


# carbueros *salud*

Publicación de Carbueros Médica | Otoño 2005 | Número 1

## Carbueros Médica ya es laboratorio farmacéutico

- 
- 4** EN PROFUNDIDAD: Presentación del Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño  
Artículo de Joaquín Durán-Cantolla
- 6** Uno de cada cuatro pacientes con exacerbaciones de EPOC puede recibir hospitalización a domicilio



Avda. Matapiñonera, 9  
28700 San Sebastián  
de los Reyes (Madrid)  
info@carburosmedica.com

## EQUIPO EDITORIAL

Begoña Sánchez  
93 290 08 96  
sanchez.pablo@carburos.com

Paul García Oteyza  
91 657 95 79  
garciap2@carburos.com

PRODUCCIÓN  
Custommedia, S.L.  
Tel. 93 419 51 52

# Nace carburos *salud*

Es para mí una enorme satisfacción participar en el nacimiento de este nuevo medio de comunicación, *Carburos Salud*, una herramienta que hemos creado con el objetivo de mejorar la información y fortalecer la comunicación con nuestros clientes y colaboradores más cercanos.

En nuestro afán por ofrecer constantemente nuevas e innovadoras soluciones en el sector de la sanidad, y gracias a nuestra larga experiencia, estamos plenamente con-

vencidos de que *Carburos Salud* será un canal de referencia en nuestra área.

Aprovecho estas páginas para agradecer el apoyo y la confianza depositados en nuestra Compañía; esta nueva revista no es más que una pequeña muestra de todas las iniciativas que abordamos a diario a la hora de conseguir satisfacer a nuestros clientes y pacientes.



**PABLO DOMÉNGUEZ**  
Director de Carburos Médica

## EN PORTADA

## Carburos Médica se constituye como laboratorio farmacéutico

Desde el 14 de agosto, y debido a la entrada en vigor del Real Decreto 1800/2003 de 13 de enero de 2004, los gases medicinales y mezclas de gases medicinales son considerados medicamentos.

La Ley determina así que los fabricantes de medicamentos y especialidades farmacéuticas tienen que acreditarse como laboratorio. Por ello, en marzo Carburos Metálicos se constituyó como tal y Judith Ros fue nombrada Directora Técnica Farmacéutica, cargo que se formalizó ante la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ese mismo mes.

Este cambio legal que hemos tenido que asumir nos ha obligado además a iniciar, de forma pa-

ralela, el proceso de obtención de las Autorizaciones de Fabricación para cada una de las plantas de producción y centros de envasado de la Compañía, así como las autorizaciones de comercialización para todos los gases medicinales que fabricamos.

Para Carburos Médica, este cambio ha supuesto un trabajo intenso, desde el pasado año, en la adaptación de los centros y en el registro de los gases. Pero el proceso no ha hecho más que empezar y comportará un cambio importante en los procesos de producción, control de calidad y distribución de los gases, a fin de garantizar que llegan a los pacientes en las mejores

condiciones de eficacia y total seguridad, como corresponde a su condición de medicamentos.

La nueva normativa supone en realidad un cambio en nuestra trayectoria como proveedor de gases medicinales. Es un nuevo reto para el negocio que emprendemos con entusiasmo. Estamos seguros de que podrá aportarnos nuevas y ventajosas oportunidades.



# MATGAS:

## investigación en estado puro

**E**l pasado mes de junio se inauguró Matgas, el centro de I+D creado por Carburos Metálicos, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Universitat Autònoma de Barcelona.

Matgas es resultado de la colaboración desde hace 20 años entre Carburos, universidades y otros centros públicos de I+D para impulsar proyectos en esta área. Su creación ha significado una inversión inicial de 5,3 millones de euros.

Entre sus objetivos destacan: proporcionar soluciones a las necesidades tecnológicas y de formación en el ámbito de materiales y gases; la gestión del conocimiento para el desarrollo de tecnologías comercialmente aplicables, y facilitar los procesos de innovación tecnológica e industrial.



## Centro de Excelencia Médica (COEM)

**L**a innovación y la excelencia en el área médica son prioridades con las que Carburos Médica y Air Products se hallan fuertemente comprometidas como compañía de servicios médicos.

De hecho, desde el Centro de Excelencia Médica (COEM) se impulsa la investigación y el desarrollo con un objetivo fundamental: abrir nuevas líneas para la mejora de nuestros servicios médicos, productos y tratamientos. Por todo ello, se apuesta de manera fundamental por la investigación cooperativa con instituciones científicas y universidades (públicas y privadas) en tres

grandes áreas: investigación básica, investigación clínica aplicada y desarrollo de productos.

El COEM está liderando acciones en áreas como la criobiología, trasplantes, enfermedades respiratorias, medicina hiperbárica, neuroprotección y aplicaciones médicas innovadoras con gases, entre otras. Está colaborando con grupos de investigación de carácter internacional, líderes en su campo, de diferentes países europeos –España, el Reino Unido, los Países Bajos...– y también estadounidