colaboración de entidades como Fundamed, Sedisa y la Fundación Ad Qualitatem.

## "El paciente como cómplice, no cliente"

La secretaria general de Sanidad de la Xunta de Galicia, Sagrario Pérez Castellanos, apostó durante su discurso de clausura por la vuelta a la asistencia humana, que entienda al paciente como parte del todo.



Sagrario Pérez Castellanos.

"Queremos que el paciente sea, no nuestro cliente, sino nuestro cómplice", señaló Pérez Castellanos. Ésta es la idea que persigue la iniciativa Escuela de Salud para ciudadanos desarrollada en Galicia por su departamento. En su opinión, el paciente debe ser un agente activo e implicarse para evitar situaciones de riesgo, mejorar su salud y utilizar de forma racional los recursos sanitarios para asegurar la viabilidad del sistema sanitario, "el mejor de Europa y del mundo".

En Galicia, dijo la secretaria general de Sanidad, existe un compromiso en los procesos de atención al paciente "y prueba de ello es el intento de alcanzar la gloria en estos premios". La representante gallega dijo que "en nuestro debut hemos conseguido que seis de ocho candidaturas sean finalistas y además, lograr un premio y una mención de honor".

Para Pérez Castellanos, es un balance "positivo" para ser el primer intento, ahora bien, advirtió: "Estamos aquí y seguiremos".

## Reconocimientos de los pacientes



La Alianza General de Pacientes reconoció a la consejera Pilar Farjas por la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.



La AGP también premió la iniciativa "Elige siempre cara" de Cesida. En la imagen, su presidenta, Udiarraga García Urbe.

## Los BiC en Facebook



Premios BiC en Facebook ha sido una novedad de esta edición.

La gala de los Premios Best In Class (BiC) no solo fue seguida por los 450 asistentes al Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia en Santiago de Compostela. Varios cientos de personas visitaron a lo largo del pasado miércoles la página de Facebook de los premios BiC ([www.facebook.com/PremiosBiC2010](http://www.facebook.com/PremiosBiC2010)), novedad de esta edición, para seguir la retransmisión que la redacción de GACETA MÉDICA realizó en directo con el objetivo de dar la mayor difusión inmediata a la hora de desvelar los ganadores en cada una de las categorías convocadas.

Igualmente, tras los premios, han sido numerosas las vistas que se han registrado para poder visualizar la galería fotográfica de la ceremonia de entrega. Una completa colección de instantáneas que recogen los mejores momentos vividos con la entrega de los 27 galardones entregados.



# Ganadores y finalistas de la V Edición



Reportaje fotográfico: Carlos Siegfried.

Los galardonados en la V edición de los Premios Best In Class (BiC) posan con la secretaria general de Sanidad de la Xunta de Galicia, Sagrario Pérez Castellanos, el resto de autoridades sanitarias de Madrid, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana y País Vasco, y representantes de la industria farmacéutica y organizaciones profesionales, en la tradicional foto de familia, al término de la ceremonia de entrega de los premios, que tuvo lugar en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Santiago de Compostela.



José M. Pino, director general de Asistencia Sanitaria de Sacyl, la gerente Raquel Martínez, y Manuel Moreno, director general de Baxter.

## MEJOR HOSPITAL

Premio otorgado por:



### GANADOR

- Complejo Universitario Asistencial de Salamanca

### FINALISTAS

- Fundación Hospital Manacor (Illes Balears)
  - Hospital de Basurto (Bizcaia)
- Hospital Galdakao-Usansolo (Bizcaia)
- Hospital Quirón Valencia (Valencia)
- Hospital Son Llàtzer (Illes Balears)
  - Hospital de Torrevieja (Alicante)
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)
  - Hospital Universitario de Getafe (Madrid)
- Hospital Universitario de La Ribera (Valencia)



Julio Zarco, presidente de Semergen; María Luisa Gómez, coordinadora médica de Adelfas; y Santiago Culi, de Boehringer Ingelheim.

## MEJOR SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Premio otorgado por:



### GANADOR

- Centro de Salud Adelfas (Madrid)

### FINALISTAS

- ABS Salou (Tarragona)
- Centro de Atención Primaria Barceloneta (Barcelona)
  - Centro de Salud Casco Viejo (Álava)
- Centro de Salud José María Llanos (Madrid)
  - Centro de Salud Valle de la Oliva (Madrid)
- Centro Sanitario Integrado Benifaio (Valencia)
  - Centro Sanitario Integrado Carlet (Valencia)
    - Comarca Bilbao (Bizcaia)
- Gerencia de Atención Primaria de Toledo - SESCAM (Toledo)





**Encontramos la solución.**

**Descubra lo que IMS puede hacer por sus clientes del sector salud.**

Si cree que IMS sólo significa "datos" piénselo de nuevo. Hemos puesto en marcha toda una gama de servicios de consultoría basados en la evidencia.

La capacidad y el conocimiento de nuestros 1.400 consultores le ayudarán a diseñar las mejores estrategias de negocio. Utilizamos nuestra experiencia para transformar la información que poseemos en soluciones eficaces.

Por eso es una buena idea que contacte con nosotros para ver como podemos ayudarle. Visítenos en [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com) o llame al 915 578 500.

**ims**

**INTELLIGENCE.  
APPLIED.**



José Puig Moll y Manuel Fillol Crespo, director médico y jefe de Ginecología de La Plana, con Yann Gaslain, director comercial de Warner Chilcott.

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Hospital de la Plana (Castellón)  
**FINALISTAS:** • Fundación Hospital Manacor (Illes Balears) • Hospital de Torrevieja (Alicante) • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) • USP Hospital San José (Madrid)



Carlos Giudice, gerente de Relaciones Exteriores de Sanofi Pasteur MSD; Elena Sánchez, jefa de Pediatría de Basurto; y la viceconsejera vasca Olga Rivera.

**PEDIATRIA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Hospital de Basurto (Bizkaia)  
**FINALISTAS:** • Hospital Quirón Málaga (Málaga) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) • Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)



Ángel Gil (URJC), Candela Calle (directora general del ICO), Josep Ramón Germà (jefe de Oncología Médica del ICO) y Álvaro Rogado (Merck Serono).

**ONCOLOGÍA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Institut Català d'Oncologia (Barcelona)  
**FINALISTAS:** • Clínica Universidad de Navarra (Navarra) • Complejo Hospitalario Pontevedra (Pontevedra) • Hospital Infanta Cristina (Madrid) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)



Jesús Díaz, adjunto al presidente y relaciones institucionales del Grupo Contenidos, y Juan Benejam Gual, jefe de Urología de Manacor.

**UROLOGÍA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Fundación Hospital Manacor (Illes Balears)  
**FINALISTAS:** • Fundación Jiménez Díaz-Capio (Madrid) • Hospital de Torrevieja (Alicante) • Hospital General Univ. de Alicante (Alicante) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)



Íñigo Fernández, director de Relaciones Institucionales de Servier, y Juan José Gavira, especialista del Departamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca.

**CARDIOLOGÍA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Clínica Universidad de Navarra (Navarra)  
**FINALISTAS:** • Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir de Andalucía (Jaén) • Hospital de La Plana (Castellón) • Hospital Universitario San Juan de Alicante (Alicante) • USP Hospital San Carlos (Murcia)



Ana Mariño, responsable de VIH del Arquitecto Marcide-Novoa Santos, con Roberto Urbez, director general de Gilead, y Mónica Ausejo, directora de RRII.

**VIH**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Hospital Reina Sofía (Córdoba) y Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos (A Coruña)  
**FINALISTAS:** • Hospital Clínico de Barcelona (Barcelona) • Hospital Univers. de Canarias (Santa Cruz de Tenerife) • Hospital Univers. Ramón y Cajal (Madrid)



Luis Sangil, director general comercial de Contenidos, con José María Gatell, jefe de Infecciosas del Clínic, y profesionales del hospital.

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona)  
**FINALISTAS:** • Hospital General de Castelló (Castellón) • Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife)



Jesús Maldonado, director del área osteomuscular de Almirall, y José Antonio Medina, jefe de la sección de Traumatología de Torrevieja.

**TRAUMATOLOGÍA**

Premio otorgado por:

**GANADOR:** • Hospital de Torrevieja (Alicante)  
**FINALISTAS:** • Clínica Universidad de Navarra (Navarra) • Fundación Hospital Manacor (Illes Balears) • Hospital Infanta Leonor (Madrid) • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia)

**Baxter**

## Marcando una diferencia significativa en el cuidado de la salud.

**Baxter** es una empresa de productos médicos que salvan y mejoran la vida de millones de pacientes en todo el mundo. La compañía investiga y desarrolla dispositivos médicos, medicamentos y biotecnología para proporcionar terapias innovadoras a personas que padecen hemofilia, insuficiencia renal, alteraciones inmunológicas y otras enfermedades agudas y crónicas.

Presente en España desde hace más de 30 años, hoy cuenta con una plantilla de más de 700 empleados y sedes en Valencia, Madrid y Las Palmas. Asimismo, cuenta con una planta de producción en Huesca que exporta a más de 20 países de Europa, Asia y África.







Pablo Busca, jefe de Urgencias de Donostia; María Jesús Preciado, supervisora de Urgencias; y Santiago de Quiroga, presidente editor de GM.

## URGENCIAS

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Donostia (Guipuzcoa)  
**FINALISTAS:** • Hospital Alto Deba (Guipuzcoa) • Hospital de Zumárraga (Guipuzcoa) • Hospital Donostia (Guipuzcoa) • Hospital Son Llätzer (Illes Balears) • USP Hospital San Carlos (Murcia)



Laura García Vázquez, directora comercial del Grupo Contenidos, con Gumersindo José González, jefe de Medicina Intensiva del Morales Meseguer.

## MEDICINA INTENSIVA / UCI

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)  
**FINALISTAS:** • Hospital de Montilla (Córdoba) • Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) • USP Hospital San Carlos (Murcia)



Fernando García Alonso, director científico del Grupo Ferrer; Concepción Pérez Hernández, jefe de Dolor de La Princesa, y Miguel Á. Andrés, gerente.

## UNIDAD DEL DOLOR

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)  
**FINALISTAS:** • Hospital Son Llätzer (Illes Balears) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) • Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)



Berta Rios, responsable de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Móstoles, y Ramón Frexes, director de Relaciones Institucionales de Janssen.

## PSIQUIATRÍA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)  
**FINALISTAS:** • Complejo Hospitalario Arquitecto Marçide-Novoa Santos (A Coruña) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia) • Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid)



Juan Blanco, jefe de Comunicación de Bayer; J. Luis Poveda, jefe de Farmacia de La Fe; y José Clérigues, director gral. de Farmacia de la C. Valenciana.

## FARMACIA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitari La Fe (Valencia)  
**FINALISTAS:** • Hospital General de Ciudad Real (Ciudad Real) • Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) • Hospital Universitario de Móstoles (Madrid) • Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (Granada)



José María Pino (Asistencia Sanitaria de Castilla y León), Lourdes Vázquez (Calidad de Hematología de Salamanca) y Tom Cavanaugh (dir.gral. Celgene).

## HEMATOLOGÍA Y HEMATOTERAPIA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Complejo Universitario Asistencial de Salamanca  
**FINALISTAS:** • Fundación Jiménez Díaz-Capio (Madrid) • Hospital General de Castelló (Castellón) • Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia) • Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)



Marina Blanco (Separ), Elena Martínez (dir. médico Nycomed), Lourdes Uribe (supervisora Neumología de Galdakao) y Alberto Capelastegui (jefe servicio).

## NEUMOLOGÍA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Galdakao-Usansolo (Bizkaia)  
**FINALISTAS:** • Fundación Jiménez Díaz-Capio (Madrid) • Hospital de Guadalajara (Guadalajara) • Hospital Quirón Málaga (Málaga) • Hospital Son Llätzer (Illes Balears)



Oscar Fernández, jefe de Neurología del Carlos Haya, y José María Pascual, director general de Adamed.

## NEUROLOGÍA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga)  
**FINALISTAS:** • Complejo Hospitalario de Santiago (A Coruña) • Hospital de Basurto (Bizkaia) • Hospital Galdakao-Usansolo (Bizkaia) • Hospital Marina Baixa (Alicante)

Aportar valor a través de la innovación



### **Investigar, desarrollar, fabricar y comercializar productos farmacéuticos para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas**

La visión de futuro, el carácter innovador y la dedicación a la investigación han mantenido a Boehringer Ingelheim entre los líderes mundiales del sector farmacéutico y le han permitido afrontar con éxito los retos que plantean la investigación y desarrollo para poder poner a disposición de los pacientes medicamentos innovadores y seguros.

La mentalidad emprendedora de todos y de cada uno de los que formamos parte de Boehringer Ingelheim hace posible la realización de nuestro objetivo: **Aportar valor a través de la innovación.**

[www.boehringer-ingelheim.es](http://www.boehringer-ingelheim.es)  
[www.twitter.com/boehringer](https://twitter.com/boehringer)  
[www.youtube.com/user/boehringeringelheim](https://www.youtube.com/user/boehringeringelheim)





# Ganadores y finalistas de la V Edición



Carlos Giudice, gerente de Relaciones Exteriores de Sanofi Pasteur MSD, y Jesús María Aranz, jefe de Medicina Preventiva de San Juan de Alicante.

## MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitario San Juan de Alicante (Alicante)  
**FINALISTAS:** • Complejo Hospitalario de Ourense (Ourense) • Complejo Hospitalario de Santiago (La Coruña) • Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (Las Palmas de Gran Canaria) • Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (Granada)



Bernardino Roca, jefe de Medicina Interna del General de Castellón, José M. López (director editorial de Contenidos) y Guillermo Ferrán (Dpto. Salud).

## MEDICINA INTERNA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital General de Castellón (Castellón)  
**FINALISTAS:** • Complejo Universitario Asistencial de Salamanca (Salamanca) • Hospital de Torrevieja (Alicante) • Hospital Quirón Zaragoza (Zaragoza) • Hospital Virxe da Xunqueira (A Coruña)



Poveda recogió el premio en nombre de Juan Fco. Merino, jefe de Diabetes de La Fe. En la foto, con Rosa Luna, gerente de Marketing de Faes Farma.

## UNIDAD DE DIABETES

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitari La Fe (Valencia)  
**FINALISTAS:** • Clínica Universidad de Navarra (Navarra) • Hospital Infanta Leonor (Madrid) • Hospital Universitari Son Dureta (Illes Balears) • Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife)



Luis Mora, director general del Grupo Zeltia, PharmaMar; Gabriel Canel, director de Investigación de Navarra; y Valentín Elisondo, coordinador de I+D.

## INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Clínica Universidad de Navarra (Navarra)  
**FINALISTAS:** • Complejo Universitario Asistencial de Salamanca (Salamanca) • Hospital de Basurto (Bizcaia) • Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife) • Hospital Universitario de Cruces (Bizcaia)



Miguel Candel, jefe de Nefrología de La Ribera; José Emilio Llopis, director médico, y José Clérigues, director de Farmacia de la Comunidad Valenciana.

## NEFROLOGÍA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Hospital Universitario de La Ribera (Valencia)  
**FINALISTAS:** • Hospital San Rafael (A Coruña) • Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida) • Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) • Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid)



Francisc Gabara (dir. gral. CIMA), Violant Poca (jefa de servicio), Ferrán García (dir. cient. de Reumatología) y Antonio Bañares (RR.II. de Abbott).

## REUMATOLOGÍA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Clínica Cima (Barcelona)  
**FINALISTAS:** • Hospital Clinic de Barcelona (Barcelona) • Hospital General Univ. Alicante (Alicante) • Instituto Poal de Reumatología (Barcelona)

## SEGURIDAD CLÍNICA

Premio otorgado por:



• Observatorio para la Seguridad del Paciente y Estrategia de Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de Andalucía



Francisco Parras, coordinador de RR.II. de Roche, y Gonzalo Suárez, director de la Estrategia de Seguridad de Pacientes de Andalucía.

## MEDICINA PERSONALIZADA

Premio otorgado por:



**GANADOR:** • Programa de tratamientos farmacológicos del Catsbyud  
**FINALISTAS:** • Biobanco vasco para la investigación - OEHUN • Parto personalizado en el Hospital Infanta Leonor



José Luis Lirio, director de Marketing del Grupo Ferrer, y Antonio Gilabert, gerente de Atención Farmacéutica del CatSalut.

## PREMIO CÁTEDRA DE GESTIÓN E INNOVACIÓN

A la Innovación y Gestión en Farmacia Hospitalaria

Organizado por:



**GANADOR:** • Proyecto "Consúltenos" del Grupo de Trabajo formado por 12 Hospitales de la Comunidad Valenciana



Javier Castrodeza, director general de Salud Pública e I+D+i de Sacyl, y Teresa Aznar, coordinadora del proyecto "Consúltenos".

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](http://www.bayer.es)



Bayer: CropScience MaterialScience

HealthCare





## Menciones de Honor

### MEJOR HOSPITAL

# Torrevieja, Mención de Honor como Mejor Hospital en Atención al Paciente en 2010

J.G.  
Santiago de Compostela

El Hospital de Torrevieja, en Alicante, se alzó con la Mención de Honor como mejor centro hospitalario en atención al paciente en esta quinta edición de los Premios Best In Class. Su director gerente, Luis Barcia, agradeció a la organización la entrega de la distinción, así como destacó el trabajo de los profesionales del hospital, así como del equipo directivo.

En esta edición, se entregaron además otras seis menciones de honor a los servicios hospitalarios. Así, al Hospital Universitario de Fuenlabrada fue galardonado en la categoría de Oncología; al Hospital Universitario de La Ribera, en la de Traumatología; el Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novo Santos, en la de Psiquiatría; el Hospital de Montilla, en la de Medicina Intensiva / UCI; el Hospital Infanta Leonor de Madrid, en Unidad de Diabetes; y el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, de Lérida, en la de Nefrología.



Luis Barcia, gerente del Hospital de Torrevieja, con José Clérigués, director general de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

### ONCOLOGÍA

#### Hospital Universitario de Fuenlabrada



Juan Antonio Guerra, jefe de Oncología de Fuenlabrada, y Concepción Almanza, directora de Operaciones de IMS Health.

### TRAUMATOLOGÍA

#### Hospital Universitario de La Ribera



Julio Ribes, jefe de Traumatología, y José Emilio Llopis, director médico, con José Clérigués, director general de Farmacia de la Comunidad Valenciana.

### PSIQUIATRÍA

#### Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novo Santos



Antonio Núñez Pérez, jefe del servicio de Psiquiatría, y Concepción Almanza, directora de Operaciones de IMS Health.

### MEDICINA INTENSIVA / UCI

#### Hospital de Montilla



Emilio del Campo Molina, jefe del servicio de UCI y Urgencias, con Concepción Almanza, directora de Operaciones de IMS Health.

### UNIDAD DE DIABETES

#### Hospital Infanta Leonor



Francisco Luis Sánchez (Gestión del Infanta Leonor), Francisco Javier del Cañizo (jefe de Endocrinología) y Concepción Almanza (IMS Health).

### NEFROLOGÍA

#### Hospital Universitari Arnau de Vilanova



Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Valencia).



**ERBITUX<sup>®</sup>**  
CETUXIMAB

Personaliza la EFICACIA

en 1<sup>a</sup> línea  
aumenta  
significativamente la

**supervivencia  
global.\*<sup>1,2</sup>**

\*En pacientes con CCRm KRAS nativo en combinación con quimioterapia estándar  
En pacientes con CECC recurrente y/o metastásico en combinación con quimioterapia basada en platino  
CCRm: Cáncer colorrectal metastásico - CECC: Carcinoma escamoso de cabeza y cuello.

Merck Serono Oncología | *Combination is key™*

Merck Serono

Merck Serono is a  
division of Merck.





**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 de 20 ml contiene 100 mg de cetuximab. Cetuximab es un anticuerpo IgG<sub>1</sub> 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 Lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA.** Solución para perfusión. Solución incolora. **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciónes 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 nativo en combinación con quimioterapia o en monoterapia en aquellos pacientes en los que haya fracasado el tratamiento con oxaliplatino 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 o metastásica. **Posología y forma de administración:** Eribix debe administrarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de medicamentos antineoplásicos. 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 m<sup>2</sup> de superficie corporal. Todas las dosis semanales posteriores son de 250 mg de cetuximab por m<sup>2</sup> cada una. **Cáncer colorrectal:** En pacientes con cáncer colorrectal metastásico, cetuximab se utiliza en monoterapia o en combinación con quimioterapia. Debe llevarse a cabo una detección del estado mutacional del gen KRAS antes de la primera perfusión de cetuximab. Es importante que un laboratorio con experiencia emplee un método validado (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Para ver la posología o las modificaciones recomendadas de la dosis de los agentes quimioterápicos utilizados concurrentemente, 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 pacientes con cáncer de células escamosas recurrente 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, gotero por gravedad o una bomba de jeringa (para 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 90 minutos. La velocidad máxima de perfusión no debe superar los 10 mg/h. **Precauciones 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 hematológicos preexistentes (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Ha de ser necesario ajustar la dosis en ancianos, aunque la experiencia en pacientes de 75 años o más es limitada. **Población pediátrica:** No hay experiencia en niños (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Contraindicaciones:** Eribix está contraindicado en pacientes con reacciones de hipersensibilidad graves (grados 3 a 4) conocidas a cetuximab. Antes de iniciar un tratamiento combinado debe tenerse en cuenta las contraindicaciones de los agentes quimioterápicos concurrentemente utilizados a la radioterapia. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Reacciones relacionadas con la perfusión:** Si el paciente presenta una reacción leve o moderada relacionada con la perfusión, puede reducirse la velocidad de perfusión. Se recomienda mantener esta velocidad de perfusión más baja en todas las perfusiones posteriores. Se han descrito reacciones graves relacionadas con la perfusión en pacientes tratados con cetuximab (ver sección Reacciones adversas). Los síntomas han aparecido raramente durante la primera perfusión y hasta 1 hora después del final de la misma, pero pueden ocurrir después de varias horas o en perfusiones posteriores. Se recomienda advertir a los pacientes de la posibilidad de la aparición tardía de estos síntomas y darles instrucciones para que contacten con su médico si se presentan síntomas de una reacción relacionada con la perfusión. Si aparece una reacción grave relacionada con la perfusión, se precisa la suspensión de forma inmediata y permanente del tratamiento con cetuximab y puede ser necesario un tratamiento de urgencia. Se recomienda prestar atención especial a aquellos pacientes con estado funcional disminuido y enfermedad cardiovascular preexistente. **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, 4) (ver sección Reacciones adversas), 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 reanudar a una dosis más baja (200 mg/ml) después de la segunda vez, y 150 mg/ml después de la tercera vez sólo si la reacción ha remitido hasta grado 2. Si aparecen reacciones cutáneas graves por cuarta vez, o éstas no remiten hasta grado 2 durante la interrupción del tratamiento, se precisa la suspensión del tratamiento con cetuximab de forma permanente. **Alteraciones electrolíticas:** Se producen con frecuencia descensos progresivos de los niveles de magnesio sérico, que pueden provocar hipomagnesemia grave. La hipomagnesemia es reversible después de interrumpir el tratamiento con cetuximab. Además puede producirse 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 reposición 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). **Trastornos cardiovasculares:** Se ha observado una frecuencia aumentada de acontecimientos cardiovasculares graves y a veces mortales y de reuenter surgidas a raíz del tratamiento en la terapia para el cáncer de pulmón en microcélulas, el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello y el carcinoma renal renal. En algunos estudios (ajustes de pulmón en microcélulas), se ha observado una asociación con una edad  $\geq 65$  años. Cuando se prescribe cetuximab, debe tenerse en cuenta el estado cardiovascular de los pacientes y la administración concomitante de compuestos cardiotoxicos como los fluorouracilos. En pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presentan mutaciones del gen KRAS, cetuximab no debe usarse para el tratamiento de los pacientes con cáncer colorrectal cuyos tumores presentan mutaciones del gen KRAS o en los que se desconoce el estado laboral con respecto a dicha gen. Los resultados de los estudios clínicos muestran un equilibrio riesgo-beneficio negativo en los tumores con mutaciones del gen KRAS. **Precauciones especiales:** Hasta la fecha sólo se han estudiado pacientes con función renal y hepática adecuada (creatinina sérica  $\leq 1,5$  veces, transaminasas  $\leq 5$  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 anómalos: hemoglobina  $\leq 9$  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. Población 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 infartos de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (entendimiento palmo/plantar) pueden ser más altas con la combinación con fluoropirimidinas que con la perfusión de fluoropirimidinas solas. Un estudio formal de interacciones mostró que las características farmacocinéticas de cetuximab permanecen inalteradas tras la coadministración de una dosis única de metotrexato (350 mg/m<sup>2</sup> 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:** El EGFR está implicado en el desarrollo del feto. Observaciones limitadas en animales indican una transferencia placentaria de cetuximab y se ha comprobado que otros anticuerpos 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 periodo de lactancia. Se recomienda encarecidamente que Eribix se administre durante el embarazo o en mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados sólo si el beneficio potencial para la madre justifica el riesgo potencial para el feto. Se recomienda que las mujeres no embarazadas o 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 o 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 ( $< 1/10.000$ ). 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: Anorexia, disminución del peso. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Cefalea. **Trastornos oculares:** Frecuentes: Conjuntivitis. **Poco frecuentes:** Bifurcación, queratitis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Trombosis venosa profunda. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Embolia pulmonar. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Diarrea, náuseas, vómitos. **Trastornos hepatobililiares:** Muy frecuentes: Aumento en los niveles de enzimas hepáticas (ALAT, ALAT, fosfatasa alcalina). **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Muy frecuentes: Reacciones cutáneas\*. Frecuencia no conocida: Sofocamiento de lesiones cutáneas\*. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Muy frecuentes: Reacciones leves o moderadas relacionadas con la perfusión\*; reacciones leves o moderadas que pueden 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 o moderadas relacionadas con la perfusión son muy frecuentes, incluyendo síntomas como fiebre, escalofríos, mareos o disnea, y presentan una relación temporal próxima sobre todo con la primera perfusión de cetuximab. Pueden darse reacciones graves relacionadas con la perfusión, con resultado de muerte en casos raros. Suelen aparecer durante la perfusión inicial de cetuximab o antes de transcurrida 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 anafiláctica/analéctica y pueden incluir síntomas como taponamiento, urticaria, aumento o disminución de la tensión arterial, pérdida del conocimiento o shock. Raramente, se han observado casos de angioedema de pecho, infarto de miocardio o parálisis 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, pero, con menor frecuencia, prurito, sequedad cutánea, descamación, hipertrichosis o trastornos ungueales (p. 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 las ajustes de la posología recomendados (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Según el NCI-CTC, las reacciones cutáneas de grado 2 se caracterizan por erupción cutánea que afectan como máximo hasta al 50% de la superficie corporal, mientras que las de grado 3, afectan a un porcentaje igual o superior al 50% de la superficie corporal. Las lesiones cutáneas inducidas por el cetuximab pueden predisponer a los pacientes a sufrir sobrefecciones (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 infartos de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva, y la frecuencia del síndrome mano-pie (entendimiento palmo/plantar) pueden ser más altas con la combinación con fluoropirimidinas que con la perfusión de fluoropirimidinas solas. En combinación con radioterapia local en la zona de la cabeza y el cuello, las reacciones adversas adicionales pueden ser las habituales de la radioterapia (tales como mucositis, dermatitis por radiación, otitis, disfonía o xeropenia), presentada principalmente como linfocitopenia. En un ensayo clínico controlado aleatorizado con 424 pacientes, los tasas de toxicidad de casos de dermatitis y mucositis aguda por radiación, así como acontecimientos tardíos relacionados con la radioterapia, fueron ligeramente superiores en los pacientes que recibieron radioterapia combinada con cetuximab que en quienes recibieron únicamente radioterapia. **Sabores:** Actualmente se dispone de experiencia limitada con dosis únicas superiores a 400 mg/ml de superficie corporal o administraciones semanales de dosis mayores de 250 mg/ml de superficie corporal. En ensayos clínicos con dosis de hasta 700 mg/ml administrados cada 2 semanas, el perfil de seguridad concordó con el descrito en la sección Reacciones adversas. **DATOS FARMACOCINÉTICOS. Lista de excipientes:** Cloruro de sodio, Glicina, Polisorbato 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). 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 gotero 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), etil vinil acetato (EVA) o cloruro de polivinilo (PVC), con equipos de perfusión de polietileno (PE), polipropileno (PP), etil vinil acetato (EVA), polietileno tetrafluoruro (PTFE) o cloruro de polivinilo (PVC), con jeringas de polipropileno (PP) para bomba de jeringa. Se debe tener la precaución de garantizar condiciones asepticas cuando se prepara la perfusión. Eribix 5 mg/ml debe prepararse como se indica a continuación: Para la administración con una bomba de perfusión o gotero por gravedad (glóbulo 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 lavado antes de comenzar la perfusión. Utilice un sistema de gotero 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 gotero 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 introduzca la jeringa en la bomba de jeringa. Conecte la línea de perfusión a la jeringa. Fije y controle la velocidad de perfusión como se explica en la sección Posología y forma de administración y comience la perfusión después de cubrir 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. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Merck KGaA, 54271 Darmstadt, Alemania. **REPRESENTANTE LOCAL:** Merck S.L. María de Maeztu, 49, 28008 Madrid. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2010. **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN / 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: 238,21€; PVP IVA: 247,74€.

**REFERENCIAS:** 1. Vermeulen JB, Meija R, Rivera F et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *N Engl J Med.* 2008 Sep 11;359(11):1116-27. 2. Van Cutsem E, Rougier P, Kihne CH, et al. A meta-analysis of the CRYSTAL and OPUS studies combining cetuximab with chemotherapy (CT) as 1st-line treatment for patients (pts) with metastatic colorectal cancer (mCRC): Results according to KRAS and BRAF mutation status. *ECCO 15 - ESMO 34 2009.* Abstract No. 6.077. <http://www.eco-org.eu/Conferences/and-Events/Post-Event/ECCO-15-ESMO-34/Poster/aaeg.aspx/1786> (Poster No. 6.077) (Consultado 3 de septiembre de 2010).



■ COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA, MEJOR HOSPITAL

# “La evaluación continua de las políticas de calidad y seguridad es primordial”

- Todos los servicios del centro cuentan con un responsable de calidad que informa sobre objetivos y resultados  
 ■ Junto a la asistencia, la docencia y la investigación, el complejo busca también el equilibrio con la seguridad

GM ESTHER MARTÍN DEL CAMPO  
 Madrid

**Pregunta. ¿Qué supone para ustedes este premio?**

R. Respuesta. Nos produce una enorme satisfacción. Es importante que las cosas salgan bien cuando se trabaja, pero que se reconozcan es un lujo. También supone un reto, porque una vez concedido el premio se asume la obligación de seguir haciendo las cosas bien y, si no conseguimos repetir, al menos debemos lograr subir un poco el nivel en lo que hacemos. La satisfacción va unida también a una cierta inquietud ante el reto mantener la línea.

**P. ¿Cómo se consigue articular esta política de calidad en la atención al paciente en un complejo que integra cuatro hospitales y un centro de especialidades?**

R. El complejo agrupa al Hospital Clínico, el Virgen de la Vega, Los Montalvos, el Virgen del Castañar y el centro de especialidades de Ciudad Rodrigo y se integra empezando desde la base con un proyecto extendido en el tiempo. La inmediatez aquí no es buena consejera. Se inició con un proyecto de calidad impulsado por Concha Ceballos, la directora médica, que se basaba en pactar con los diferentes servicios médicos y de enfermería objetivos de calidad muy pegados al trabajo. Poco a poco se han ido configurando como una línea transversal y es lo que nos ha llevado a esto. Se ha impulsado desde gerencia, pero son los propios trabajadores

“Contar con centros periféricos, aunque dificulta la gestión, mejora la accesibilidad, y el desplazamiento de especialistas reduce el impacto de la dispersión”



**Raquel Martínez Iglesias**  
 Gerente

quienes lo articulan. Además, hay otra ventaja, y es que desde el principio se ha contado con un equipo multidisciplinar. Se ha trabajado la seguridad con facultativos, enfermeras, celadores, etc., con un equipo completo que refleja que la calidad lo es todo, y que tiene en cuenta que muchas veces el personal que está cerca en momentos en los que interviene esta variable son los administrativos y los celadores.

**P. ¿Qué tipo de dificultades plantea la coordinación de todos estos centros ante un objetivo común?**

R. Más que trabas, lo que hay es mucho trabajo. Es una tarea continua, hay que estar siempre alerta, no dar nunca nada por terminado, sino estar permanentemente haciendo evaluaciones y detectando áreas de mejora. Unas veces alegrándose mucho y otras viendo que algo que pensabas que estaba bien no lo está tanto. La única forma de averiguarlo es realizar una evaluación continua que permita detectar áreas de mejora y tener un trato muy directo con los profesionales y con los pacientes. Tratamos de conocer la opinión más cercana posible sobre nuestro trabajo.

**P. ¿Qué otras particularidades tiene su centro?**

R. Nuestra cartera de servicio es la más amplia. Hemos buscado un equilibrio entre asistencia, docencia, investigación y seguridad y no hemos abandonado ninguna de estas patas del banco. Sabemos que nuestro fin primordial es dar asistencia a los pacientes de Salamanca y de los pueblos de los que somos referencia. Para todo ello hay

que cuidar la gestión de la docencia, potenciar la investigación y adoptar políticas de calidad y seguridad que se estén evaluando continuamente, algo primordial. Hemos conseguido avanzar en todas esas líneas de forma equilibrada.

**P. ¿Qué papel juegan los profesionales sanitarios en esta apuesta por la calidad en la atención al paciente?**

R. Es fundamental, juegan un papel esencial en el día a día, e incluso en un mismo día, varias veces... La actitud del médico hacia el paciente está influyendo en la percepción de la calidad de una forma continua. Por eso, existe un responsable de calidad en todos los servicios, que es distinto al jefe de servicio, para que se proporcione conocimiento de todos los objetivos y de las evaluaciones a todos los profesionales. Al evaluarse continuamente y ver cómo van los indicadores ellos nos dan su propia opinión de si hay que cambiar una opinión o un estándar. La percepción que tiene el paciente no siempre es la que nosotros pensamos.

**P. ¿Las encuestas de satisfacción les conceden puntuaciones por encima de la media?**

R. Las encuestas que se hacen a nivel central nos dan indicadores de satisfacción muy buenos, por encima de la media. Pero nosotros queremos jugar, además, no sólo con estas encuestas: queremos conocer en profundidad las expectativas del paciente.

**P. ¿Cómo dan respuesta, por ejemplo, a las particularidades de la población a la que atienden?**

R. Es una población envejecida y dispersa por la propia geografía. Tener un hospital en Béjar y un centro de especialidades en Ciudad Rodrigo nos permite mejorar la accesibilidad. También hay desplazamiento de especialistas a pueblos como Alba de Tormes, Vitigudino... Disponer de centros periféricos, aunque pueda dificultar la gestión, mejora la accesibilidad y con los desplazamientos de especialistas se disminuye el impacto de la dispersión.

**P. ¿Cómo funciona el servicio de atención al paciente?**

R. Mantenemos reuniones con el servicio de atención al paciente de forma continua, porque estamos inmersos en diferentes líneas de actuación, tanto de intimidad como de confidencialidad y valorando la cartera de servicios que tiene el propio departamento de atención al paciente. Tenemos el servicio de atención al paciente más potente de la

“No nos conformamos con las encuestas de satisfacción, que nos conceden buena puntuación; queremos conocer más en profundidad las expectativas del paciente”

comunidad, en cuanto a número de personas y cartera de servicios que realizan. A través de ellos se canaliza la segunda opinión médica, el consejo genético, se hace también una atención muy personalizada y resolutoria de las reclamaciones, etc. La percepción, con los datos de este servicio de atención al paciente, es que somos un hospital que el ciudadano ve bien, que gusta a la gente y está bien considerado y en el que los pacientes se sienten seguros. También se está trabajando en líneas individuales dependiendo del paciente al que atendemos, por ejemplo, reforzando el área infantil, con decoración y uniformes distintos, habitaciones diferentes, con informática para niños con largos ingresos.

**P. La gerencia y la dirección médica de este hospital están ocupadas por mujeres, ¿se refleja de alguna forma en las directrices del complejo asistencial?**

R. Más que el hecho de ser mujeres es la forma de ser, la conciencia de saber que debe existir un trabajo continuo

para conseguir cosas muy buenas. Las evaluaciones resultan monótonas, pero hay que ser concienzudo y quizá por ser mujeres lo vemos como una labor de servicio, un trabajo muy del día a día. Damos importancia a las pequeñas cosas, pero más por la forma de ser que por el género. Puede que ese acercamiento al paciente, la preocupación no sólo por la tecnología, sino por saber si está bien cubierto cuando va en una camilla, por la confortabilidad más allá de confort, sí tenga un cierto sello.

■ COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA



El Complejo Universitario de Salamanca agrupa **cuatro hospitales y un centro de especialidades**, que suman un total de 1.100 camas, de las que 924 están en funcionamiento. Con 35 años de antigüedad, trabajan en el centro más de 3.600 profesionales, **2.629** de estos **personal sanitario**. El complejo tiene acreditación docente en 36 especialidades. En el último año, se realizaron más de 255.000 actos sanitarios y más de 590.000 consultas.





■ C. S. ADELFA, MEJOR CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

# "Creemos que el mejor modelo es la unidad de atención al paciente médico-enfermera"

- La limitación en infraestructura se compensa con un equipo motivado y la participación del paciente en las decisiones
- El centro destina tiempo a la evaluación del nivel de compromiso para dibujar el perfil competencial de cada profesional

GM C. OSSORIO  
Madrid

**Pregunta.** El Centro de Salud Adelfas es el segundo de la Comunidad de Madrid que ha logrado un premio BiC. ¿Cuál es la clave?

**R.** Este premio nos llena de orgullo pero no sabemos si somos merecedores. Tenemos la sensación de que hacemos lo que podemos pero somos conscientes de que hay muchas cosas por mejorar. En Madrid estamos en plena revolución. Son innovaciones todos los días. Cuando intentamos aterrizar en un nuevo sistema, vuelve a haber modificaciones en los sistemas de registro. Es una época de cambio, y de ella se pueden sacar resultados positivos y negativos. Esa incertidumbre se percibe.

**P. ¿Cómo logran una calidad asistencial de excelencia?**

**R.** Por un lado, tenemos a unos profesionales motivados, y por otro a unos pacientes a los que les explicamos todo lo que hacemos y le damos participación en las decisiones que tomamos.

El año pasado realicé un máster en calidad que me enseñó a pensar en analizar todo el potencial del centro, para dar lugar a una sistemática de actuación que mejorara la percepción que los pacientes tienen sobre nuestro funcionamiento.

**P. ¿Cuál es su mayor limitación?**

**R.** La infraestructura del centro, porque es un edificio pre-

"La relación con el hospital no se limita a la mera transferencia del paciente, somos pioneros en una unidad de Cardiología y en un programa con Medicina Interna"

fabricado con una ubicación provisional en la periferia de la zona básica y unas condiciones de habitabilidad bastante mejorables. Sin embargo, cuando el paciente entra en la consulta del médico o de la enfermera se siente muy satisfecho con el trato recibido. Esto lo intuimos pero lo hemos visto avalado en el resultado de la encuesta de satisfacción de este año de AP, la primera que tiene significación estadística de centro, porque hasta ahora la tenía de área.

**P. Tienen una coordinación activa con el Hospital Gregorio Marañón...**

**R.** El tema de la relación con el hospital no se limita a la mera transferencia del paciente. Somos pioneros en una unidad de Cardiología de alta resolución, un programa de consulta con el internista y una consulta periódica con la unidad de salud mental tanto infantil como de adultos. Además de ofrecernos ventajas para la asistencia del paciente, también tiene un aspecto de formación continuada para nuestros profesionales.

**P. ¿Trabajan con protocolos para la gestión de recursos humanos?**

**R.** Nos hemos centrado en evaluar el grado de compromiso. Puesto que no somos un centro muy grande, trabajamos 31 personas, el objetivo es contar con un dibujo del perfil competencial de cada profesional, teniendo muy en cuenta en qué punto puede destacar cada persona, para asignar la responsabilidad de un determinado proceso a aquellos que mejor casen con el perfil.



**María Luisa Gómez**  
Coordinadora médica

Hay personas dentro de la unidad administrativa que llevan la gestión de reclamaciones. Hay otra persona responsable del sistema de tramitación de documentación clínica. Ahora mismo la historia clínica electrónica es visible pero anteriormente había que hacer un traslado.

Es personal que lidera el proceso, un responsable que no está solo, sino apoyado por todo un equipo formado para ese proceso.

**P. ¿Cómo valora el papel de la enfermería del centro?**

**R.** Los recursos y la situación actual de crisis no parece que favorezcan nuestra forma de pensar, pero creemos que el mejor modelo es la unidad de atención al paciente médico-enfermera, es decir, que el paciente se siente identificado con un equipo, una unidad de actuación. No existe un paso intermedio y muchos pacientes saben que pueden entrar por cualquiera de las dos vías. Aunque es cierto que esto funciona en unas consultas mejor que en otras.

**P. ¿Destacaría proyectos de atención no presencial?**

**R.** El acceso a la consulta telefónica está integrado dentro de la propia agenda de actividad de los profesionales, de hecho hay seguimiento por parte de las enfermeras y los médicos. Hay pacientes a los que se les proporciona el resultado de pruebas complementarias a través del teléfono. Hace cuatro o cinco años pusimos en marcha el correo electrónico institucional y fuimos pioneros. Se lo facilitábamos a los pacientes para que nos hicieran las consultas que considerasen oportunas. Hoy lo seguimos manteniendo con algunos pacientes que hacen un uso selectivo del tema.

**P. ¿Cómo gestionan la hiperfrecuentación en la consulta?**

**R.** No tenemos una frecuentación demasiado alta. En algunas consultas siempre hay valores fuera de rango, pero en general no. Hace cuatro años llevamos a cabo un proyecto de calidad que consistía en el abordaje del paciente hiperfrecuentador. El objetivo era identificarlos, porque teníamos la sensación de que era un problema que se generaba por un número muy pequeño de personas. Veíamos que obedecía a causas totalmente variadas. Desde la renovación de partes de baja, pacientes que no obtenían respuesta a su problema clínico o que estaban expresando un problema de otro tipo. A partir de ahí, ordenamos el acceso para que el

"A partir de un proyecto de calidad sobre el abordaje del paciente hiperfrecuentador, ordenamos el acceso para evitar las visitas intermedias"

paciente no se 'colara' con visitas intermedias. Le programamos las visitas.

**P. ¿Tienen implantados programas de desburocratización de consultas?**

**R.** Tenemos descentralizadas la renovación de los partes de incapacidad temporal, de confirmación de baja laboral, y la renovación de recetas de crónicos. También acabamos de descentralizar el circuito de emisión de informes para la Ley de Dependencia. No es que se quite esa tarea al médico, pero se saca de la consulta normal. El paciente solicita a través de un impreso un informe sobre esta ley, y después se cita al médico y a la enfermera para que cada uno cumplimenten los test de valoración. Salvo que haya algún dato desconocido, el paciente lo puede recoger en un plazo de diez días sin necesidad de entrar en las consultas.

**P. ¿Cree que el área única tendrá algún impacto en la calidad en las consultas?**

**R.** No creo que vaya a estar vinculado. En todo caso, desde el punto de vista macro de la organización, supondrá la aplicación de economía de escala a una serie de recursos, lo que permitirá una mayor eficiencia en el ahorro. Y en cuanto a la libre elección, el número de pacientes que la ejerza será muy bajo, principalmente por temas de referencias personales. En caso de que se eligiera a un médico por ser 'el mejor', algo que en realidad lo usuarios no pueden saber, éste correría el peligro de 'morirse de éxito'.

## ■ CENTRO DE SALUD ADELFA



**31 personas** forman el equipo del C.S. Adelfas, el segundo que ha obtenido el Premio Best In Class. Aunque nació con el inconveniente de ser un edificio prefabricado en una ubicación provisional, su principal cometido ha sido compensar a los pacientes con una alta calidad asistencial. Tienen previsto trasladarse en 2011, si bien no será al centro de salud definitivo, ya que está congelado el presupuesto para la edificación de nuevos centros.



WHL-1054



Un **nuevo impulso** para mejorar la **salud**







### Procter & Gamble Pharmaceuticals ahora se llama Warner Chilcott

A lo largo de los años, hemos definido una nueva manera de ver y entender el tratamiento de la osteoporosis, la disfunción sexual femenina y el dolor. Hemos creído en la investigación para transformar el futuro. En Warner Chilcott seguiremos avanzando, investigando y desarrollando nuevas soluciones terapéuticas con todo el impulso necesario para poder ayudar cada vez a más pacientes. Desde hoy, Warner Chilcott quiere ser para usted un referente internacional en el cuidado de la salud.





## ■ INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA, MEJOR SERVICIO DE ONCOLOGÍA

# "La ICO-praxis nos marca la trayectoria clínica"

GM C. OSSORIO  
Barcelona

Es un centro de referencia del tratamiento del cáncer. La incesante actividad investigadora del Instituto Catalán de Oncología se traduce en beneficios para el paciente.

**Pregunta. ¿Qué les hace merecedores de este premio?**

Respuesta. Los resultados de la organización son producto del trabajo interdisciplinar; formamos un equipo de profesional, pero también humana. Nos gusta decir que tenemos una atención cálida al paciente. Para el equipo ha sido un reconocimiento importante a todo el trabajo hecho. También acabamos de salir como mejor hospital terciario de Cataluña según los resultados de satisfacción de la encuesta que ha realizado el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) a los pacientes hospitalizados.

**P. ¿Cuáles son los puntos fuertes de la calidad asistencial?**

R. El pilar más importante de la calidad es la eficiencia. Tenemos que adaptar toda la atención que hemos de dar a los pacientes con los recursos disponibles, obteniendo los mejores resultados.

Pero también es muy importante para nosotros incorporar toda la innovación en tecnología y en farmacoterapia con objetivo de eficiencia y el modelo de atención. Siempre explicamos que pensamos como pacientes, no en el paciente, y organizamos toda la asistencia alrededor de él.

**P. ¿Qué destacaría de la organización de su servicio?**

R. Somos una empresa pública del CatSalut, monográfico de atención en el cáncer. Atendemos el 40 por ciento del cáncer de Cataluña, y en ese sentido estamos organizados orientados al paciente, con una mirada integral, y nos organizamos en unidades funcionales. A partir del momento en



**Candela Calle**  
Directora general del  
Instituto Catalán de Oncología (ICO)



"Nos organizamos en unidades funcionales interdisciplinarias, que desde el primer momento trazan el plan de acción; en este sentido somos pioneros a nivel estatal"

que el paciente viene a nuestro centro es atendido por un equipo de distintas disciplinas y desde el principio se efectúa el diagnóstico y el plan de acción. En esta forma de organización somos pioneros en el Estado español. Nuestro modelo aboga por la personalización de los tratamientos.

**P. Trabajan entonces con protocolos de actuación.**

R. Estamos muy orgullosos de la gestión del conocimiento. La entendemos desde la asistencia a la investigación que lleva implícita. La investigación traslacional y la clínica es la que tiene que ver con la cabecera del paciente. En este sentido trabajamos con un concepto que es la ICO praxis. Se trata de diferentes trayectorias clínicas que llevan explícitas las indicaciones de intervención que hemos de hacer con los pacientes, tanto desde el punto de vista de diagnóstico como de las pautas de tratamiento (farmacológicas, de radioterapia o de cualquier otro tipo de intervención).

**P. Del amplio campo investigador del ICO, ¿qué líneas considera más relevantes?**

R. Estamos destacando de una forma importante todo lo que tiene que ver con el estudio del impacto de las infecciones de virus con el cáncer, como el papilomavirus, en lo que hemos sido pioneros. También la influencia del medio ambiente y la dieta en el cáncer; la carga genética de herencia vinculada a los diferentes tumores; todo lo relacionado con el desarrollo molecular, y alguna línea específica vinculada a la farmacia.

**P. ¿Cómo evaluaría el nivel tecnológico del centro?**

R. Somos punteros, sobre todo en tecnología radioterápica. Contamos con equipos únicos en toda la comunidad europea. Como proveedor importante del cáncer en Cataluña, hemos de hacer una gran apuesta.

**P. ¿Cuáles son los retos en el campo oncológico?**

R. Entendemos que no podemos dejar la dinámica continua de innovación, tanto tecnológica como en el área de farmacia. Siempre sabiendo evaluar los resultados, para asegurar la eficiencia. Apostamos por la innovación bien hecha, tenemos que ser hábiles para conseguir incorporar la innovación vinculada absolutamente a resultados.

## ■ CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MEJOR SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

# "Nos diferencia que unimos Cardiología y Cirugía"

GM REDACCIÓN  
Madrid

**Pregunta. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son uno de los principales motivos de ingreso y consulta hospitalaria. ¿Cómo gestionan y dan salida a tanta demanda?**

Respuesta. Sin duda, la demanda asistencial relacionada con las ECV es creciente y eso implica que muchos servicios de Cardiología tienen que gestionar listas de espera importantes. Nosotros conseguimos no tenerlas desarrollando un modelo de agenda muy flexible. Disponemos de atención en consultas externas desde las 9 hasta las 19 de lunes a viernes y mantenemos una oferta del 75 por ciento durante los meses de verano. Tenemos asimismo, un servicio de atención telefónica que contribuye a disminuir consultas innecesarias, mejorando la atención de nuestros pacientes. También implementamos tecnologías novedosas, como los sistemas de monitorización domiciliaria de marcapasos o desfibriladores, que permiten evitar consultas únicamente destinadas a ese fin, espaciando las visitas presenciales.

**P. ¿Qué diferencia a la CUN de otros servicios españoles para hacerla merecedora, nuevamente, de este galardón?**

R. Mire, en España hay excelentes servicios de Cardiología y por eso mismo me llena de orgullo el que hayamos conseguido reeditar este galardón. Más que motivos, se me ocurren algunas explicaciones. En primer lugar, porque es parte de la CUN, donde se cultiva no sólo la asistencia clínica sino también la docencia y la investigación según un modelo muy singular. Formar parte de un hospital así nos permite, además, la colaboración transversal con otras especialidades involucradas en el diagnóstico y tratamiento de las ECV. A modo de ejemplo le diré que nuestra Unidad de Imagen Cardiaca está dirigida por un radiólogo especializado en imagen cardiovas-



**Ignacio García Bolao**  
Director del Departamento de  
Cardiología y Cirugía Cardíaca



"Tenemos dos grandes proyectos en mente: el desarrollo de una Unidad de Seguimiento Remoto de Insuficiencia Cardíaca y el de otra de Prevención Cardiovascular"

cular y cuenta con varios cardiólogos a dedicación completa. Así, ambos servicios se enriquecen, sacan partido de las sinergias científicas y, en concreto a nosotros nos permite una amplia disponibilidad de las últimas tecnologías en imagen cardiaca, como el TAC multicorte o la resonancia magnética.

Otro sería la ayuda que nos presta el Servicio de Calidad de la Clínica en la implementación de medidas de calidad y seguridad innovadoras, tal como nos exige permanentemente la acreditación de la Clínica por parte de la Joint Commission o la colaboración con el Área de Terapia Celular y el servicio de Hematología en los proyectos de investigación de regeneración miocárdica. Otra señal de identidad que nos diferencia es que es un departamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca. La interacción y el roce diario entre ambas especialidades es fundamental para poder ofrecer el mejor tratamiento, que unas veces será médico pero otras quirúrgico. Este modelo, que luego fue imitado en otros lugares, es a mi juicio el idóneo para el tratamiento de las ECV. Por último, disponemos de un equipo tremendamente motivado, altamente cualificado y, como en toda la clínica, y esto lo subrayo, con dedicación exclusiva al centro. Ellos son los que han conseguido el premio.

**P. Cuentan también con una Unidad de Rehabilitación cardiaca lo que no es habitual...**

R. Nos olvidamos con frecuencia de la prevención CV. Las unidades de rehabilitación, un bien escaso en nuestro país a pesar de que consiguen mejorar el pronóstico de los pacientes no sólo con síndromes coronarios agudos, sino también con insuficiencia cardíaca. Pero además deberíamos incidir más no sólo en la prevención secundaria sino en la primaria: detección precoz y tratamiento de los factores de riesgo o de la muerte súbita, promoción de los hábitos cardiosaludables.

**P. ¿Cuáles son los retos más inmediatos?**

R. Tenemos dos grandes proyectos en mente: por un lado, el desarrollo de una unidad de seguimiento remoto de insuficiencia cardíaca y por otro, el de una unidad de prevención cardiovascular, aprovechando la excelente experiencia en prevención cardiovascular del departamento de Epidemiología de la Universidad de Navarra.

[ hace la compra,  
 sube al ático,  
 baja, sube,  
 coge a su nieto, le baja,  
 le vuelve a coger,  
 va al parque  
 todos los días,  
 arriba, abajo,  
 le gusta caminar,  
 deprisa,  
 despacio... ]



 **Procoralan**<sup>®</sup>  
 Ivabradina  
 ...permite continuar.\*



\* En pacientes con angina estable. Para indicación completa ver ficha técnica.



# ▲ Procoralan®

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Procoralan 5 mg y 7,5 mg comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Procoralan 5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 5 mg de isradipina (equivalente a 5,392 mg de isradipina en forma de clorhidrato). Procoralan 7,5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 7,5 mg de isradipina (equivalente a 8,065 mg de isradipina en forma de clorhidrato). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Procoralan 5 mg comprimido recubierto con película, de color blanco, ovalado, marcado por ambos lados, grabado con "5" en una cara y el logo de Servier en la otra. El comprimido se puede dividir en mitades iguales. Procoralan 7,5 mg comprimido recubierto con película, de color blanco, triangular, grabado con "7,5" en una cara y el logo de Servier en la otra. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con enfermedad coronaria con ritmo sinusal normal. Isradipina está indicada en pacientes que presentan intolerancia a una combinación al uso de beta-bloqueantes en asociación con beta-bloqueantes en pacientes no controlados adecuadamente con una dosis óptima de beta-bloqueante y cuya frecuencia cardíaca sea >60 lpm. **4.2 Posología y forma de administración.** Para los siguientes dosificaciones se encuentran descritos comprimidos recubiertos con película que contienen 5 mg y 7,5 mg de isradipina. Habitualmente, la dosis inicial recomendada de isradipina es de 5 mg dos veces al día. Después de tres a cuatro semanas de tratamiento, la dosis se puede incrementar a 7,5 mg dos veces al día en función de la respuesta terapéutica. Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto (lpm) en reposo o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia tales como mareos, fatiga o hipotensión, la dosis se reducirá progresivamente hasta isradipina 2,5 mg dos veces al día (medio comprimido de 5 mg dos veces al día). El tratamiento se suspenderá si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.4). Los comprimidos deben administrarse por vía oral, dos veces al día, es decir, por la mañana y por la noche, con el desayuno y la cena, respectivamente. Además, dado que isradipina se ha estudiado en un número limitado de pacientes de 75 años o más, se considerará una dosis inicial más baja en este tipo de pacientes (2,5 mg dos veces al día, es decir, medio comprimido de 5 mg dos veces al día), antes de aumentar la dosis si fuera necesario. **Isradipina debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal y un aclaramiento de creatinina mayor de 15 ml/min no precisa ningún ajuste posológico.** No existen datos en pacientes con un aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min. Por tanto, la isradipina debe utilizarse con precaución en esta población. **Insuficiencia hepática:** No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Se recomienda usar isradipina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada. Isradipina está contraindicada en pacientes con insuficiencia hepática grave, puesto que no se ha estudiado en esta población, y se prevé un gran incremento en la exposición sistémica (ver sección 4.3). **Niños y adolescentes:** Procoralan no está recomendado para uso en niños ni adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (ver sección 6.1) Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 latidos por minuto antes del tratamiento. Shock cardiogénico, infarto agudo de miocardio, Hipotensión (n. grave) (< 90/50 mmHg), insuficiencia hepática grave, Enfermedad del nodo sinusal, Bloqueo sinuauricular, Pacientes con insuficiencia cardíaca de clase II-IV según la NYHA. Dependencia del marcapasos, Angina inestable, Bloqueo A-V de 3er grado, Combinación con inhibidores potentes del calcio P450 3A4 tales como antifúngicos azólicos (itraconazol, voriconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y zalcitabina (ver sección 4.5). **Enfermedad y isradipina (ver sección 4.5). 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Advertencias especiales:** Arritmias cardíacas: La isradipina no es eficaz en el tratamiento o la prevención de arritmias cardíacas y probablemente pierda su eficacia cuando se usa a largo plazo. **Advertencias especiales:** Los pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal deben ser monitorizados de forma regular de los pacientes tratados con isradipina para detectar la aparición de fibrilación auricular (patología o paroxística), que deberá también incluir monitorización electrocardiográfica si está indicado clínicamente (ej. en caso de angina inestable, palpitaciones, pulso irregular). **Uso en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado:** isradipina no está recomendada en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado. **Uso en pacientes con una frecuencia cardíaca baja:** No se debe iniciar el tratamiento con isradipina en pacientes con una frecuencia cardíaca en reposo previa al tratamiento inferior a 60 latidos por minuto (ver sección 4.3). Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca en reposo persiste por debajo de 50 latidos por minuto o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, se reducirá progresivamente la dosis o se suspenderá el tratamiento si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.2). **Combinación con bloqueantes de calcio:** No se recomienda el uso concomitante de isradipina con antagonistas del calcio reducidos de la frecuencia cardíaca tales como verapamilo o diltiazem (ver sección 4.5). No se ha observado problemas de seguridad al combinar la isradipina con los nifedipina y con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina tales como amlodipino. No se ha establecido una eficacia adicional de isradipina en asociación con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (ver sección 5.1). **Insuficiencia cardíaca preexistente:** Antes de considerar el tratamiento con isradipina hay que controlar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. El uso de isradipina está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase II-IV según la NYHA (ver sección 4.3). **ictus:** No se recomienda el uso de isradipina inmediatamente después de un ictus, puesto que no se dispone de datos en estas situaciones. **Acción sobre la función renal:** isradipina (ver sección 5.1). Hasta la fecha, no existe evidencia de un efecto tóxico de la isradipina sobre la retina, pero los efectos a largo plazo sobre la función retinal del tratamiento con isradipina durante más de un año no se conocen actualmente. Se considerará la suspensión del tratamiento si aparece un deterioro inexplicable de la función visual. Se tendrá precaución en pacientes con retinitis pigmentaria. **Pruebas de uso:** Procoralan se dispone de datos en pacientes con hipertensión leve o moderada, y por tanto la isradipina debe usarse con precaución en estos pacientes. Isradipina está contraindicada en pacientes con hipertensión grave (presión arterial > 200/150 mmHg) (ver sección 4.3). **Fibrilación auricular** - **Arritmias cardíacas:** No existe evidencia de riesgo de bradicardia (necesaria) al metabolizar el ritmo sinusal cuando se inicia una combinación farmacológica en pacientes tratados con isradipina. Sin embargo, al no disponer de datos suficientes, la combinación con ciertos fármacos de acción rápida deberá considerarse 24 horas después de la última dosis de isradipina. **Uso en pacientes con síndrome completo de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan el intervalo QT:** Debe evitarse el uso de isradipina en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan dicho intervalo (ver sección 4.5). Si fuera necesaria la asociación terapéutica, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca. **Uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada:** Se recomienda usar isradipina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada (ver sección 4.2). **Uso en pacientes con insuficiencia renal grave:** Se recomienda usar isradipina con precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 15 ml/min) (ver sección 4.2). **Excipientes:** Como los comprimidos contienen lactosa, los pacientes con problemas hereditarios o de intolerancia a la lactosa, deficiencia de lactasa o intolerancia de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Interacciones farmacodinámicas:** Los concomitantes no recomendados: Medicamentos que prolongan el intervalo QT. Medicamentos cardiovascularmente que prolongan el intervalo QT (ej. quinidina, disopiramida, bepridil, sotalol, bufexilo, amiodarona). Medicamentos no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. pimozid, ziprasidona, sertralina, nefazodona, telitromicina, perfenazina, cisaprida, citalopram, citalopram, citalopram). Debe evitarse el uso concomitante de isradipina con medicamentos cardiovasculares y no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT, puesto que el alargamiento del intervalo QT podría exacerbarse con la frecuencia cardíaca. Si fuera necesaria la asociación, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca (ver sección 4.4). **Interacciones farmacodinámicas:** Ciprofloxacino P450 3A4 (CYP3A4) isradipina se metaboliza únicamente por el CYP3A4 y es un inhibidor muy débil de este citocromo. Se ha demostrado que isradipina no influye en el metabolismo ni en las concentraciones plasmáticas de otros sustratos del CYP3A4 (inhibidores leves, moderados y potentes). Los inhibidores e inductores del CYP3A4 pueden interferir con la isradipina o influir en su metabolismo y farmacocinética. En los estudios de interacción con otros medicamentos se ha comprobado que los inhibidores del CYP3A4 aumentan las concentraciones plasmáticas de isradipina, mientras que los inductores la disminuyen. Las concentraciones plasmáticas elevadas de isradipina pueden estar asociadas con el riesgo de bradicardia excesiva (ver sección 4.4). **Contraindicación del uso concomitante:** El uso concomitante de inhibidores potentes del CYP3A4 tales como antifúngicos azólicos (itraconazol, voriconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y zalcitabina (ver sección 4.3). Los inhibidores potentes del CYP3A4 (itraconazol) (200 mg una vez al día) y josamicina (1 g dos veces al día) aumentaron la exposición plasmática media de isradipina de 7 a 8 veces. **Uso concomitante no recomendado:** Inhibidores moderados del CYP3A4, estudios específicos de interacción en voluntarios sanos y pacientes han demostrado que la asociación de isradipina con los fármacos reducidos de la frecuencia cardíaca diltiazem o verapamilo provocó un aumento de la exposición a la isradipina (incremento de la AUC de 2 a 3 veces) y un descenso adicional de la frecuencia cardíaca de 5 lpm. No se recomienda el uso concomitante de isradipina con estos medicamentos (ver sección 4.4). **Uso concomitante con precauciones:** Inhibidores moderados del CYP3A4: El uso concomitante de isradipina con otros inhibidores moderados del CYP3A4 (ej. itraconazol) puede plantearse a la dosis inicial de 2,5 mg dos veces al día, siempre que la frecuencia cardíaca en reposo sea superior a 60 lpm y con monitorización de la frecuencia cardíaca. Zumo de pomelo: La exposición a la isradipina se duplicó tras la co-administración de zumo de pomelo. Por tanto, se restringirá la ingesta de zumo de pomelo durante el tratamiento con isradipina. Inductores del CYP3A4: Los inductores del CYP3A4 (ej. rifampicina, barbitúricos, tenofovir, efavirenz, perampanel, fenitoína de San Juan) pueden reducir la exposición y la actividad de la isradipina. El uso concomitante de medicamentos inductores del CYP3A4 puede requerir un ajuste de la dosis de isradipina. Se observó que la asociación de isradipina a la dosis de 10 mg dos veces al día, con la hierba de San Juan reduce a la mitad la AUC de isradipina. Deben restringirse la ingesta de hierba de San Juan durante el tratamiento con isradipina. **Otros usos concomitantes:** En estudios específicos de interacción con otros medicamentos no se ha hallado ningún efecto clínico significativo de los siguientes medicamentos sobre la farmacodinámica ni sobre la farmacocinética de la isradipina: Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol), sildenafil, inhibidores de la HMG CoA reductasa (simvastatina), antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (nifedipina, amlodipino), digoxina y verapamilo. Además, no hubo ningún efecto clínicamente significativo de la isradipina sobre la farmacocinética de simvastatina, amlodipino, itraconazol, ni sobre la farmacocinética y la farmacodinámica de digoxina, verapamilo, ni sobre la farmacocinética del ácido acetilsalicílico. En los ensayos clínicos principales de fase III no se restringió ninguno de los siguientes medicamentos y por tanto se continuó de forma habitual con la isradipina sin evidencia de problemas de seguridad: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de la angiotensina II, diuréticos, fármacos de acción corta y prolongada, inhibidores de la HMG CoA reductasa, fibratos, inhibidores de la bomba de protones, antibióticos orales, ácido acetilsalicílico y otros antiagregantes plaquetarios. **4.6 Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de la isradipina en mujeres embarazadas. En los estudios de reproducción animal se han observado efectos embrioféticos y teratogénicos. Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, isradipina está contraindicada durante el embarazo. Los estudios en animales muestran que la isradipina se excreta en la leche materna. Así pues, isradipina está contraindicada en mujeres en período de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Se ha realizado un estudio específico en voluntarios sanos para evaluar la posible influencia de isradipina sobre la capacidad para conducir, en el que no se evidenció ninguna alteración de la capacidad para conducir. isradipina no influye sobre la capacidad para conducir y usar maquinaria. Sin embargo, la isradipina puede producir fenómenos luminosos pasajeros, que consisten fundamentalmente en halos (ver sección 4.8). La posible aparición de dichos fenómenos luminosos se atribuye en su mayoría a la hora de conducir vehículos o utilizar maquinaria en situaciones donde pudieran producirse cambios repentinos en la intensidad de la luz, especialmente cuando se conduce de noche. **4.8 Efectos adversos.** Procoralan se ha estudiado en ensayos clínicos en los que han intervenido cerca de 3.000 participantes. En los estudios de fase III (aproximadamente 2.000 pacientes fueron tratados con isradipina). Las reacciones adversas más frecuentes con la isradipina son dosis dependientes y están relacionadas con el efecto farmacológico del medicamento. Las siguientes reacciones o acontecimientos adversos han sido notificados durante los ensayos clínicos y están clasificados utilizando la siguiente frecuencia: muy frecuentes (>10%); frecuentes (>10% a <10%); no frecuentes (>1000 a <1000); raras (>10000 a <10000); muy raras (<10000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Explicaciones complementarias:** **Frecuencia:** Bradicardia; 3,3% de los pacientes, principalmente durante los 2-3 primeros meses de tratamiento. 0,5% de los pacientes experimentaron una bradicardia intensa (inferior a 40 lpm). Bloqueo A-V de 3er grado (prolongación del intervalo PQ en el ECG). Extrasístoles ventriculares. **Frecuencia:** Palpaciones, extrasístoles supraventriculares. Los siguientes acontecimientos notificados durante los ensayos clínicos tuvieron una incidencia similar a los comparadores y/o estaban posiblemente relacionados con la enfermedad subyacente: anemia sinusal, angina inestable, angina de pecho aguda, fibrilación auricular, isquemia miocárdica, infarto de miocardio y taquicardia ventricular. **Insuficiencia cardíaca:** Muy frecuentes: Fenómenos luminosos (halos); notificados por el 14,5% de los pacientes, descritos como un aumento pasajero de la luminosidad en un área limitada del campo visual. Normalmente se desaparecen por variaciones bruscas de la intensidad luminosa. Los fenómenos similares, generalmente, durante los dos primeros meses de tratamiento y después pueden repetirse. Los halos fueron notificados generalmente como de intensidad leve o moderada. Todos los pacientes remitieron durante o después del tratamiento, de los cuales una mayoría (77,6%) remitió durante el tratamiento. Menos del 1% de los pacientes modificó su nivel de conducción o suspensión el tratamiento debido a los halos. **Frecuencia:** Vértigo/borron. **Insuficiencia cardíaca:** Frecuencia: Náuseas. **Frecuencia:** Entumecimiento. **Insuficiencia cardíaca:** Frecuencia: mareos y alteraciones en el lugar de administración. **Frecuencia:** Cefalea, generalmente durante el primer mes de tratamiento. Mareos, posibles relaciones con la bradicardia. Poco frecuentes: Vértigo, Dolor, Dolores musculares. **4.9 Salvores.** La sobredosificación puede provocar una bradicardia intensa y prolongada (ver sección 4.8). La bradicardia intensa requiere tratamiento sintomático en un entorno especializado. En caso de bradicardia con escasa tolerancia farmacológica, se planteará el tratamiento sintomático. **Grupo farmacológico:** Inhibidores de calcio beta-estimulantes por vía intravenosa, sales con la sueroterapia. Si fuera necesario, se procederá a la estimulación eléctrica cardíaca temporal. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** **Grupo farmacológico:** Drogas preparadas para el corazón, código ATC: C01EB17. isradipina es un fármaco que reduce de manera exclusiva la frecuencia cardíaca, actuando mediante la inhibición selectiva y específica de la corriente (I<sub>Ca</sub>) del marcapasos cardíaco que controla la despolarización diastólica espontánea en el nodo sinusal y regula la frecuencia cardíaca. El descenso de la frecuencia cardíaca, a las dosis usuales recomendadas, es de aproximadamente 10 lpm en reposo y durante el esfuerzo. Esto conlleva una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno. isradipina no altera la conducción intracardíaca, la contractilidad (excepto de efecto inotropo negativo) ni la hipertensión ventricular: en los estudios de electrofisiología clínica, la isradipina no modificó los tiempos de conducción auricular (intervalo QT corregido); la isradipina no causó ningún efecto notable sobre la función de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con distorsión ventricular izquierda (FEVI del 30% a 45%). La eficacia antianginal y antiisquémica de Procoralan ha sido estudiada en cinco ensayos aleatorizados, de carácter doble ciego (tres controlados con placebo y otros dos con nitroglicerina y amlodipino, respectivamente). Estos ensayos incluyeron un total de 4.111 pacientes con angina de pecho estable crónica, de los cuales 2.617 recibieron isradipina, isradipina 5 mg dos veces al día, mostró ser eficaz sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo al cabo de 3 a 4 semanas de tratamiento. La eficacia se confirmó con la dosis de 7,5 mg dos veces al día. En concreto, el beneficio adicional sobre 5 mg dos veces al día, se demostró en un estudio controlado con un producto de referencia, el nitroglicerina. La duración total del ejercicio en el valle se incrementó en aproximadamente 1 minuto después de un mes de tratamiento con 5 mg dos veces al día, y mejoró en aproximadamente 25 segundos más tras un trimestre adicional, en el que se ajustó obligatoriamente la dosis hasta 7,5 mg dos veces al día. En este estudio, se confirmaron los efectos antianginales y antiisquémicos beneficiosos de la isradipina en pacientes de 65 años o más. La eficacia de las dosis de 5 y 7,5 mg administradas dos veces al día, resultó uniforme a lo largo de los estudios sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo (duración total del ejercicio, tiempo hasta la angina inestable, tiempo hasta el inicio de la angina y tiempo hasta la despresión de 1 mm del segmento ST) y se asoció con un descenso de aproximadamente un 70% en la frecuencia de los episodios de angina. La prueba posológica de la isradipina, basada en dos formas dadas, proporcionó una eficacia uniforme durante los 24 horas. En un estudio randomizado y controlado con placebo, en 888 pacientes, la isradipina administrada 50 mg una vez al día mostró una eficacia adicional en todos los parámetros de la prueba de esfuerzo en el valle de actividad del esfuerzo (12 horas después de la toma oral). En un estudio randomizado y controlado con placebo, en 725 pacientes, la isradipina añadida a amlodipino no mostró una eficacia adicional en el valle de actividad del esfuerzo (12 horas después de la toma oral), mientras que sí mostró una eficacia adicional en el pico (3-4 horas después de la toma oral). La eficacia de isradipina se mantuvo estable a lo largo de los períodos de tratamiento de 3 a 4 meses en los ensayos de eficacia. No hubo indicios de desarrollo de tolerancia farmacológica (pérdida de eficacia) durante el tratamiento, al de efecto notable tras la suspensión brusca del mismo. Los efectos antianginales y antiisquémicos de la isradipina se asocian con reducciones dosis dependientes de la frecuencia cardíaca y con una disminución significativa del doble producto (frecuencia cardíaca x presión arterial sistólica), tanto en reposo como durante el ejercicio. Los efectos sobre la presión arterial y la resistencia vascular periférica fueron leves y sin relevancia clínica. Se demostró una reducción sostenida de la frecuencia cardíaca en pacientes tratados con isradipina durante el mes de un año (n = 713). No se observó ninguna influencia sobre el metabolismo de la glucosa o de los lípidos. La eficacia antianginal y antiisquémica de la isradipina se mantuvo en los pacientes diabéticos (n = 457) con un perfil de seguridad similar al de la población general. Se llevó a cabo un estudio a gran escala de pronóstico del fármaco, llamado BEAUTIFUL, en 10.917 pacientes con enfermedad coronaria y distorsión ventricular izquierda (LVEF < 40%), añadido a un tratamiento de base óptimo con un 86,9% de los pacientes recibieron beta-bloqueantes. La variable principal de eficacia fue la combinación de la mortalidad cardiovascular, hospitalización por infarto agudo de miocardio e hospitalización por insuficiencia cardíaca de nueva aparición o agravamiento de la existente. El estudio no mostró diferencia en el objetivo compuesto primario en el grupo de isradipina en comparación con el grupo placebo (riesgo relativo isradipina/placebo 1,00, p=0,845). En un análisis post-hoc en un subgrupo de pacientes con angina sintomática en la randomización (n=5027), no se identificó ningún problema de seguridad en cuanto a muerte cardiovascular, hospitalización por infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca (isradipina 12,2% versus placebo 16,5%, p=0,05). **6. DATOS FARMACOLÓGICOS. 6.1 Lista de excipientes.** **Aditivos:** Lactosa monohidrato (63,91 mg en Procoralan 5 mg, 81,215 mg en Procoralan 7,5 mg). Estanto de magnesio (E 470 B), Almidón de maíz, Malto-dextrina, Sílice coloidal anhidra (E 551). **Excipientes:** Hemicelulosa (E 464), Dicitrato de sodio (E 171), Macrogol 6000, Glicerol (E 422), Estearato de magnesio (E 470 B), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172). **6.2 Incompatibilidades.** No procede **6.3 Período de validez.** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Instrucciones y contenido del envase.** Blisters de aluminio/PVC, envasado en caja de cartón. **Presentaciones:** Envasado en 14, 28, 56, 84, 98, 100 ó 112 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de almacenamiento.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Las Laboratorios Servier, 22 rue Camille, 92330 Neuilly sur Seine, Francia. **8. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN POR EL SNS.** Con receta médica. Financiación por la Seguridad Social. Aportación recogida. **9. PRESENTACIÓN Y P.V.P. IVA.** PROCORALAN 5 mg Caja con 56 comprimidos, 70,40 euros. PROCORALAN 7,5 mg caja con 56 comprimidos, 72,12 euros. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 25/10/2005. Revisión Abril 2010.



## ■ HOSPITAL DE LA PLANA, MEJOR SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

## “En el parto, damos libertad a la mujer”

GM JAVIER GRANDA  
Barcelona

**Pregunta. ¿Cuáles con los aspectos más destacados de su servicio?**

R. Respuesta. En nuestro hospital atendemos los partos con una actitud nada intervencionista y respetando los deseos de la mujer, dándole libertad absoluta durante la dilatación, para que ella escoja la posición en la que quiere parir. Y, como digo, interviniendo lo mínimo posible.

**P. El manejo de las cesáreas es uno de los temas al que dan más relevancia...**

R. Sí, en el hospital estamos muy preocupados por tener una tasa de cesáreas acorde a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El año pasado tuvimos una tasa de cesáreas del 14,8 por ciento, por lo que cumplimos con esas cifras recomendadas.

**P. ¿Hay diferencias entre su hospital y un gran hospital en una capital de provincia?**

R. Al ser un hospital comarcal pequeño, atendemos sin derivar toda la patología ginecológica incluida la patología oncológica y los estudios de suelo pélvico, realizando nosotros las urodinámicas y las cirugías de suelo pélvico.

**P. También son firmes defensores de la ambulatorización de procesos.**

R. Sí, frente a procesos que se hospitalizan en otros centros, nosotros ambulatorizamos, por ejemplo, el aborto y el tratamiento de los abortos diferidos. Y utilizamos la cirugía mayor ambulatoria en un 33 por ciento de los procesos. Por ejemplo, toda la cirugía de la incontinencia de orina es cirugía mayor ambulatoria.

**P. Las cifras señalan que las estancias medias son muy bajas.**



**Manuel Fillol Crespo**  
Jefe del Servicio de  
Ginecología y Obstetricia



“Al ser nuestro hospital comarcal pequeño, atendemos sin derivar toda la patología ginecológica incluida la patología oncológica y los estudios de suelo pélvico”

R. Quiero destacar ese dato, porque potenciamos todo el tratamiento ambulatorio con cortas estancias.

**P. ¿Disponen de algún tipo de indicador de calidad de la satisfacción de las pacientes?**

R. Sí, se pasan encuestas de satisfacción de las pacientes y

ahora estamos participando en un gran estudio de investigación para ver el grado de satisfacción de las mujeres en el momento de parto.

**P. ¿Cuántas personas forman el servicio?**

R. La plantilla la integran 15 personas, con un jefe de servicio, un jefe de sección y 13 facultativos. En los hospitales comarcales todos hacemos de todo, aunque algunos estamos polarizados en determinadas áreas. Pero existen una serie de funciones básicas que todos los facultativos pueden hacer, aunque algunos están superespecializados en determinados aspectos.

**P. ¿Realizan algún tipo de actividad docente?**

R. Sí, nuestro hospital está acreditado para la docencia, tenemos residentes de Ginecología. Actualmente ya tenemos tres promociones de residentes: de primer, segundo y tercer año. Siempre tenemos algún residente externo de otros hospitales que viene a rotar y también rotan por aquí los residentes de familia. Organizamos sesiones clínicas o revisiones de protocolos.

**P. ¿Cómo afronta el futuro del servicio de Ginecología que dirige?**

R. Es un futuro prometedor e ilusionante para todos los facultativos. Estamos también ahora invitados por la Consejería de Sanidad para poder hacer un seguimiento de la tasa de cesáreas en la comunidad con vistas de intentar racionalizar su uso, lo que es un grave problema en muchos hospitales.

**P. ¿Qué hecho relevante destacaría en el ámbito de la investigación?**

R. En hospitales como el nuestro se realiza, fundamentalmente, investigación clínica y los facultativos hacen su tesis doctoral, trabajos de investigación que se publican, participación en congresos, etc.

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

## “Debemos incrementar cada año la cobertura vacunal”

GM TONI MARTÍNEZ  
Alicante

Por segundo año consecutivo el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital San Juan se ha hecho merecedor de un Premio Best In Class.

**Pregunta. ¿Cuáles son las patologías que más atienden y cuál es su carga asistencial?**

R. Respuesta. Dada la naturaleza de nuestro servicio, atendemos más que a enfermos (que también, sobre todo en lo referente a darles pautas para evitar la transmisión de su enfermedad —infecciosa— por lo común), a contactos de enfermos con enfermedades transmisibles como tuberculosis, meningitis, hepatitis, etc.

**P. ¿Cómo se relaciona esa carga asistencial con las enfermedades estacionales como la gripe?**

R. En nuestro caso, dado que tenemos la responsabilidad de desarrollar el programa de vacunación tanto de profesionales como de pacientes en riesgo, de hecho no supone un incremento de carga asistencial, porque la tenemos programada como tal. Más bien al contrario, nuestro objetivo es cada año incrementar en lo posible la cobertura vacunal.

**P. ¿Qué puntos fuertes destacaría del servicio?**

R. Este servicio destaca por tener 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 Consejería de Sanidad, habiendo dirigido desde 2005 el estudio de prevalencia de los eventos adversos en los hospitales valencianos. Además, el servicio se destaca en el sistema sanitario valenciano por tener un elevado nivel de especialización y experiencia en servicios concretos dirigidos a enfermedades raras y/o enfermedades de epidemiología emergente.



**Jesús M<sup>a</sup> Aranaz**  
Jefe del Servicio de Medicina  
Preventiva y Calidad  
Asistencial



“El paso del paciente por el hospital es una excelente oportunidad para la educación sanitaria y para incluir como población diana también a su familia”

**P. ¿Cómo debe ser la atención al paciente?**

R. Como en el resto de los servicios, con mucho respeto, orientando siempre la atención al paciente, de tal modo que quede integrado como un miembro más del equipo asistencial en cada proceso por el que se le atiende. El paso del paciente por el hospital es una excelente oportunidad para la educación sanitaria y la promoción de la salud, y en nuestro caso, incluyendo como población diana también a su familia.

**P. ¿Cómo ha cambiado esta relación en los últimos años?**

R. Creo que los profesionales sanitarios tenemos una falsa percepción sobre el cambio de las relaciones con el paciente en los últimos años. Si bien es cierto que el desarrollo social implica una participación más activa del paciente, y que éste está más informado y demanda un tipo de atención más comprometida, no es menos cierto que el paciente europeo en general y el español en particular es mucho menos beligerante que el estadounidense por ejemplo. En definitiva es un buen aliado para la práctica clínica.

**P. ¿Qué aspectos mejoraría para mejorar esa relación?**

R. Exclusivamente aquellos que tienen que ver con la información al paciente, con la elección de los canales adecuados para transmitirla, de modo que la comunicación pueda ser bidireccional y efectiva.

**P. ¿Cuáles son los retos a afrontar en los próximos años?**

R. En estos momentos, habida cuenta que la infección nosocomial es tan sólo (que no poco) un tercio de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, el servicio debe orientarse a la prevención de todos estos eventos, sin olvidar el papel esencial en la prevención de las resistencias bacterianas, que en sí mismas son ya un fallo del sistema. Otros nuevos retos pasan por promocionar la formación de los profesionales para que incorporen a su práctica clínica los avances en materia de calidad y seguridad del paciente, por la implantación de las prácticas seguras que la evidencia científica disponible nos aporte, y sobre todo facilitando los cambios que transformen la cultura de la culpa por la del aprendizaje, como garantía de la seguridad del paciente.



## HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, MEJOR SERVICIO DE VIH

# “El hospital de día ha tenido gran impacto en la atención”

GM REDACCIÓN  
Madrid

### Pregunta. ¿Qué destaca de su servicio para ganar el premio?

R. Respuesta. Disponemos de un área de hospitalización capacitada para atender a pacientes de gran complejidad, y de un hospital de día médico que ha tenido un gran impacto en la calidad de la atención. Se planteó como un dispositivo de hospitalización no convencional cuyo objetivo fuera resolver procesos. Este concepto es absolutamente distinto al de hospital de día terapéutico del tipo oncohematológico cuyo fin es ofrecer continuidad en el tratamiento de los procesos y ha permitido una mayor accesibilidad de los pacientes a los recursos hospitalarios sin requerir la hospitalización convencional. Las ventajas son múltiples: permite incrementar el número de pacientes atendidos; facilita el acceso a la unidad de Enfermedades Infecciosas desde otras áreas y niveles asistenciales; ofrece una atención cómoda y rápida; evita el ingreso de en procesos de menor gravedad y reduce el tiempo de hospitalización de los que pueden seguir siendo atendidos en el hospital de día; propicia la interrelación entre la sección de Enfermedades Infecciosas y otras áreas y con ello favorece la continuidad asistencial. La unidad dispone de una importante abanico de consultas externas, entre las que destacan, además de las monográficas para la atención del VIH, otras específicas como para la atención de procesos con alta prevalencia entre nuestros pacientes, como tuberculosis, hepatitis, de valoración de fibrosis hepática, salud internacional y una consulta para la atención de pacientes trasplantados, ya que nuestro hospital participa en el programa de trasplante en pacientes infectados por el VIH. Dispone además de recursos que nos permiten una mayor cercanía con los pacientes como consultas diarias de atención rápida, con una demora menor de 48 horas, en hora-



**Antonio Rivero**  
Jefe del  
Servicio de VIH

“Disponemos de un amplio abanico de consultas externas específicas para la atención de tuberculosis, hepatitis, fibrosis hepática o al paciente trasplantado”

rio de tarde, de enfermería, un programa consulta telefónica y hemos iniciado un servicio telemático de consultas. Todo ello nos ha permitido lograr un modelo de gestión asistencial que ha sido acreditado como de Calidad Avanzada en 2007.

**P. Otra forma de mejorar la calidad de vida de los pacien-**

**tes es con la obtención de marcadores genéticos para evitar toxicidad y reacciones adversas.**

R. Disponemos en la práctica clínica habitual de marcadores genéticos que hace pocos años podrían parecer pertenecientes al terreno de la ciencia ficción. A modo de ejemplos comentaríamos los que identifican pacientes con riesgo de padecer efectos adversos a determinados antirretrovirales, como el HLAB5701 y la reacción de hipersensibilidad a abacavir, disponemos de marcadores que permiten predecir respuesta al tratamiento de la hepatitis C como el haplotipo CC de la IL28, marcador que hemos investigado en colaboración con el Hospital de Valme de Sevilla y la Universidad de Jaén. También disponemos de marcadores genéticos en el propio VIH que permiten predecir su sensibilidad o resistencia a los distintos fármacos e incluso la forma de entrada del virus en la célula. Todas estas herramientas permiten diseñar un régimen de tratamiento antirretroviral personalizado.

**P. ¿Y qué aspectos quedan aún por mejorar?**

R. Nuestro programa de mejora continua tiene un doble objetivo; mantener los niveles de calidad actuales e identificar y dar respuesta a nuevos problemas que puedan surgir en la atención del VIH. En este sentido desde hace dos años venimos dando respuesta, en estrecha colaboración con el servicio de Cirugía Plástica, a la reparación de la lipotrofia facial por medio del implante de grasa autóloga o sustancias exógenas. Como ejemplo más reciente hemos iniciado, en junto al servicio de Cirugía, un programa de prevención del cáncer anal.

**P. ¿Cuáles son sus próximos retos a medio plazo en relación a la atención al paciente?**

R. Nuestro reto más próximo es consolidar los nuevos dispositivos que estamos poniendo en marcha e identificar nuevos problemas que puedan surgir para contribuir en la búsqueda de sus posibles soluciones.

## COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS, MEJOR SERVICIO DE VIH

# “Se puede decir que tenemos ‘consulta sin cita”

GM REDACCIÓN  
Madrid

### Pregunta. Los Best In Class reconocen la atención al paciente. ¿Qué puntos destacaría de su servicio para ganar este premio?

R. Respuesta. Fundamentalmente la accesibilidad; se puede decir que tenemos ‘consulta sin cita’ y procedimientos de contacto permanente con nuestros pacientes. Pero esa accesibilidad se produce también dentro del propio hospital con otros servicios y con los profesionales. Eso facilita muchísimo el día a día, y el principal beneficiado es, por supuesto, el paciente, al que se le soluciona el problema de una forma más rápida y directa. El nuestro es un centro hospitalario que por su tamaño permite potenciar este aspecto. Nuestra unidad presta una atención integral con la colaboración de otros servicios como Admisión, Laboratorio, Radiodiagnóstico, Farmacia y el propio servicio de Medicina Interna donde estamos inmersos. Esta colaboración continua se traduce en una atención más personalizada para el paciente.

**P. ¿Y qué aspectos quedan aún por mejorar?**

R. En el ámbito sanitario es siempre todo mejorable, nunca es suficiente, pero más allá de la atención en el hospital —de la que podemos estar satisfechos— sería interesante avanzar en una proyección de la unidad en el ámbito extrahospitalario, hacia la Atención Primaria y los servicios sociales. La infección por el VIH, como otras patologías crónicas, implica cuidar aspectos más allá de la clínica.

**P. Una forma de mejorar su calidad de vida de los pacientes consiste en la obtención de marcadores genéticos para determinados antirretrovirales a fin de evitar toxicidad y reacciones adversas. ¿Tienen en marcha alguna línea**



**Ana Mariño**  
Responsable de  
la Unidad de VIH

“Nuestro próximo reto a medio plazo en relación al paciente es perfeccionar y potenciar la atención integral que tenemos ahora”

**de investigación en ese sentido?**

R. No tenemos líneas de investigación genética como tales pero sí prestamos una especial atención a la toxicidad y a los efectos adversos. En ese sentido tenemos protocolos en marcha. Pero este aspecto ejemplifica muy bien la accesibili-

dad a la que hacíamos referencia. Tratamos de informar de todas las posibles complicaciones de los tratamientos y de mantener una relación con los pacientes que nos permite estar en contacto continuo cuando inician o cambian un tratamiento y es necesario llevar un control más estrecho. En el Área Sanitaria de Ferrol, además de la consulta externa y la planta de hospitalización, disponemos de un hospital de día, que es un sistema de atención inmediata que nos permite resolver problemas de forma más rápida.

**P. Otro de los puntos en los que se trata de mejorar es en la simplificación de las terapias frente al VIH o en situaciones de coinfección. ¿Tienen algún protocolo especial en este sentido?**

R. Participamos en protocolos de simplificación, y seguimos, por supuesto, las guías clínicas y terapéuticas que hay consensuadas a nivel nacional, europeo e internacional. En el ámbito de la infección por VIH, los protocolos están muy bien establecidos.

**P. ¿Cuáles son sus próximos retos a medio plazo en relación a la atención al paciente?**

R. Perfeccionar esa atención integral que ahora ya se da. Hablamos de atención sanitaria y clínica, pero también de diagnóstico precoz y de manejo integral. La infección y su tratamiento, la comorbilidad y el envejecimiento traen consigo una serie de patologías asociadas —cardiovasculares, neurológicas, renales, etc.— similares a las del resto de la población pero que pueden aparecer más precozmente y con mayor frecuencia en los pacientes con infección por el VIH. Estamos trabajando precisamente en esa comorbilidad. En todas las alteraciones que se producen cuando los años pasan y surgen otras complicaciones más allá de la propia infección. Ése es ahora nuestro reto, potenciar esa atención integral.





**NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS**

**DISEÑO DE FÁRMACOS INNOVADOR**

**AVANZANDO EN LA TERAPÉUTICA**

### **Luchando contra enfermedades graves**

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

### **Superando los estándares actuales de tratamiento**

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



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

© 2007 Gilead Sciences, S.L.



## HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA, MEJOR SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

# “Nos adaptamos a retos que no están planificados”

GM C. OSSORIO  
Barcelona

El hecho de que el Hospital Clínic sea un centro de referencia en varias disciplinas a nivel nacional exige un servicio de Enfermedades Infecciosas de hierro.

**Pregunta. ¿Por qué es su equipo un ejemplo de calidad asistencial?**

Respuesta. Nuestro servicio de Enfermedades Infecciosas se creó en el año 1982 y es uno de los primeros que funcionó en España. Hemos sabido mantener una trayectoria ascendente a lo largo de tantos años. En una época en la que la docencia y la investigación es muy importante, no tenemos que perder de vista que el objetivo primario de los médicos es prestar una asistencia de excelencia a los pacientes, lo más individualizada posible. Y el hecho de que un organismo externo con datos objetivos reconozca la labor de equipo es un estímulo para seguir luchando por ello.

**P. En la actualidad, ¿es la personalización la base de la calidad?**

R. Sí, la máxima personalización de la atención y del tratamiento es uno de los componentes. Pero también la alta calidad técnica, es decir, que tengan la percepción de que serán igual de bien atendidos en el Hospital Clínic de Barcelona que en la Clínica Mayo o en el Massachusetts General Hospital. Por último, creo que en los tiempos que corremos de dificultades económicas hay que introducir un tercer aspecto, el mantenimiento de los estándares. La calidad global y la personalización de la medicina es algo que no hay que perder a pesar de que es una época de restricción.

**P. ¿Cómo se mantiene la motivación del equipo en una época de recortes salariales?**

R. La gente que trabaja en el Hospital Clínic, y quizás es



**Josep María Gatell**  
Jefe del Servicio de  
Enfermedades Infecciosas



“El Clínic es pionero en el trasplante de órganos sólidos y de médula ósea, y en Oncología, por lo que necesita el soporte de un servicio de infecciones de alto nivel”

una de sus características diferenciales, está muy identificada con su institución. Con todas las limitaciones que pueda tener, nos facilitan toda una serie de oportunidades y una flexibilidad que a veces es difícil de obtener en otros ambientes de trabajo.

**P. ¿A qué realidad se enfrentan en el día a día del servicio?**

R. En los servicios de infecciones de hospitales grandes como el nuestro, en el momento actual hay tres grandes facetas de trabajo. La primera es la infección por el VIH y el sida, el 30-40 por ciento de la actividad. El otro 40 por ciento está relacionado con infecciones nosocomiales e infecciones en huéspedes inmunodeprimidos. Nuestro hospital es pionero en el trasplante de órganos sólidos y médula ósea, y en oncología, y todas estas actividades necesitan el soporte de un servicio de infecciones de alto nivel.

Y en tercer lugar hay algunas infecciones especiales, adquiridas en la comunidad, que requieren tratamientos de profesionales muy especializados. Por ejemplo, las endocarditis. Hay un grupo de dos o tres personas que se dedican exclusivamente a esto. Y otras tres para infecciones nosocomiales. También tenemos que adaptarnos a retos que no están en la planificación habitual. Un buen ejemplo es la gripe A.

**P. ¿Cuál es la prevalencia de las infecciones de quirófano?**

R. De un 5-7 por ciento aproximadamente. Conseguir que las infecciones de quirófano sean cero es imposible, pero hay que lograr que estén por debajo de unos mínimos de calidad, y actuar rápido en caso de brote.

**P. Los proyectos de investigación en VIH ejercen una alta repercusión científica. ¿Cuáles destacaría de otras enfermedades infecciosas?**

R. Uno es en endocarditis, en infecciones de válvulas del corazón, tanto naturales como protésicas, con modelos animales, que lidera José María Miró. También hay una línea importante en receptores de trasplantes de órgano sólido. Carlos Cervera y Asunción Moreno trabajan en la identificación de factores genéticos que puedan aumentar, disminuir o prevenir el riesgo de determinadas infecciones.

## FUNDACIÓN HOSPITAL DE MANACOR, MEJOR SERVICIO DE UROLOGÍA

# “A menor invasión, mayor calidad para el paciente”

GM E.M.C.  
Madrid

**Pregunta. El servicio de Urología se alza con el premio por segundo año consecutivo, ¿qué significa para ustedes?**

Respuesta. Es un reconocimiento si cabe mayor. El año pasado, tras ser finalistas en dos ocasiones, ganamos. Pensamos que hay que creer en las cuestiones de calidad en atención al paciente, que no es solo una apuesta por la calidad, sino que también hay que incidir en mantenerlas. Hay que insistir en el control de calidad vigilando para que se cumplan todas las pautas del proceso. Lo importante no es conseguirlo una vez, sino que se constate en los controles de calidad de este servicio que se están haciendo las cosas bien. El premio no cae en saco vacío, es un estímulo para seguir trabajando y mejorando nuestra asistencia día a día.

**P. ¿Qué novedades se han introducido este último año?**

R. Al ser una actividad quirúrgica, creemos que a menor invasión, mayor calidad. Es uno de los puntos más importantes. Hemos ambulatorizado aún más si cabe nuestra actividad, consiguiendo unas tasas muy buenas en comparación con la media. Hemos ido avanzando en este sentido en patología prostática benigna, y hemos sido pioneros, y nos hemos mantenido en ello, demostrando incluso en un estudio que es más rentable hacerlo así, que mejoramos los costes y sobre todo la calidad asistencial. El típico procedimiento que se hacía antes con cuatro o cinco ingresos lo hemos conseguido hacer de manera ambulatoria. También hemos incidido en aumentar la cartera de laparoscopia. En estos momentos, la práctica totalidad de nuestros procedimientos se hace a través de esta vía, lo que nos ha permitido disminuir aún más la estancia media de por sí muy baja. La idea de que a menor invasión más calidad la llevamos al máximo.



**Juan Benejam**  
Jefe del Servicio  
de Urología



“Hemos impulsado la realización de pruebas complementarias en la misma consulta, con exploraciones ecográficas y endoscópicas en el momento”

**P. ¿Y en consultas externas?**

R. En consultas es importante la accesibilidad, que hemos mantenido y aumentado con consultas mañana y tarde. También hemos impulsado la cartera de consultas de alta resolución, con una de hematuria que nos permite ver en menos de una semana a los pacientes con esta patología, gracias a la conexión con los dispositivos de atención primaria, que es una mejora importante. También se ha impulsado la generalización de las pruebas complementarias en la misma consulta, ya estábamos en esta línea pero lo hemos aumentado, de manera que podemos hacer exploración ecográfica o endoscópica a todos los pacientes en la consulta. Nuestro objetivo es seguir manteniendo los criterios del año pasado y los programas de calidad.

**P. Se ha conseguido avanzar entonces en algunos de los retos pendientes, como era la mejora de la coordinación con otros servicios o niveles asistenciales...**

R. Exacto. La coordinación con AP, por ejemplo, es clave. Nos gustaría avanzar más, pero depende de varias partes.

Vamos a tratar de conseguirlo.

**P. ¿Qué es lo que más valoran los pacientes de la atención que reciben en el servicio de Urología?**

R. Captan claramente el compromiso asistencial, lo que conlleva nuestra vocación de servicio. Los cuatro miembros del departamento estamos orientados a mejorar la calidad asistencial. No es casualidad que durante cuatro años seguidos seamos finalistas y los dos últimos ganadores. Consideramos que se ve reconocido nuestro esfuerzo. Somos un equipo joven que por circunstancias hemos acabado en un hospital que no es un hospital general en el que hicimos el MIR. A veces parece que la calidad asistencial está reservada a centros de otras dimensiones, y es un reto más para nosotros. Todo está a favor para conseguirlo, porque el centro también está volcado en ello, desde la propia gerencia, al tamaño, el manejo de la información o el área sanitaria, que también propician esta actividad. Queremos demostrar que en un hospital de este tamaño también se puede conseguir la mejor calidad asistencial para los pacientes.



# En Abbott, convertimos ciencia en cuidados.

Aportamos productos que abarcan todo el ciclo de la vida de las personas: desde la nutrición y el diagnóstico hasta la atención médica, los dispositivos y el tratamiento farmacológico. Nuevos enfoques en el cuidado de la salud y soluciones adaptadas a las necesidades de los pacientes.





## ■ HOSPITAL DE TORREVIEJA, MEJOR SERVICIO DE TRAUMALOGÍA

# “Nos volcamos en calidad y seguridad del paciente”

GM JAVIER GRANDA  
Barcelona

**Pregunta.** El servicio que dirige tiene cuatro años recién cumplidos y ya recibe un premio BiC...

Respuesta. Sí, es un servicio relativamente joven, el hospital abrió sus puertas en octubre de 2006

**P. ¿Cuántos profesionales lo conforman?**

R. La plantilla actual del servicio es de 11 facultativos y hemos creado seis unidades de trabajo: la mano, el pie, el hombro, la cadera, la rodilla y la columna y hemos asignado responsables en cada una de ellas, porque pensamos que era la punta de lanza para seguir progresando.

**P. ¿Qué aspecto destacaría del Hospital de Torrevieja?**

R. Que está volcado, desde el principio, en la calidad y en la seguridad del paciente como criterios básicos. Y además realizando encuestas de percepción de la satisfacción de los pacientes. En este sentido, protocolizamos toda nuestra actividad quirúrgica y hemos hecho guías clínicas, recogiendo primero todos los procedimientos quirúrgicos y ahora estamos en la fase de elaboración del mapa diagnóstico de toda la patología que atendemos. Y sobre eso, hemos implantado un protocolo inherente que obliga a AP, puesto que estamos hablando de una gerencia única, por lo que el gerente, al ser responsable de primaria y especializada, hace que la coordinación sea rapidísima. El mero hecho de protocolizar de forma rigurosa todos los procedimientos quirúrgicos tanto en cirugía mayor ambulatoria como en hospitalización, nos ha permitido que se nos reconozca una calidad inherente a todos nuestros actos como servicio. Esto, motivado además porque también nos han concedido muy precozmente la formación MIR, lo que nos ha estimulado muchísimo en que la formación continua es necesaria.



**José Antonio Velasco**  
Jefe del Servicio  
de Traumatología

“Protocolizamos la actividad quirúrgica, hacemos guías clínicas recogiendo los procedimientos y ahora elaboramos el mapa diagnóstico de la patología”

**P. ¿De qué modo la fomentan?**

R. Este hospital ya no es que tenga atención al paciente, es que está por norma. Somos atrevidos, cumplimos los objetivos que nos marca la gerencia y tenemos libertad basada en la seguridad y en los protocolos, lo que nos ha permitido lle-



var a rango normal la prótesis de hombro por cirugía mayor ambulatoria. Que yo conozca no hay bibliografía a nivel mundial: somos los primeros del mundo. Pero con criterios de seguridad, gracias primero al personal de la unidad de cirugía sin ingresos y al personal de enfermería que lo tiene asumido. Y además hemos realizado de forma conjunta estos protocolos.

**P. ¿Qué peso tiene su servicio en el hospital?**

R. La patología que tratamos prácticamente raya el 50 por ciento de los procedimientos quirúrgicos del hospital. A esto se le debe añadir que el año pasado realizamos 3.800 intervenciones, atendimos a 20.878 pacientes con una estancia media récord nacional de 3,58 días, atendiendo politraumatizados, hacemos consultas y revisiones de cadera complejitas y tenemos unidad de cirugía de columna.

**P. Llama la atención que sean referencia nacional de la comunidad de testigos de Jehová...**

R. Somos un hospital sin sangre y atendemos quirúrgicamente a todos los pacientes tanto de dentro como de fuera de la comunidad por un protocolo muy riguroso de cirugía sin sangre. Y todas estas actividades van calando, porque creo que el nuestro es el primer servicio que ha recibido un Premio Top 20 por una parte y un Premio BiC por otra y hemos visto colmados nuestro esfuerzo e ilusión de trabajo.

**P. ¿Cómo han potenciado la investigación?**

R. Como tenemos mucha casuística y muy compleja, estamos centrados en recoger y evaluar datos para publicar a nivel internacional: tenemos mucho que decir en hombro, en recambios y en fracturas. Tenemos la ayuda del sistema informático Florence que permite un acceso online a una gran base de datos. Nos falta despegar, aunque hemos realizado ya un congreso nacional monográfico sobre prótesis de hombro. Lo sabemos hacer y queremos darlo a conocer.

## ■ HOSPITAL DONOSTIA, MEJOR SERVICIO DE URGENCIAS

# “Ofrecemos una atención diferenciada a los crónicos”

GM MÓNICA RASPAL  
Madrid

Tres premios en tres ediciones consecutivas avalan ya al Servicio de Urgencias del Hospital vasco de Donostia, que dirige Pablo Busca, como un referente consolidado de la calidad asistencial. Busca siempre ha asegurado que la clave de su éxito reside en la organización y la coordinación de un equipo que, a la espera de que el ministerio dé luz verde a la creación de la especialidad, se marca como meta inmediata la formación en competencias.

**Pregunta.** Es el tercer año que su servicio recibe este premio, ¿cuál es el secreto para mantener la excelencia en la atención al paciente?

Respuesta. Lo más importante es el equipo de profesionales que forman el servicio, su trabajo diario, su implicación y responsabilidad en ofrecer lo mejor al paciente, un servicio de calidad.

**P. ¿Qué aspectos han mejorado durante este año?**

R. Hemos inaugurado una nueva área de observación con 16 camas monitorizadas que sin duda redundará en una mejora para los pacientes atendidos en esta zona. Desde otro punto de vista, la participación de los enfermos en nuestros procesos dará sus frutos a corto plazo.

**P. Como referentes consolidados ya en calidad asistencial, ¿qué retos se plantean para el futuro?**

R. Nuestro objetivo es mantener la satisfacción tanto de los pacientes como de nuestros profesionales, así como la implicación de la sociedad en la mejora del proceso asistencial. Además, es importante consolidar todo el trabajo que hemos realizado en los últimos años y desarrollar la formación en competencias. En definitiva, seguiremos desarro-



**Pablo Busca**  
Jefe del Servicio de Urgencias

“Seguimos analizando y dando solución a los problemas que detectamos con nuestros sistemas de registro y hemos establecido circuitos de seguridad de medicamentos”

llando las 11 líneas estratégicas contempladas dentro de nuestro plan funcional 2010-2014.

**P. ¿Qué supondrá la creación de la especialidad prometida por el Ministerio de Sanidad pero cuya aprobación lleva un considerable retraso?**

R. Sin lugar a dudas la creación de la especialidad de Urgencias y su consecución supondrá no sólo un reconocimiento a todos los profesionales sino una garantía para nuestros pacientes, asegurando la calidad de la atención y el futuro de los servicios de urgencias.

**P. El año pasado afirmaba que uno de sus objetivos era colaborar con la Consejería de Sanidad en la detección de los pacientes crónicos y frágiles para buscar alternativas a su ingreso convencional, ¿se ha desarrollado esta colaboración?, ¿de qué forma?**

R. Sí, nuestro papel ha consistido fundamentalmente en el desarrollo de sistemas para la detección y gestión de estos pacientes, para ofrecerles una atención diferenciada durante el ingreso de acuerdo con sus necesidades específicas, dentro de las líneas estratégicas establecidas por la Administración.

**P. La seguridad clínica también era una de sus preocupaciones, ¿cómo han avanzado en este sentido?**

R. Hemos consolidado el grupo formado en 2007. Seguimos analizando y dando solución a los problemas que detectamos a través de nuestros sistemas de registro. Hemos realizado diferentes campañas de divulgación en cuanto al lavado de manos, hemos mejorado en la identificación de nuestros pacientes y estamos elaborando diferentes listados de verificación en puntos críticos. Siguiendo con las líneas estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a seguridad de los medicamentos, también hemos establecido circuitos más seguros.

**P. ¿Qué opinión le merece la reordenación del sistema sanitario vasco que está llevando a cabo el consejero vasco del ramo, Rafael Bengoa?**

R. Creo que era necesaria. No habrá que esperar demasiado tiempo para ver resultados.





Sanofi Pasteur MSD es la única empresa farmacéutica europea dedicada exclusivamente al desarrollo de vacunas, siendo líder en este área.

Nuestro reto es seguir investigando para desarrollar vacunas innovadoras frente a más enfermedades.



## ■ CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, MEJOR SERVICIO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

# “Servir al investigador mejora la atención al paciente”

GM REDACCIÓN  
Madrid

**Pregunta.** ¿De qué forma puede una unidad de investigación mejorar la atención al paciente?

**Respuesta.** Desde el punto de vista clínico, la primera mejora es la más evidente. Gracias a la investigación se le pueden ofrecer al paciente los últimos tratamientos existentes. Los hospitales con vocación investigadora intentamos, desde hace años, dirigir la investigación hacia una mayor traslacionalidad, con resultados para el paciente. Pero no hay que olvidar que la gran mayoría de la investigación aplicada ha tenido un largo periodo de investigación básica, de la que éstos se aprovechan directamente, y también debe ser apoyada. El Servicio de Apoyo a la Investigación puede mejorar la atención al paciente en la medida en que da servicio al personal investigador y facilita su labor investigadora. En la CUN, el personal médico integra la labor asistencial con una función docente e investigadora. El ayudarles y apoyarles lo más posible facilitando los trámites burocráticos, legales, etc., les facilita poder realizar esta “triple” función sin que la dedicación al paciente se vea mermada.

**P. ¿Y qué puntos pueden aún mejorarse?**

R. Habría que buscar formas de conciliar mejor la práctica asistencial y la investigación, aunque existe el mismo problema a la hora de coordinar la actividad asistencial y la docente. También hay que ser más ágiles a la hora de dar respuesta a determinados trámites administrativos. Y, sobre todo, conseguir un ritmo de trabajo uniforme entre todos los departamentos. Hay unos que avanzan mucho en la investigación mientras que otros se quedan rezagados y hay que motivarlos y ayudarlos más.

**P. ¿En qué aspectos encuentran más dificultades?**



**Gabriel Canel**  
Responsable del Servicio de Apoyo a la Investigación

“El servicio cuenta con cinco personas pero recibe constante apoyo de los departamentos de Farmacología, Medicina Preventiva y Farmacia, entre otros”

R. Hay grupos emergentes que tienen mucho interés por investigar pero que no tienen un volumen suficiente de pacientes como pueden tener otros y por ello no se pueden involucrar en tantos proyectos como les gustaría. En el resto de aspectos, afortunadamente, contamos con el apoyo de los



distintos actores involucrados y, poco a poco, vamos solventando los pequeños escollos que hay. También ha mejorado mucho la inversión pública en investigación, aunque ahora, debido a la situación económica actual se haya visto recortada.

**P. Los asuntos éticos y las garantías de calidad tienen mucho que decir aquí. ¿Cómo gestionan estos puntos?**

R. En el apartado de calidad afortunadamente contamos con una Unidad de Calidad en la clínica que nos ayuda en el día a día. La labor de esta unidad es excelente y una prueba de ello es que la clínica fue certificada por la Joint Commission por segunda vez y ahora estamos preparando la tercera. Además el próximo año por primera vez la Joint Commission también tendrá en cuenta la investigación para la evaluación. También se cuenta con laboratorios de terapia celular y medicina nuclear que operan bajo normas GMP. En concreto el laboratorio de radiofármacos ha sido el primero de estas características a nivel nacional. En cuanto a los temas éticos contamos con un Comité de Ética de la Investigación en la Universidad de Navarra para la evaluación de los proyectos, y del Comité Ético de Investigación Clínica del Gobierno de Navarra para los ensayos clínicos. Además, se organizan sesiones con el personal que participa en la investigación para ponerles al día en la legislación.

**P. ¿Con qué personal cuenta el servicio?**

R. Cuenta actualmente con cinco personas involucradas directamente. Pero no puede realizar por sí solo la totalidad del trabajo y recibe constante apoyo del personal del departamento de Farmacología, Medicina Preventiva, Farmacia, entre otros. También con el del I.C.T. (OTRI de la Universidad de Navarra) para los ensayos clínicos y los proyectos de investigación. En la básica contamos con el apoyo de los 300 profesionales del CIMA o incluso con el personal de la facultad de ingeniería de San Sebastián.

## ■ HOSPITAL DE BASURTO, MEJOR SERVICIO DE PEDIATRÍA

# “Tenemos las 15 especialidades pediátricas existentes”

GM REDACCIÓN  
Madrid

**Pregunta.** Los BiC premian la atención al paciente, y los de su servicio son muy especiales...

**Respuesta.** La mayoría de los niños que ingresan son dependientes, pero también son neonatos o lactantes, y por eso tenemos que tener un comportamiento especial con ellos porque son más vulnerables. Tenemos que ser cuidadosos para que la hospitalización no les suponga una situación de estrés y facilitar el acompañamiento por los padres. En nuestro servicio todos los niños pueden estar acompañados por los padres, y en la Unidad Neonatal, que tiene características de UCI, pueden estar la mayor parte del día porque tiene un horario muy flexible. De hecho, más del 90 por ciento de los niños salen de la unidad con lactancia materna. Quizás es nuestra mayor característica en relación a otros servicios.

**P. ¿Qué puntos destacaría de su servicio para hacerle merecedor de este premio?**

R. El hospital tiene servicio de Pediatría desde que se inauguró en 1908 y desde siempre está muy orientado al paciente y a los niños en particular. Eso nos lo premian en las encuestas de satisfacción que Osakidetza hace periódicamente a los pacientes, pues llevamos varios años líderes en valoración en cuanto a trato, información y valoración de la competencia técnica. El servicio está adaptado a las necesidades de los niños: tenemos una zona de juegos, un ciberaula para que puedan jugar con el ordenador y un espacio para el aula escolar muy amplio que despierta la admiración porque es un sitio privilegiado, lleno de cristaleras. Es el mejor sitio del servicio. Desde el punto de vista hostelero puede ser un hospital modelo en cuanto a dotación de mobiliario para niños.



**Elena Sánchez González**  
Jefa del Servicio de Pediatría

“Más del 90% de los niños ingresados en la Unidad Neonatal salen con lactancia materna, ya que los padres pueden acompañarles la mayor parte del día”

También es muy competente técnicamente. Tenemos las 15 especialidades pediátricas existentes. Otro aspecto que estamos desarrollando son las consultas de alta resolución. Están en dos especialidades: Alergia infantil y Cardiología infantil. El paciente normalmente viene y se le hacen las



pruebas complementarias en el hospital de día y ese mismo día remitirlo a su domicilio. Es también un aspecto innovador de buena gestión que nos está funcionando muy bien. Además, estamos bastante coordinados con los médicos de atención primaria y estamos haciendo protocolos y actividades de formación conjuntas con ellos y hemos integrado la formación continuada de los pediatras de AP en el hospital con una rotación de una semana lo que facilita que haya una continuidad en el proceso asistencial, una coordinación. También quería resaltar que en la unidad neonatal, que tiene un funcionamiento excelente, estamos aplicando técnicas innovadoras. Por ejemplo, hemos puesto en marcha la hipotermia en la atención al recién nacido y se han hecho donaciones de órganos lo que no es habitual en estas unidades y es una prueba de su calidad. También somos innovadores en el diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas.

**P. Por contra, ¿qué aspectos cabría mejorar?**

R. Quizás el marketing de comunicación de lo que hacemos en el servicio. Cuando uno revisa las cosas que estamos haciendo se da cuenta de que son muchas y que el ciudadano merece conocer. Tenemos especialidades quirúrgicas infantiles en varias especialidades, pero en el área de cirugía general tenemos algún problema y las intervenciones a niños de menos de dos años las tenemos que derivar a otros centros, así que nos gustaría mejorar en algunos aspectos de la atención quirúrgica infantil. También aumentar la participación de los residentes en áreas de investigación.

**P. ¿Cuáles son las cifras del servicio?**

R. Contamos con personal de enfermería y auxiliar, un total de 129 personas, de los cuales 46 somos médicos (30 de plantilla y 16 residentes). Tenemos 1.500 ingresos al año atendemos 28.000 urgencias al año, unas 15.000 consultas al año y 1.000 ingresos en el hospital de día.

Zeltia es un grupo de compañías, de ámbito internacional, dedicadas a la investigación, desarrollo y comercialización de nuevos tratamientos en las áreas de oncología, sistema nervioso central, diagnóstico molecular de uso clínico, identificación genética y una nueva generación de terapias basadas en el RNAi (RNA de interferencia).

 **Zeltia**



Zeltia, nuevas fronteras para el cuidado de la salud a través de la innovación

Grupo Zeltia: PharmaMar.  
Noscira. GENOMICA. Sylentis.  
Xylazel. Zelnova.

[www.zeltia.com](http://www.zeltia.com)



## ■ HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO, MEJOR SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

# "La máxima es un equipo consolidado y con ambición"

GM E.M.C.  
Madrid

**Pregunta.** El año pasado se quedaron a las puertas, pero por fin han conseguido el Best In Class en esta edición, ¿necesitaban coger impulso?

Respuesta. Sí, tuvimos una mención especial el año pasado. En las cuestiones fijas nos hemos mantenido igual de bien que antes, ya que teníamos resultados excelentes. Es en la parte variable en la que se han reflejado los cambios. Esta vez, he querido destacar que seguimos trabajando intensamente en la calidad del servicio, buscando la eficiencia. Además, en el informe de este año resalté nuestro trabajo en bloque. En esta edición, el segundo año que participamos, seguimos buscando la eficiencia y estamos en los primeros puestos en temas de gestión, seguimos garantizando una atención de calidad. Pero, además, tenemos varios proyectos y seguimos innovando. Por ejemplo, en 2009 creamos una unidad para enfermedades neumológicas profesionales y pusimos en marcha un taller de creatividad para ver si conseguíamos mejorar la satisfacción de los pacientes utilizando técnicas novedosas. También mostramos un interés tremendo en los temas de mejora de la calidad y de la atención en el domicilio a pacientes graves con EPOC en coordinación con atención primaria. En la misma línea, este año seguimos generando conocimiento, hemos publicado más de diez artículos. Es esta visión, aparte de las preguntas cerradas con una buena calificación, lo que ha permitido que puedan apostar por nosotros y estamos encantadísimo de haber sido seleccionados, porque el premio tiene un gran prestigio y cada vez compiten más hospitales.

**P. ¿Qué supone este premio para el servicio de Neumología de su hospital?**

R. Un reconocimiento explícito del trabajo. Hace 23 años



empezamos cuatro amigos, con mucha ilusión y entrega, y seguimos con ganas, hay ambición. Tenemos otra gran ventaja y es que estamos trabajando en un hospital que tiene la Q de oro de calidad. Tenemos muchos servicios básicos acreditados, a nivel de excelencia por normas ISO y distintos sistemas de acreditación. Lo cierto es que resulta más fácil lograr un premio de este tipo cuando se trabaja en un hospital que apuesta por ello. Además, estamos recibiendo un apoyo extraordinario de la unidad de calidad del centro. Hay un equipo de personas magnífico que se dedica *ex profeso* a ello que está pendiente de todos los detalles que afectan a la gestión del paciente hospitalizado. Gracias a ellos, hemos aprendido a gestionar el proceso de la hospitalización, ya que han aportado la metodología.

**P. ¿Qué limitaciones encuentran en su actividad diaria?**

R. Las limitaciones son las mismas que las que tiene todo el mundo, pero tenemos tendencia a ver el vaso medio lleno. Tenemos las mismas dificultades que otros centros. Somos conscientes de que es lo que hay y sabemos que hay que moverse en este escenario. No se trata de buscar culpables,

Alberto Capelastegui  
Jefe del Servicio  
de Neumología



"La unidad de calidad del centro nos ha aportado la metodología para enseñarnos a gestionar mejor el proceso de hospitalización de los pacientes"

sino soluciones a los problemas. Ese espíritu condiciona que las cosas salgan mejor, que se resuelvan de una forma diferente. En este hospital otros servicios han logrado el Best In Class. Es un hospital ambicioso, con inquietudes, en el que siempre hay una experiencia novedosa o un proyecto piloto.

**P. ¿Cómo consiguen afrontarlas?**

R. Nosotros trabajamos en equipo. Mi máxima fundamental es que el equipo esté consolidado, que tenga ambición. A medida que pasan los años, y en este equipo muchos empezamos a superar los 50, esto cuesta más, soy consciente de ello. El secreto del éxito es mantener al equipo cohesionado y motivado. Es una labor a la que dedico mucho tiempo. Pienso que un estilo de dirección en el que delegas y responsabilizas de proyectos, más que de tareas, a profesionales concretos es bueno, aunque siempre bajo supervisión. Dedico tiempo a mirar a mi gente, a hacerles creer que somos los mejores, que lo hacemos bien. Seguimos discutiendo con ganas de mejorar y ya estamos trabajando en nuevos proyectos y nuevas ideas, buscando lo mejor para el paciente.

## ■ CLÍNICA CIMA, MEJOR SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

# "Apostamos por la investigación ética"

GM C. OSSORIO  
Barcelona

La Reumatología aterriza por primera vez en los Premios Best In Class. La investigación está suponiendo cambios de paradigma en el manejo de las enfermedades de la especialidad, y en este camino destaca la labor de la Clínica Cima.

**Pregunta.** Son el primer servicio de Reumatología en recibir este premio. ¿Cómo lo valoran?

Respuesta. La verdad es que nos da mucha alegría, sobre todo por el reconocimiento como colectivo, porque en el mundo de la privada todo es más complicado. El hecho de no estar en la pública crea reticencias sobre el modo de trabajo. Nos ha hecho mucha ilusión que se reconociera la lucha que llevamos durante años de un equipo que ha ido haciéndose importante y trabajando con buena calidad.

**P. ¿Cuáles son vuestras principales cualidades?**

R. El equipo es joven, tiene siete años. Ha sido una selección de forma natural, nos hemos ido encontrando compañeros con ganas de trabajar en el mismo campo, aunque algunos estén también en la sanidad pública, y como a todos nos gusta la asistencia de calidad, nos hemos agregado de acuerdo a una misma visión médica. Somos un grupo amplio pero hemos creado un clima muy familiar. En ocasiones te encuentras con que se dicen cosas sobre algunas patologías que no son coherentes, y por eso también apostamos por la investigación ética.

**P. La fibromialgia y la fatiga crónica son enfermedades reumáticas emergentes y controvertidas. ¿Hay mitos que se deberían derribar en torno a ellas?**

R. Nosotros creemos en estas enfermedades. Hemos hecho muchas publicaciones y conocemos la parte científica y de investigación. Seguramente sea una enfermedad a nivel



Violant Poca  
Jefa asistencial del Servicio de  
Reumatología



"A la unidad de ensayos clínicos nos llegan ofertas de todo tipo de enfermedades. Pero hay una creciente necesidad de tratar la artrosis y el dolor asociado"

del sistema nervioso central, pero los neurólogos no están interesados en llevarlo. A nosotros nos interesaba y abogamos por hacerlo lo mejor posible, para ir divulgando los resultados de pequeños ensayos que nos permitan avanzar en el conocimiento de estas enfermedades.

**P. Ustedes cuentan con una unidad específica.**

R. A estos enfermos hay que ayudarles. Se les tiene que atender de forma coordinada. Y nos interesó enfocar nuestro servicio en este sentido ante cualquier problema, como el dolor, la fatiga, el aspecto psicológico que supone... Como fuimos ampliando la cantidad de médicos que trabajan con nosotros, llegamos a crear una unidad específica dentro de Reumatología, la de síndrome de fatiga crónica y fibromialgia. La intención era ser más multidisciplinarios y dar una solución al paciente. Por ejemplo, tenemos un compañero que realiza específicamente clínica del dolor.

**P. ¿Han sido los fármacos biológicos el mayor avance de los últimos tiempos en reumatología?**

R. A nivel de farmacológico sí, han sido vitales. Han dado un giro importante en el tratamiento de las enfermedades reumatológicas crónicas como la artritis reumatoide o la artritis psoriásica, porque antes los enfermos terminaban con una calidad de vida muy desestructurada, con muchas deformidades, por no atacar la enfermedad muy al inicio. Ahora, con los nuevos fármacos y el objetivo de tratar la patología lo antes posible, hemos mejorado mucho.

En cuanto a la unidad de fibromialgia y fatiga, destacaría las últimas investigaciones sobre la causa de la enfermedad, para conocer cuáles son las sustancias más implicadas en la problemática de percepción del dolor en el paciente.

**P. ¿Hacia dónde va la investigación?**

R. Creo que en los últimos años con la creación de la unidad de ensayos clínicos llegan ofertas de todo tipo de enfermedades. Tenemos muchas de fibromialgia, por ser una unidad de referencia. Pero hay una creciente necesidad de tratar la artrosis y el dolor asociado a esta enfermedad invalidante de la que se está viendo que hay una parte muy inflamatoria a nivel de las alteraciones en el cartílago.



# PROFUNDIZANDO EN EPOC

*Más allá de los síntomas*

...descubrirás que la inflamación crónica juega un papel clave tanto en la persistencia como en la progresión de la enfermedad y exacerbaciones<sup>1</sup>.



## COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA, MEJOR SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

# "Nuestro servicio es puntero en técnicas diagnósticas"

GM E.M.C.  
Madrid

En el campo del diagnóstico, la Hematología está experimentando avances permanentemente. Es una de las bazas principales de este servicio en el Complejo Universitario Asistencial de Salamanca.

**Pregunta. El servicio de Hematología repite premio este año, ¿no tienen competencia?**

Respuesta. Claro que sí. Este año, además, los finalistas son servicios de Hematología bastante buenos, entre ellos el de La Princesa (Madrid) y el Morales Meseguer (Murcia), y sin embargo hemos ganado el premio. Creo que aparte de que nuestro servicio es excelente a nivel asistencial, clínico y de investigación, también ha demostrado ser superior en todos los parámetros de calidad que se exigen.

**P. ¿Qué hace que un servicio de Hematología pueda destacar en la calidad en la atención al paciente?**

R. Que puedas proporcionar una asistencia integral en todos los aspectos. Que dentro del servicio puedas hacer el diagnóstico completo de la patología hematológica con todas las técnicas que están vigentes y actualizadas en este momento, tanto de biología molecular, densitometrías de flujos, citogenética, etc. La Hematología es una especialidad que cada día progresa más en nuevas técnicas de diagnóstico y eso está implantado en nuestro servicio, así como todos los parámetros de calidad en el tiempo que se llevan a cabo y proporcionan resultados.

**P. ¿En qué nota la diferencia el enfermo?**

R. Probablemente lo perciben sobre todo en la rapidez a la hora de iniciar el tratamiento, porque el diagnóstico se hace de manera muy rápida con todos los parámetros para



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

**Lourdes Vázquez**  
Responsable de Calidad del  
Servicio de Hematología



proporcionar a cada enfermo el tratamiento que resulte más adecuado.

**P. ¿Cómo ha evolucionado el servicio de Hematología del hospital en este último año?**

R. Fundamentalmente se han incorporado nuevas técnicas de diagnóstico y más que nada, hemos tratado de mantener todo lo que está en marcha. En técnicas de diagnóstico es un servicio puntero. Además, cada vez tenemos más ensayos clínicos, lo que abre la posibilidad de usar nuevos fármacos que están en investigación, porque ciertas patologías lo exigen, y es en lo que más se ha notado.

**P. ¿Se ha implementado alguna norma de calidad nueva o se ha implantado algún protocolo diferente?**

"Cada vez contamos con más ensayos clínicos, lo que abre la posibilidad de usar nuevos fármacos en investigación, algo que exigen ciertas patologías"

R. En la Unidad de Trasplantes, por ejemplo, estamos inmersos en una norma europea, que es la acreditación Jacie. Fuimos el primer centro que lo hicimos a nivel nacional y ahora vamos a reacreditarnos en el primer trimestre del año 2011. El resto de unidades, como el banco de sangre o los laboratorios, están acreditados por otros sistemas de calidad. El banco de sangre está acreditado por las ISO y por el sistema CAR, y los laboratorios también tienen su sistema de acreditación de calidad. Esta implantación de programas de calidad a veces resulta costosa y este premio nos puede ayudar a fomentar el programa Jacie para intentar que salga adelante. Son programas muy costosos dentro de los hospitales públicos y a lo mejor puede ayudar.

## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA, MEJOR SERVICIO DE FARMACIA

# "Los pacientes deben recibir una mejor información"

GM TONI MARTÍNEZ  
Valencia

**Pregunta. ¿Qué significa para el servicio de Farmacia el volver a ganar este premio?**

Respuesta. Significa una gratificación del trabajo que ha hecho todo el equipo del servicio de Farmacia estos últimos años y que indica que se ha mantenido una trayectoria de mejora, y que esta trayectoria al final tiene ciertos reconocimientos.

**P. ¿Por qué piensa que son merecedores de este premio?**

R. Hemos implantado numerosas medidas de mejora, una de ellas es un cambio de organización, cada vez más orientado hacia el cliente; además también se ha realizado un cambio de los propios procesos del servicio para orientarlos también a nuestro cliente interno y desde luego al paciente. Por otra parte, toda la mejora e implantación de sistemas tecnológicos que hemos implementado para mejorar la calidad en la atención que hacemos y sobre todo en la seguridad. Y, finalmente, un cambio en la política dentro del servicio de toda la organización de atención directa al paciente y de humanización en la atención.

**P. Estos cambios implican una nueva estructura...**

R. Lo que ha cambiado es el modelo de organización y de trabajo por la gestión por procesos. Entendemos que el proceso es un conjunto de actividades que están concatenadas y donde todo el conjunto es responsabilidad de todos por lo que hemos huido de la parte de compartimentalizar la asistencia. Para nosotros, un proceso es un acto global donde nos tenemos que sentir implicados en que el paciente reciba la mejor atención.

**P. ¿Qué va a cambiar el traslado a la nueva Fe?**

R. Bastantes cosas. La primera es la incorporación de



**José Luis Poveda**  
Jefe del Servicio  
de Farmacia



"Me gustaría dar una mayor cobertura en atención farmacéutica a los pacientes. Hace falta una actuación directa del personal facultativo y de los farmacéuticos"

nueva tecnología, hoy casi el 88 por ciento de los pacientes tiene sus procesos de prescripción asociados al sistema de prescripción electrónica asistida y en el nuevo hospital será el cien por cien. Incorporaremos sistemas automáticos de dispensación que en estos momentos solo dan cobertura al 50 por ciento de las series críticas, y llegaremos al cien por cien. Además, incorporaremos elementos de máxima seguridad como es la implantación de los códigos de identificación que nos permitirán verificar antes de la administración que el paciente, el medicamento, la dosis y la vía de la administración son los correctos.

**P. ¿Cómo ha mejorado el sistema de dispensación diario de dosis unitarias?**

R. En los últimos siete años incorporamos más de 800 camas con el sistema individualizado de dosis unitarias, que aporta unos sistemas de calidad y de minimización de riesgo. En el nuevo hospital todo será así, incluido en el área pediátrica e incorporamos una nueva variante que son los tres repartos al día, lo cual va a permitir reducir las

posibilidades de errores.

**P. ¿Qué aspecto mejoraría del servicio?**

R. Me gustaría tener la posibilidad de dar una mayor cobertura en atención farmacéutica a los pacientes, creo que una parte muy importante es el tema de la conciliación de los tratamientos tanto al ingreso como al alta y la información que a estos pacientes les damos. Estamos tratando de poner técnicas informáticas que puedan ayudar a que los pacientes reciban mejor información de los medicamentos que van a tener tras el alta, creo que hace falta una actuación directa del personal facultativo y de los farmacéuticos.

**P. Hace dos años hablábamos de la importancia de la comunicación interna, ¿se ha avanzado?**

R. Es una de las cosas más difíciles en un hospital como éste. Hemos mejorado en algunas áreas, por ejemplo con la creación de un comité interno de coordinación o con la creación de subcomités para cada una de las áreas funcionales y también con la puesta en común de forma reglada y periódica de todas las actividades que realizamos.



*Con el compromiso de  
mejorar la vida de los pacientes*  
[www.celgene.es](http://www.celgene.es)



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

Más de

**22**

años de **INNOVACIÓN**  
en **cáncer**



## ■ HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA, MEJOR SERVICIO DE NEUROLOGÍA

# “El futuro es el abordaje multidisciplinar”

GM E.M.C.  
Madrid

### Pregunta. ¿Qué supone para este servicio la obtención del Premio Best In Class en atención al paciente?

Respuesta. Es un gran estímulo. Todo el servicio ha hecho un esfuerzo en los últimos años por mejorar la calidad. Que alguien reconozca lo que haces supone un gran impulso.

### P. En el día a día del hospital, ¿cómo notan los enfermos que son tratados en este servicio su afán por mejorar la calidad asistencial?

R. Los enfermos siempre nos sorprenden. Nos evalúan a través de distintas fórmulas. Una de ellas es que el paciente rellena un cuestionario que deposita en un buzón, algo que completa un porcentaje muy alto de enfermos. También a final de año se llama aleatoriamente a cerca de 200 enfermos que hayan estado ingresados para realizarles una encuesta. En general, son bastante agradecidos y alrededor del 98 por ciento asegura estar bastante satisfecho con el servicio. Aun así, cualquier iniciativa que hagamos en este sentido será poca, pero es cierto que los pacientes sí lo notan, desde la calidad de la comida a la atención más personalizada posible que tratamos de hacer.

### P. ¿Qué limitaciones encuentran en su trabajo para conseguir ese objetivo?

R. Las limitaciones son las que nosotros nos imponemos. La principal en los hospitales es el espacio físico, que nunca es suficiente. Nuestro hospital tiene dos camas por habitación y quizá en el futuro, esto es lo que más demandan los enfermos, habría que potenciar la privacidad. Antiguamente era así, en otras épocas preferían estar acompañados, sin embargo, esta sería ahora una de las demandas que no están satisfechas en nuestro servicio.



**Óscar Fernández**  
Jefe del Servicio  
de Neurología



“Los pacientes notan desde la calidad de la comida a la atención más personalizada posible que tratamos de realizar en este servicio del Hospital Carlos Haya”

### P. ¿Cómo consiguen superar estas limitaciones?

R. La gente recibe la información cuando va a ingresar. Se les explica todo el proceso y lo aceptan bastante bien en general. La privacidad es un deseo, pero no una imposición.

### P. ¿Cómo se estructura el servicio?

R. Quizá lo más novedoso es que estamos construyendo una serie de unidades funcionales que están respondiendo muy bien. Por ejemplo, una de epilepsia, multidisciplinaria, que está dando buenos resultados. Desde hace unos años estamos instalando el trabajo por procesos, no tener servicios rígidos sino que los servicios sean permeables. El servicio de Neurología está inmerso en un Instituto de Neurociencias en el que colaboramos con cirujanos, neurorradiólogos, neuropsicólogos, y en ese contexto es donde se puede ofrecer calidad. Este trabajo sale de manera casi natural cuando la gente trabaja de forma conjunta. Ése es el futuro para nosotros.

### P. ¿Qué proyectos tienen a medio o largo plazo?

R. Cuando entras en calidad, no sabes lo que es realmente. Nuestro primer paso ha sido formarnos y hemos descubierto que era imprescindible informatizar el servicio y estamos en ello. Lo que sí hemos conseguido ya es tener acceso a todas las pruebas complementarias, radiografías, análisis. Hemos entrado en una espiral de mejora continuada. Queremos mejorar en otros aspectos como reducir la lista de espera y profundizar en algunos aspectos relacionados con la investigación, de manera que sea un servicio no solo clínico.

### P. El servicio está también presente en redes sociales como Facebook, ¿qué esperan de esta vía de comunicación?

R. Intentamos que la gente nos vea como somos. Cuando entramos en calidad descubrimos que no sabíamos nada, teníamos que formarnos en el tema, y también descubrimos que tienes que comunicar lo que haces, si no la gente no lo sabe. De ahí que uno de los aspectos sea tener una página web razonable. El hospital ya la tiene y nosotros hemos construido una, pero todavía no está colgada. Queremos ser más visibles a través de Internet por ejemplo colgando nuestros datos, que la gente pueda ver lo que hacemos. La calidad no está solo en hacerlo bien, sino también en enseñarlo.

## ■ HOSPITAL DE LA PRINCESA, MEJOR UNIDAD DE DOLOR

# “El alto nivel científico se refleja en la asistencia”

GM M. RASPAL  
Madrid

### Pregunta. ¿Cómo valora este premio?

Respuesta. El premio ha sido una sorpresa porque es la primera vez que nos presentamos a los BiC y ha sido un estímulo, un subidón de adrenalina. Cuando decidimos presentarnos nos sorprendió la cantidad de ítems que son reales, sirven para valorar la calidad y siempre son puntos de mejora.

### P. ¿Cuáles son los puntos fuertes de la unidad?

R. Por un lado, el aspecto humanitario, la relación cercana al enfermo y la implicación de todos los que trabajamos en ella. Tengo la suerte de liderar un equipo en el que todos están muy implicados, lo que hace que las cosas funcionen. Nosotros nos hemos llevado una alegría con el premio pero también los pacientes porque en realidad es suyo. Por otra parte, el alto nivel científico se traduce en una alta capacidad asistencial y una gran funcionalidad, con procesos que son muy fáciles de seguir — a los pacientes oncológicos, por ejemplo, los vemos en el instante —, el gran nivel investigador y el desarrollo de todas las técnicas intervencionistas que se producen en estas unidades.

### P. ¿Qué áreas de mejora han detectado?

R. Necesitamos mejorar el acceso a las unidades de dolor disminuyendo las listas de espera, algo que a veces es un poco difícil porque somos pocos profesionales a tiempo completo y no siempre podemos ver más pacientes. También soportan largos tiempos de espera para ser vistos los pacientes con cita, otro aspecto que debemos cambiar. Al ser una unidad, hacemos todo el intervencionismo que podemos sobre la marcha en el hospital de día, salvo las cosas programadas de quirófano. No siempre podemos hacer más.

### P. ¿Qué necesidades demanda el servicio?



**Concepción Pérez**  
Directora de la  
Unidad del Dolor



“Ser un hospital de tamaño medio favorece el trabajo multidisciplinar porque estamos cerca y el paciente puede ser visto por varios especialistas en tiempo real”

R. Hemos crecido mucho desde que se creó la unidad. Aunque nos han ido ampliando necesitamos más espacio y más profesionales, algo que estamos en vías de concretar y que en breve esperamos tener.

### P. ¿Cómo se desarrolla la colaboración con otras áreas del

### hospital y con el resto de profesionales del centro?

R. No se puede hablar de dolor si no es desde un punto de vista multidisciplinar. Por ejemplo, el psicólogo es fundamental en la unidad ya que nos obliga a ver al paciente de otra manera, más humanizada, desde el punto de vista del sufrimiento. Otros profesionales como los reumatólogos y los neurocirujanos —tenemos implantada una vía para el dolor neuropático central— también están muy implicados. El hecho de que sea un hospital de tamaño medio favorece esta colaboración porque estamos cerca unos de otros y el paciente puede ser visto por varios especialistas en tiempo real, lo que es muy práctico.

### P. ¿Qué papel desempeñan las nuevas tecnologías?

R. Aunque no tenemos completamente informatizada la historia clínica, que es otro punto de mejora, sí tenemos informatizado todo lo que se hace sobre el paciente. Las nuevas tecnologías son clave para las nuevas técnicas intervencionistas de la unidad (radiofrecuencia, neuroestimulación, etc.) que están aportando grandes mejoras en nuestros enfermos.

### P. ¿En qué líneas de investigación están trabajando?

R. Además de los ensayos clínicos patrocinados por la industria tenemos dos líneas de investigación en marcha. Una beca europea para un estudio epidemiológico en conjunto con Oncología para valorar el dolor neuropático oncológico, lo que nos va a permitir conocer cuáles son las herramientas diagnósticas más accesibles para el oncólogo para que esta patología sea detectada y tratada precozmente. Otro estudio con Neurofisiología y Farmacología para valorar el coste-eficacia de tratamientos en espalda fallida, un proyecto con psicólogos y psiquiatras para valorar simulación y otro con Neurofisiología sobre el punto exacto de lesión.

Porque no todas las crisis de dolor  
son iguales



Experiencia adaptada a cada crisis de dolor\*

- o Rápido inicio de acción<sup>1</sup>
- o Amplia experiencia en la práctica clínica<sup>2-8</sup>

\*Actiq<sup>®</sup> está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico.

 **ferrer** | Farma Hospital



**ACTIQ<sup>®</sup>**  
Fentanilo (citrate)



**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 Apartado 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 subóptima de Actiq® para el dolor irruptivo no se produjo 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 o 1600 microgramos). Debe llevarse un control riguroso del paciente hasta que se llegue a una dosis que permita la analgesia adecuada con unos efectos secundarios aceptables utilizando una sola unidad de dolor 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, sólo 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 médicos, 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. **Registro 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® en la hora de estudiar una suspensión 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 psicológica 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 CO<sub>2</sub>, como aquellos con un aumento constatado de la presión intracraneal 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 bradiarritmias. 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 tragado y disminuir su 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 dosis en pacientes con enfermedad hepática o renal moderada o grave. Se deberán tomar precauciones especiales 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, ketocarazol 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 inhibitoria 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, fenotiazinas, 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. paracetamol, 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 Apartado 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 menos que estos efectos adversos propios de los opiáceos cesen o disminuyen en intensidad con el uso continuado de Actiq®, o con el ajuste del paciente a la dosis adecuada. Deben preverse 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 también opiáceos con otros medicamentos, tales como morfina de liberación prolongada o fentanilo transdérmico, para su dolor persistente. De esta manera no es posible distinguir los síntomas de los efectos del Actiq® solo. Los efectos secundarios observados durante los ensayos clínicos con 659 pacientes que tomaban 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: ataxia, cefalea. Poco común: abdomen dilatado, dolor abdominal, lesión causal, efecto de resaca, estiposición. **Sistema cardiovascular** Poco común: hipertensión, legüecada, vasodilatación. **Sistema digestivo** Muy común: náusea/vómitos. Común: estreñimiento, dispepsia. Poco común: anorexia, queilitis, disfagia, eructación, flatulencia, gripitis, hemorragia en las encías, aumento salivación, obstrucción irreflexiva, ictericia, úlcera bucal, 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, parésia peribucal, reflejos disminuidos, delirio, despersonalización, depresión, labilidad emocional, euforia, alucinaciones, hipersensia, hipocinesia, miosis, estupor. **Sistema respiratorio** Común: disnea. Poco común: asma, hipoventilación, fangitis, 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 puede potencialmente a gran escala para respiración), depresión circulatoria, hipotensión y colapso. Debe efectuarse un seguimiento de los síntomas de depresión respiratoria en los pacientes con sobredosis. **Sobredosis** Los síntomas de sobredosis 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 significativo 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 sobredosis (inyección accidental) en una persona que nunca haya tomado opiáceos amoniormente, 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 (maltodextrina, propilenglicol, sabores artificiales y 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. **Naturaleza 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 termoforzado 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 padres y a las personas que les cuiden que mantengan todos las unidades fuera del alcance y de la vista de los niños y que deseche las unidades de Actiq® y los residuos de Actiq® con el medicamento utilizado. **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
- Chretien JM et al. Dose-titration, multicenter study of oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients using transmucosal fentanyl for persistent pain. Journal of Clinical Oncology 1998; 16(10):3238-3245.
- Farrar JT et al. Oral transmucosal fentanyl citrate: randomized, double-blind, placebo-controlled trial for treatment of breakthrough pain in cancer patients. Journal of the National Cancer Institute 1998; 90(16):1161-1166.
- Portney RK et al. Oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients: a controlled, dose-titration study. Annals of Internal Medicine 1999; 131(1):12-17.
- Coluzzi PH et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (ACT) and morphine sulfate immediate-release (MSIR). Pain 2001; 91(1):1-7.
- Payne R et al. Long-term safety of oral transmucosal fentanyl citrate for breakthrough cancer pain. J Pain Symptom Manage 2001; 22(1):575-581.
- Magrino 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.
- Tréls 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.



## HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA/UCI

# "Estos índices de calidad nos motivan para mejorar"

GM M. RASPAL  
Madrid

**Pregunta.** Su servicio ha sido finalista durante varios años ¿qué significa conseguir al fin este premio y qué cualidades cree que le han hecho merecedor de él?

**R.** Supone un reconocimiento a la labor de todo el servicio, pues intentamos hacer las cosas lo mejor posible. Hemos mejorado en muchos aspectos como en lo que se refiere a infecciones nosocomiales, que hemos conseguido reducir de forma drástica. Ha disminuido la sepsis y toda la infección relacionada con la estancia de los enfermos en el hospital, con el catéter o la ventilación mecánica mejorando la calidad de la atención a los enfermos y familiares.

**P.** Dado que se trata de una unidad de carácter multidisciplinar, ¿cómo se desarrolla la colaboración con otras áreas y profesionales?

**R.** Somos un servicio muy abierto y mantenemos una buena coordinación con otras áreas como Medicina Interna y Cirugía y contamos con unidades físicas que no sólo están en la UCI, como la de ventilación no invasiva, un proceso que se realiza en todo el hospital. También tenemos equipos de emergencia para atender en las plantas de hospitalización a enfermos que han estado en esta unidad o están en riesgo de pasar por ella.

**P.** ¿Qué le parece el sistema de valoración de los BiC?

**R.** La clasificación de ICAP® (Índice de Calidad Asistencial al Paciente) es una herramienta de mejora porque, una vez implantado por primera vez, nos motiva para intentar aproximarnos a ellos. Son índices que sí valoran con claridad lo que se hace en una unidad de intensivos y sin ellos no haríamos muchas cosas que ahora estamos teniendo en cuenta y mejorando.



**Gumersindo González**  
Jefe del Servicio de  
Medicina Intensiva



"Queremos ser una unidad lo más abierta posible. Es algo que en ocasiones cuesta pero que en el fondo nos beneficia, por lo que hay que convencer a los más reticentes"

**P.** ¿Qué necesidades demanda su servicio?

**R.** Estamos en un periodo difícil. El centro tiene 15 años de antigüedad y nuestra unidad presenta unas necesidades importantes relacionadas con la monitorización, pues los equipos están obsoletos, y el sistema informático, ya que

manejamos el Selene, que nos contacta bien con el resto del hospital, pero necesitaríamos un nuevo programa para la gestión del enfermo. Todo ello está previsto aunque aún nos mantenemos a la espera. En el área respiratoria, sin embargo, sí estamos bien dotados gracias a que somos una unidad que hemos trabajado mucho en ventilación mecánica y hemos sido pioneros en ventilación no invasiva. En cuanto a personal estamos más o menos equilibrados en el número de médicos, enfermeros y auxiliares.

**P.** ¿Cuáles son sus retos más inmediatos en relación con la calidad de la atención al enfermo?

**R.** Sobre todo nos planteamos mejorar la información y relación con los familiares y los propios pacientes, así como con el resto del hospital. Queremos ser una unidad lo más abierta posible. Es algo que en ocasiones cuesta trabajo pero que en el fondo nos beneficia, por lo que hay que convencer a los profesionales reticentes. También debemos seguir mejorando en la prevención de las infecciones intentando acercarnos al nivel 0, si es posible.

**P.** ¿Cómo se implica el personal en esta labor?

**R.** Impartimos formación específica sobre cómo, dónde y cuándo dar malas noticias. La unidad de trasplantes también hace cursos para ello. Se trata de consensuar la información.

**P.** ¿Cómo miden el grado de satisfacción de los pacientes?

**R.** Realizamos encuestas a pacientes y familiares. De hecho, recientemente participamos en una a nivel europeo en la que se medía precisamente este grado de satisfacción. Los resultados indican que estamos mejorando, no todo lo que nos gustaría porque necesitamos trabajar de forma continua sobre ello ya que las particularidades de cada persona implican que los resultados no sean tan buenos como podrían ser. Con estos datos haremos evaluaciones periódicas que nos ayudarán a mejorar.

## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA RIBERA, MEJOR SERVICIO DE NEFROLOGÍA

# "El reto es acceder a la autogestión de los recursos"

GM TONI MARTÍNEZ  
Alzira

**Pregunta.** ¿Qué significa para su unidad este reconocimiento?

**R.** Cualquier reconocimiento del buen funcionamiento de la unidad es siempre bienvenido. Pero en este caso lo es mucho más, tanto porque se realiza desde una entidad sumamente prestigiosa, como por haber logrado la máxima consideración en competencia con otros servicios afamados de todo el Estado español.

**R.** ¿Cuáles son las patologías que más atienden y cuál es su carga asistencial?

**R.** La enfermedad renal crónica, en sus diferentes estadios, es la patología más frecuente y la que requiere más recursos asistenciales, con especial hincapié en la derivada de la diabetes mellitus. La carga asistencial es, como en cualquier servicio de Nefrología de nuestro entorno, muy elevada. Atendemos regularmente una población que supera los 260.000 habitantes, con picos estacionales muy marcados por nuestra ubicación geográfica. Nuestra población dialítica es de 180 pacientes, en distintas modalidades terapéuticas. La atención a diálisis y las consultas externas suponen cerca del 80 por ciento de toda nuestra actividad.

**P.** ¿Qué punto fuerte destacaría del servicio?

**R.** La cohesión grupal, sin ninguna duda. Independientemente de estamentos y tipologías administrativas —nuestro servicio está integrado tanto por profesionales con estatuto laboral público como por otros con contratos de gestión privada— nuestra principal fortaleza nace de haber interiorizado el sentimiento de responsabilidad grupal.

**P.** ¿Cómo ha cambiado la relación con el paciente en los últimos años?



**Miguel Ángel Candell**  
Jefe de la Unidad de  
Nefrología



"La relación profesional y paciente se establece desde la corresponsabilidad y la capacidad para decidir de manera conjunta y consensuada entre ambos"

**P.** ¿Cómo se relaciona el trabajo asistencial con la investigación clínica y básica?

**R.** En nuestro servicio tenemos abiertas dos grandes líneas de investigación: una centrada en las nuevas modalidades terapéuticas, como la hemodiálisis larga nocturna, en la que somos pioneros desde hace más de seis años; y otra enfocada a la gestión asistencial y de costes en el diagnóstico y seguimiento del paciente nefrológico ambulatorio.

**P.** ¿Cuáles son los retos a afrontar en los próximos años?

**R.** Nuestro plan estratégico se va cumpliendo según los plazos establecidos: aplicación de todas las modalidades de tratamiento sustitutivo, potenciación de técnicas dialíticas peritoneales, elaboración de mapas de procesos y subprocesos, acercamiento de la Nefrología al ámbito extrahospitalario... Pero quizás el verdadero reto futuro, una vez establecida la filosofía de la calidad y la búsqueda de la excelencia, consista en acceder a la autogestión integral de los recursos, con responsabilidades que competan a todos los grupos profesionales que desarrollan su labor en el servicio.



## ■ HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA, MEJOR UNIDAD DE DIABETES

## “Es fundamental la participación activa del paciente”

GM TONI MARTÍNEZ  
Valencia

La Unidad de Diabetes del Hospital Universitario La Fe está acreditada por la Generalitat Valenciana como hospital de referencia para tratar esta enfermedad desde el año 1996. En la actualidad tienen acreditación docente: con formación pregrado (2 profesores asociados), posgrado y MIR. Por segundo año consecutivo ha conseguido el Premio Best In Class en su categoría, un galardón que sus responsables ven como un incentivo a pocas semanas de que comiencen el traslado hacia el nuevo hospital.

**Pregunta. ¿Qué significa haber recibido por segundo año consecutivo este premio?**

Respuesta. Para nuestra unidad se trata de un doble motivo de satisfacción. En primer lugar, el galardón confirma que estamos haciendo las cosas bien y que no fue casualidad la obtención del premio en el año anterior. Y, en segundo, este reconocimiento nos anima a seguir en esta dirección.

**P. ¿Cuál es su opinión respecto a la forma de valoración de los Premios BiC?**

R. Considero que es una metodología sobradamente testada y que está avalada por una universidad, por tanto, con total validez.

**P. ¿Qué les pide el paciente que acude hasta la unidad de diabetes?**

R. El paciente nos pide fundamentalmente colaboración en el tratamiento y control de su enfermedad. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica en la que es fundamental la participación activa del paciente y uno de los retos para los profesionales que atendemos a estos pacientes (médicos y enfermeras) es saber transmitir al paciente este mensaje y formarlo adecuadamente en este sentido.



**Juan Francisco Merino**  
Jefe de la Unidad  
de Diabetes



“Las nuevas tecnologías han de llegar a la medicina y la diabetes como enfermedad crónica que es, posiblemente sea una de las que más se beneficiará de ella”

**P. ¿Qué nuevos servicios pueden demandar los pacientes? Hablamos de aspectos como la telemedicina y cómo va a cambiar la relación paciente/unidad...**

R. Evidentemente, las nuevas tecnologías han de llegar a la medicina y la diabetes como enfermedad crónica que es, posiblemente sea una de las que más se beneficiará de ella. En este sentido se están desarrollando nuevas líneas de trabajo en esta dirección y en breve esperamos ponerlas en práctica.

**P. ¿Cómo es la relación con los centros de salud y la atención primaria?**

R. Desde nuestro punto de vista en la actualidad son adecuadas. Nosotros realizamos reuniones periódicas y tenemos protocolizadas varias vías clínicas que tratamos de tener actualizadas. Evidentemente, todo es mejorable, y este es un punto en el que debemos seguir profundizando.

**P. ¿Qué aspecto más importante destacaría como punto fuerte de su unidad?**

R. En primer lugar su juventud y en segundo lugar, la

identificación de todo el personal con el proyecto de la unidad, pero también con el servicio y con el hospital.

**P. ¿Y qué aspectos deberían mejorarse?**

R. Sin duda nuestro próximo objetivo debe llevar dos líneas claras: por un lado potenciar la interrelación con la atención primaria y por otro lado potenciar el uso de la telemedicina en la atención al paciente diabético.

**P. ¿Cómo va a afectar el traslado al nuevo hospital a su servicio asistencial?**

R. Indudablemente se trata de un hito muy importante en la historia de nuestro hospital y sin duda nos afectará. Pero desde mi punto de vista va a ser claramente positivo, ya que mejoramos en tecnología y en diseño. No olvidemos que el actual hospital se diseñó hace más de 40 años y, entonces, la medicina se practicaba de manera muy distinta.

**P. ¿Y a la organización de la misma unidad?**

R. Sin duda hemos de saber aprovechar el traslado a la nueva Fe para optimizar los recursos humanos y los espacios, y en esa tarea estamos inmersos ahora.

## ■ HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN, MEJOR SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

## “Estamos abiertos a colaborar con otras especialidades”

GM JAVIER GRANDA  
Barcelona

**Pregunta. ¿Qué destacaría del servicio que dirige?**

Repuesta. Es un servicio estándar, similar al de cualquier otro hospital relativamente grande, de tamaño medio. El Hospital General de Castellón es el más importante de la provincia y de referencia para muchas actividades. La manera en la que se ha ido desarrollando nuestro servicio a lo largo de todos estos años se caracteriza por asumir una serie de patologías que no es convencional.

**P. ¿Cuál, por ejemplo?**

R. La infección por el VIH. Nuestro servicio, desde hace muchos años, sigue a la inmensa mayoría de los pacientes de toda la provincia, pese a que hay otros hospitales. El servicio que hemos dado aquí probablemente les ha venido bien a los pacientes, justamente porque hemos estado muy abiertos a recibirlos. Y los pacientes han continuado acudiendo indefinidamente. En principio esto podría pensarse que es un inconveniente, porque hay más volumen de actividad, pero nos ha permitido desarrollarnos en el sentido de la investigación clínica, porque son un grupo homogéneo y hemos publicado bastante en revistas internacionales.

**P. Ustedes están volcados en revistas internacionales de alto factor de impacto...**

R. No es normal que un servicio de un tamaño como el nuestro y que esté en una ciudad que no sea Madrid, Barcelona o incluso Valencia publique tantos artículos como hemos conseguido publicar nosotros en este tiempo.

**P. También son referencia en patología cardiovascular...**

R. Sí, en estos últimos años hemos apostado por desarrollarnos mucho en patología cardiovascular y hemos creado un par de consultas específicas de este tipo y hemos introdu-



**Bernardino Roca**  
Jefe del Servicio de  
Medicina Interna



“La Consejería de Sanidad nos ha reconocido como uno de los 30 equipos de la comunidad que más han publicado en revistas internacionales”

cido técnicas que se suelen utilizar en este campo como un registro monitorizado de la presión arterial o el registro de la medición de la presión arterial en el tobillo y en el brazo que también tiene cierto interés. Y en este terreno también nos estamos empezando a caracterizar por publicar artículos y

trabajos en revistas internacionales de nivel relevante.

**P. ¿Han recibido felicitaciones?**

R. Sí, bastantes. Y además del Premio BiC hemos recibido otro premio de la Consejería de Sanidad por el que han reconocido a nuestro equipo como uno de los 30 de la Comunidad Valenciana que más artículos han publicado en revistas internacionales, pero no ya de medicina interna, sino de todas las especialidades, incluidas las especialidades quirúrgicas y los centros de investigación de primer nivel que se dedican a ello en exclusiva. Nos codeamos con servicios que se dedican exclusivamente a investigar. Y nosotros, un poco por afición y un poco por interés particular, también hemos conseguido un lugar relevante en este sentido.

**P. ¿Cuáles son sus objetivos más destacados?**

R. Nuestro objetivo es asumir todo tipo de patología que pueda presentarse en el hospital y nos ofrecemos donde vemos que hay deficiencias para colaborar como, por ejemplo, en Urgencias en los ingresos de pacientes. También en un área de salud alejada del hospital, un doctor se desplaza a pasar consulta. Tenemos un plan de futuro en pacientes quirúrgicos pluripatológicos con fractura de cadera y múltiples enfermedades y patología de fondo que impide que puedan ser operados con rapidez. Y estamos abiertos a más acciones en este sentido relacionadas con la especialidad, siempre que las podamos asumir.

**P. ¿Cómo está organizado el servicio?**

R. Yo soy el jefe de servicio y tenemos dos jefes de secciones, uno que se dedica fundamentalmente a infecciones y otro a medicina interna general. Y tenemos seis adjuntos, más dos residentes de medicina interna y unas 20 enfermeras. Dependen también del servicio, pero de forma orgánica aunque son autónomos, otros servicios como Neurología, Neumología, Endocrinología o Reumatología.

MUY PRONTO LA NUEVA **RESPUESTA DE FAES FARMA**

PARA EL TRATAMIENTO DE LA **DIABETES TIPO 2**

**RIS**ponder DESDE **FAES FARMA** PARA

**RESTABLECER EL EQUILIBRIO** EN EL TRATAMIENTO DE

LA **DIABETES TIPO 2** **RIS**tablecer MUY PRONTO

**EL CONTROL GLUCÉMICO, CON UN BAJO RIESGO**

**DE HIPOGLUCEMIAS Y SIN AUMENTO DE PESO**

EN EL TRATAMIENTO DE LA **DIABETES TIPO 2**

**RIS**olver

MUY PRONTO LA SOLUCIÓN PARA  
**MEJORAR EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2**



## ■ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, MEJOR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

# "Internet disminuye el estigma de estos trastornos"

GM M. RASPAL  
Madrid

**Pregunta.** ¿Cómo valora este premio y qué aspectos destaca de su servicio?

R. Respuesta. Es un reconocimiento al esfuerzo realizado pese a las limitaciones que tenemos y un acicate más para continuar con nuestra labor e intentar mejorarla. El trabajo en equipo y la sintonía entre sus miembros son los principales activos.

**P. ¿Qué aspectos son aún susceptibles de mejora?**

R. Las líneas de investigación que hoy por hoy no se han podido desarrollar como deseáramos ya que estamos altamente implicados en la labor asistencial y docente.

**P. ¿Qué necesidades demanda su servicio?**

R. Recursos intermedios, ya que para nuestra población sólo disponemos de ocho camas de media estancia, claramente insuficientes para dar cobertura a aquellos pacientes con patologías resistentes añadidas a la problemática social y familiar de muchos de ellos. Hay que tener en cuenta que es una unidad de hospitalización breve y, por lo tanto, no los podemos abordar adecuadamente ya que debemos mantener una estancia media acorde con una unidad de agudos. Por otra parte, es muy necesaria la creación de un hospital de día infantil, ya que este tipo de población es muy numerosa en nuestra unidad y cuando deben realizar grandes desplazamientos muchas familias se niegan, lo que repercute en la evolución del cuadro psiquiátrico. También es muy necesario un segundo hospital de día de adultos —el que tenemos se encuentra saturado— que nos facilitaría dar altas más precoces desde la unidad de agudos.

**P. ¿Cuáles son sus retos a corto plazo en relación con la calidad de la atención al paciente?**

R. Hoy por hoy nos podemos sentir satisfechos con el trabajo



**Berta Ríos Rial**  
Jefa del Servicio  
de Salud Mental

"Necesitamos recursos intermedios para dar cobertura a todos los pacientes con patologías añadidas a la problemática social y familiar de muchos de ellos"

realizado, como se ha puesto de manifiesto con las sucesivas certificaciones ISO en los últimos cinco años. En el futuro continuaremos mejorando la calidad con las nuevas recertificaciones, logrando la protocolización de todas las actividades del servicio y la mejora de las ya establecidas.



**P. ¿Cómo se desarrolla la colaboración interprofesional?**

R. A través de las comisiones de docencia, asistencia, rehabilitación, urgencias y con los representantes de los usuarios, así como con reuniones con profesionales de Salud Mental.

**P. ¿Qué función están desempeñando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)?**

R. La informatización de la historia clínica y la digitalización de las imágenes en nuestro servicio han permitido un trabajo más rápido y eficaz, así como una mejor coordinación con otros profesionales, tanto dentro como fuera del hospital. Por otra parte, la posibilidad de realizar tratamientos virtuales permite y hace más asequibles las intervenciones terapéuticas. A su vez, reseñar que a través de Internet se ha facilitado la divulgación, por tanto, el conocimiento acerca de la población psiquiátrica, disminuyendo el estigma que todavía está ligado a estos trastornos.

**P. ¿En qué líneas de investigación están trabajando?**

R. En la unidad de trastornos de conducta alimentaria (UTCA), de reciente creación, se han puesto en marcha varias líneas como el estudio de los resultados que se obtienen a través de las psicoterapias de grupo —psicoeducación, terapia interpersonal/cognitivo conductual y terapia de padres—, a través de protocolos y test realizados a los pacientes antes del inicio y un año después de realizadas. Destacan los tratamientos virtuales o el diván *on line*, asentado en Reino Unido y EEUU y que se está iniciando en Zaragoza con el tratamiento de la depresión. El paciente se conecta en casa, y a través de *e-mail* o *chat*, recibe cinco sesiones semanales junto con la llamada semanal de su terapeuta. Tras un año, se realizará una comparativa entre el tratamiento virtual y convencional. En el resto del servicio se investigan patologías y casos relevantes que puedan suscitar un especial interés clínico y que se materializan con publicaciones en revistas y comunicaciones en congresos.

## ■ PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD DEL CATSALUT, PREMIO A LA MEDICINA PERSONALIZADA

# "Hay que seguir buscando fórmulas de financiación"

GM R. BUENO  
Barcelona

El Premio Best In Class en el área de Medicina Personalizada reconoce en su primera edición la labor del Programa de Evaluación, Seguimiento y Financiación de Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad del Servei Català de la Salut, cuyo objetivo fundamental es el uso racional de los medicamentos para terapias minoritarias.

**Pregunta.** A día de hoy, ¿qué balance realizan del desarrollo del Pasftac?

R. Respuesta. Se trata de un balance muy positivo. El programa está dando respuesta a los motivos que propiciaron su creación en el Servei Català de la Salut en el año 2008.

**P. ¿Dónde cree que reside su éxito?**

R. El éxito del programa reside en múltiples factores. Uno de ellos es su génesis, al surgir de la voluntad de favorecer el acceso equitativo y eficiente de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad (dadas las condiciones existentes: mucha incertidumbre; pocos pacientes y elevadísimo coste) en el ámbito del CatSalut. En su implantación ha sido decisivo el compromiso de la institución sanitaria y de las personas que forman parte de las diferentes comisiones creadas en el seno del programa, destacando su grado de participación con el mismo y su capacidad para trabajar conjuntamente aportando diferentes puntos de vista. Entre todos, han conformado un equipo multidisciplinar con una implantación holística que permite considerar las perspectivas de los distintos agentes del sistema: clínicos, gestores, investigadores, pacientes... Por último, hay que resaltar la transparencia de todo el proceso, de los informes y dictámenes. Toda la información puede consultarse en la web del CatSalut en la siguiente dirección: <http://www10.gen->



**Antoni Gilabert**  
Gerente de Atención Farmacéutica del  
CatSalut

"Queremos manifestar nuestra absoluta disponibilidad para poner a disposición de otras instituciones los resultados del programa con el fin de optimizar recursos"

[cat.net/catsalut/cat/prov\\_farmacia.htm](http://cat.net/catsalut/cat/prov_farmacia.htm).

**P. ¿Qué dificultades han encontrado durante su desarrollo y puesta en marcha?**

R. Destacaría las dificultades vinculadas al elevado grado de incertidumbre de muchos de estos medicamentos, por lo

que emitir recomendaciones se ha constatado como una tarea ardua y compleja. Además, es relevante mencionar la dificultad en la puesta en marcha de registros de pacientes y fórmulas para la provisión y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad.

**P. ¿Valoran cambios o añadidos en el funcionamiento del programa? ¿Qué previsiones tienen?**

R. Aún llevamos poco tiempo. El programa está dando sus primeros pasos y tiene que seguir creciendo sobre todo en lo que se refiere a la búsqueda de fórmulas de provisión y financiación para este tipo de medicamentos. En un entorno tan cambiante, sería un error pensar que ya está todo hecho y caer en la autocomplacencia.

**P. ¿Qué les diferencia del resto de programas puestos en marcha en el mismo ámbito?**

R. En cuanto a lo que se refiere a evaluación de medicamentos hay muchas iniciativas exitosas en marcha, tanto en el ámbito local como en el internacional. Sin embargo, no conocemos la existencia de otros programas específicamente dirigidos a medicamentos de alta complejidad que, además, incluyan el seguimiento de los resultados en salud y la identificación de mecanismos específicos para su provisión y financiación. En este sentido, también queremos manifestar nuestra absoluta disponibilidad y voluntad de compartir nuestra experiencia y poner a disposición de otras instituciones los resultados del programa tales como los informes y dictámenes, con el fin de aunar esfuerzos y optimizar los recursos en aras de la eficiencia.

**P. ¿Cómo valoran este reconocimiento?**

R. Como se puede imaginar, estamos muy satisfechos y agradecidos por este reconocimiento que esperamos compartir muy pronto con todos los integrantes del Programa de Medicamentos de Alta Complejidad.

Premio  
fuera de  
concurso



Ferrer inCode le ayuda en la toma de decisiones clínicas más fiables para sus pacientes de forma individualizada, a través de servicios de biotecnología avanzada.

[www.ferrerincode.com](http://www.ferrerincode.com)  
[customerservice@ferrerincode.com](mailto:customerservice@ferrerincode.com)



□ OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE ANDALUCÍA, PREMIO A LA SEGURIDAD CLÍNICA

## “El avance en higiene de manos ha sido espectacular”

GM R. BUENO  
Sevilla

**Pregunta.** Desde su creación, ¿cómo ha evolucionado el Observatorio para la Seguridad del Paciente?

Respuesta. Podríamos calificar el balance casi como espectacular. Creo que el observatorio ha tenido un desarrollo en los últimos tres años tras el que se ha posicionado en estos momentos como un referente en el campo nacional y también en el campo internacional en el área de la lengua castellana. Se ha convertido en una referencia útil para el desarrollo de herramientas de seguridad del paciente en el entorno sanitario.

**P. ¿Qué resultados prácticos ha tenido esta estrategia de seguridad?**

R. Andalucía es la primera comunidad que tiene una estrategia concreta de seguridad del paciente: ha puesto en marcha diferentes acciones muy ligadas a la estrategia de la Alianza Mundial de Seguridad del Paciente de la OMS, fundamentalmente priorizando todo lo que se incluye en el área de higiene de manos, donde se ha realizado un trabajo excelente. Ahora mismo tenemos una red de más de 500 centros enganchados al observatorio que han llevado a cabo un proceso de autoevaluación en cuanto a su estrategia en este ámbito. Se han incorporado más de 300 áreas de mejora que suponen un impulso sustancial en la priorización de la higiene de manos. Además, esta red ha dado un salto a Suramérica, donde ya tenemos acuerdos con Colombia, Chile, Argentina y México. Por otro lado, somos centro de referencia de la OMS en lengua castellana en todo lo relacionado con la estrategia de cirugía segura salva vidas: fuimos el observatorio que hizo la primera traducción al castellano de *check list* de seguridad quirúrgica. Hemos desarrollado también un



Premio fuera de concurso

**Antonio Torres**  
Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

“Los resultados han superado nuestras expectativas porque el tema de la seguridad del paciente está calando en los últimos años en la cultura profesional”

*check list* para cirugía menor en atención primaria, lo que supone una novedad a nivel internacional.

**P. ¿De todas estas iniciativas, cuál destacaría como más novedosa?**

R. Sin duda, todo el trabajo que se ha hecho en higiene de

manos, creo que ahí el avance ha sido espectacular. El *check list* de verificación quirúrgica también es otro elemento del que nos sentimos muy satisfechos porque hay un grado de implantación muy importante. Nos hemos centrado en estas áreas porque eran las prioritarias para la OMS.

**P. Éstos son entonces los principales problemas que afectan a la seguridad del paciente...**

R. El primero y más básico es la higiene de manos: parece algo simple, pero hay estudios internacionales que demuestran que con una adecuada higiene de manos se reducen drásticamente las infecciones nosocomiales. Por lo tanto, esto tiene un efecto importante en todos los elementos de seguridad del paciente: podemos decir que es una estrategia base que conlleva después una serie de beneficios en otros elementos de seguridad. Asimismo, el uso seguro del medicamento también es un elemento sobre el que estamos trabajando en estos momentos, sobre todo en los temas de conciliación de medicamentos entre atención primaria y atención hospitalaria.

**P. ¿Cuál ha sido la mayor traba en estos trabajos?**

R. El Observatorio y la Estrategia de Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud intentan impulsar cambios culturales en las organizaciones y esto siempre es complicado porque la resistencia al cambio es importante. Aquí ha habido que hacer un esfuerzo de concienciación muy persistente. En cualquier caso, creo que la respuesta ha estado por encima de nuestras expectativas porque el tema de la seguridad del paciente está calando en los últimos años de forma muy clara en la cultura profesional. Creo que esos cambios se están produciendo: hemos tenido que llevar a cabo mucho trabajo de formación poniendo en manos de los profesionales herramientas fáciles, pero yo creo que al final lo estamos consiguiendo.

□ PROYECTO “CONSÚLTENOS”, MEJOR PROYECTO DE INNOVACIÓN Y GESTIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA

## “Hay errores de medicación por duplicidad y omisión”

GM IRENE FERNÁNDEZ  
Madrid

Un pionero programa de conciliación al alta hospitalaria ha conseguido el primer premio al Mejor Proyecto de Innovación y Gestión en Farmacia Hospitalaria en España 2010, debutando como ganador en la primera edición del galardón promovido por la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria, suscrita entre la Universidad Rey Juan Carlos y Janssen Cilag. “Consúltenos” — así se llama el proyecto desarrollado desde 2006 en 12 hospitales de la Comunidad Valenciana — se ha convertido en un referente nacional.

**Pregunta.** Con este proyecto se evitan los efectos adversos por discrepancias o errores tras el alta hospitalaria. ¿no?

Respuesta. Así es. Es un programa que trata de hacer una información al alta hospitalaria directa al paciente pero, además, integrar toda la información de que se dispone. En el momento del alta se hace una integración del tratamiento crónico que el paciente llevaba en su domicilio antes del ingreso, con la información procedente del informe de alta. Se hace una integración de las dos informaciones.

**P. ¿Qué metodología han empleado?**

R. La básica consiste en una entrevista al ingreso del para ver cuál es la medicación crónica que el paciente tomaba. Después, se hace otra y se le explica cómo medicarse, los posibles efectos adversos, y se le da una información escrita y gráfica con la programación horaria de los fármacos.

**P. ¿Cuáles son los hallazgos más representativos?**

R. Que se producen errores de medicación por duplicidad o omisión, que pueden ser salvados con este programa.

**P. ¿Cuántos errores han podido evitar?**

R. De mayo de 2006 a mayo de este año se han atendido



Premio fuera de concurso

**Teresa Aznar**  
Coordinadora del Grupo de Trabajo del Proyecto “Consúltenos”

más de 35.000 pacientes y se han detectado alrededor de 6.500 problemas relacionados con los medicamentos, que han requerido la actuación del farmacéutico para su resolución. Los más numerosos han sido problemas de indicación, seguidos de los de seguridad (sobredosificaciones...).

**P. ¿Cómo ha sido el grado de satisfacción del paciente?**

R. Muy elevado. En un *ranking* sobre 5 se alcanzaron notas de 4,6 y 4,8. Además, a lo largo del programa se está en contacto también con los pacientes, que están encantados. Algunos vuelven después del alta para que se les actualice la información cuando les cambian la medicación. Eso sí que es una gran satisfacción para todos los profesionales.

**P. ¿Y qué supone ahora este reconocimiento?**

R. Es una alegría porque el proyecto nos ha dado muchas satisfacciones personales y profesionales pero, así, se reconoce públicamente que estamos haciendo las cosas bien.

**P. ¿Prevén ampliar el proyecto?**

R. El proyecto en su momento fue pionero en España. Nació con cuatro hospitales financiado por la Consejería de Sanidad valenciana a través de la Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria y, después, se amplió a 12. Pero desgraciadamente, la consejería ha parado la financiación, no sé si por recortes o porque pretende hacer cambios.

**P. ¿Y no hay ninguna expectativa para poder continuar?**

R. Cada hospital trata de continuarlo en la medida de sus posibilidades. La financiación acabó en mayo y se pensaba hacer a través de un concierto externo, pero está paralizado.

**P. No obstante, es un modelo a seguir ya.**

R. Sí. Hay una amplia experiencia, tenemos un manual de procedimientos que saldrá publicado próximamente y son conocimientos que pueden servir a otros grupos.

### Ramón y Cajal, 2º premio

La Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria concedió también un segundo premio que recayó en el proyecto “Análisis del Proceso de Prescripción, Validación y Dispensación de Medicamentos y Detección de Errores” del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. El objetivo del mismo consiste en analizar el proceso de prescripción, validación y dispensación de fármacos mediante la aplicación de un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), y definir medidas de mejora.



# Más que calidad, excelencia

ROCHE, Patrocinador del Premio BiC  
en Seguridad Clínica.



Porque la búsqueda de la excelencia  
es nuestro objetivo y la salud  
nuestra razón de ser.

Afianzamos nuestro compromiso  
con los pacientes colaborando con  
los Gestores Sanitarios en proyectos  
de **Seguridad del Paciente** que  
impulsen prácticas clínicas seguras.



*Innovación para la salud*





# Gala de entrega de la V Edición



Tom Cavanaugh, director general de Celgene; Manuel Moreno, director general de Baxter; Luis Mora, director general de PharmaMar; y Roberto Úrbez, director general de Gilead, durante la comida recepción de los premios.



Sagrario Pérez, secretaria general de Sanidad gallega; Santiago de Quiroga, pte. editor de Gaceta Médica; Julio Zarco, pte. de Semergen; Sergio Montero, director gral. de Sanofi Pasteur MSD; y Esteban Plata, director general de Abbott.



Sergio Montero y Esteban Plata conversan momentos antes de la comida recepción de esta quinta edición de los Premios Best In Class.



Javier Castrodeza, director general de Salud Pública e I+D+i de Sacyl; Ramón Frexes, RR.II. de Janssen; y Yann Gaslain, dir. comercial de Warner Chilcott.



Santiago Almazán (Merck Serono), Santiago del Gallego (Bayer), Bernardino Roca (Medicina Interna General de Castellón) y Guillermo Ferrán (Dpto. Salud).



Santiago de Quiroga, presidente editor de GM, y Ángel Gil, director de la cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la URJC, con Sagrario Pérez Castellanos, Julio Zarco y Toni Gilabert, presidieron la ceremonia de entrega de premios, que congregó en el Palacio de Congresos de Santiago a más de 450 personas.



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



Antonio Alemany (dir. gral. AP Madrid), M. Luisa Gómez (Adelfas), José M. Blanco y Olga Castaño (Valle de la Oliva).



Los asistentes se interesaron por el último número de GACETA MÉDICA. En la foto, Josep Maria Gatell, del Servicio de Infecciosas del Hospital Clínic.



Olga Rivera, viceconsejera de Ordenación y Cooperación Sanitaria del Gobierno Vasco, y José Clérigos, director general de Farmacia de Valencia.



Ángel Gil, Sagrario Pérez Castellanos y Santiago de Quiroga intercambian ideas antes del comienzo de la ceremonia de entrega de premios.



Área Digestiva

# Opiren<sup>®</sup> flas 30mg

Lansoprazol comprimidos bucodispersables

EFICACIA POR LA VÍA RÁPIDA

Para tratar la ERGE,  
necesita **EFICACIA**



Soluciones pensando en ti

[www.solucionesalmirall.com](http://www.solucionesalmirall.com)







# 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.**





# Gala de entrega de la V Edición



Santiago de Quiroga agradeció a los finalistas su participación y a los patrocinadores su apoyo en esta quinta edición de los Best In Class.



Durante la gala se reconoció a Ana Pastor, coordinadora de Política Social del PP y ex ministra, su liderazgo en la cohesión y calidad del SNS.



Noemi Castro, con Sagrario Pérez Castellanos, durante el reconocimiento a la consejera gallega Pilar Farjas por la Escuela de Salud para ciudadanos.



El equipo de Previsión Sanitaria Nacional (PSN), con su presidente, Miguel Carrero, a la cabeza, no quiso perderse el evento.



José María López Alemany, director general editorial de Contenidos; Antonio Alemany, director general de Atención Primaria de Madrid; Sagrario Pérez Castellanos, secretaria general de Sanidad de Galicia; y Santiago de Quiroga, presidente editor de GACETA MÉDICA.



Julio Zarco, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, con Antonio Alemany, director general de AP de Madrid.



Manuel Constenla, Susana Cerqueiro, José A. Ortigueira, José M. Glez, de los hospitales de Pontevedra y Salnés, con Mercedes Carreras, de Sanidad.



Margarita Iniesta, de Celgene, y Toni Gilibert, gerente de Atención Farmacéutica del Servicio Catalán de la Salud.



Adrián Alegre, jefe de Hematología; Concepción Pérez, jefa de Dolor; y el gerente Miguel Ángel Andrés, todos de La Princesa.



Patricia Suárez, Fernando García Alonso, Manuel López y José Luis Miró, de Ferrer, con Manuel Martínez y Margarita Garrido, de Gendiag.



El equipo del Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, que recibió los premios al Mejor Hospital y Mejor Servicio de Hematología y Hemoterapia.



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 V Edición



Jaume Gari, Francisco Marí y Juan Beneján, director médico, gerente y jefe de Urología del Hospital de Manacor.



El equipo al completo del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, que recibió el Premio BiC ex aequo en la categoría de VIH, así como una mención especial en la categoría de servicio de Psiquiatría.



Paloma García del Moral, directora comercial de Contenidos en Barcelona; Juan Blanco, de Bayer; Lola Gómez (Contenidos); y Lucía Barrera (*Estar Bien*).



Iñigo Fernández, de RR.II. de Servier; Rosa Luna Sánchez, de Faes Farma; y José Luis Poveda, jefe de Farmacia Hospitalaria de La Fe.



Berta Ríos, jefa de Salud Mental de Móstoles, con Álvaro Rogado y David Beas, director de Oncología y director comercial de Merck Serono.



Ramón Frexes (Janssen), Javier Castrodeza (Salud Pública e Investigación de Castilla y León), Roberto Flores (Janssen) y la viceconsejera vasca Olga Rivera.



Isabel Vallejo (Junta directiva de FEFE), Jesús Díaz (relaciones institucionales de Contenidos) y José Clérigos, director de Farmacia de la C. Valenciana.



Haydée Aranda, de IMS Health; Luis Sangil, director general comercial de Contenidos; y Carmen Navarro, de IMS Health.



Francisco Parras (Roche), Gustavo Suárez (Estrategia de Seguridad de Andalucía), Vicente Santana (Calidad Andalucía) y Javier Crespillo (Roche).



Santiago del Gallego, RR.II. de Bayer; Manuel Moreno, director general de Baxter; y Ana Ciguéñas, de Comunicación de Baxter.



Letizia Lupini, jefa de Comunicación de la Alianza General de Pacientes; José García, subdirector de *Gaceta Médica*, y Lucía Barrera, subdir. de *Estar Bien*.



# El medicamento, clave en el manejo de las enfermedades



Sólo en  
**GACETA MÉDICA**

MEDICINA ■ INVESTIGACIÓN

Nuevo suplemento mensual sobre el medicamento  
y su gestión en el ámbito hospitalario



La motivación y estímulo  
del Sistema Nacional de Salud

**BiC**<sup>®</sup>  
V Premios Best In Class



**GACETA MÉDICA**  
MEDICINA ■ INVESTIGACIÓN



Quieren agradecer el gran éxito cosechado en los V Premios BiC

# Gracias

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

■ A las entidades colaboradoras:

■ Mejor Hospital

**Baxter**

■ Atención Primaria

**Boehringer Ingelheim**

■ Neurología

**ADAMED**

■ Cardiología

**SERVIER**

■ Traumatología

**Almirall**

■ Oncología

**MERCK SERONO**

■ Medicina Preventiva y Salud P.

**sanofi pasteur MSD**

■ Unidad de Dolor

**ferrer** | Farma Hospital

■ Hematología y Hematoterapia

**Celgene**

■ Pediatría

**sanofi pasteur MSD**

■ Psiquiatría

**Janssen**

■ Reumatología

**Abbott**  
A Promise for Life

■ VIH/SIDA

**GILEAD**

■ Farmacia

**Bayer HealthCare**  
Bayer Schering Pharma

■ Investigación e Innovación

**Pharma Mar**  
Grupo Zileta

■ Seguridad Clínica

**Roche**

■ Unidad de Diabetes

**FASE FARMA**  
www.fase.es

■ Ginecología

**WG WARNER CHILCOTT**

■ Neumología

**HYCONED** | **MSD RESPIRATORIO**

■ Medicina Personalizada

**ferrer**

■ A todos los centros sanitarios que presentaron sus candidaturas en 2010.

■ A las sociedades científicas que colaboran con los Premios.

■ A la:

**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

■ Al apoyo de:

**fundamed**  
Fundación de Estudios del medicamento y productos sanitarios

Reportaje Fotográfico de la gala en

**facebook**

[www.facebook.com/premiosbic2010](http://www.facebook.com/premiosbic2010)

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

## Enhorabuena a todos los ganadores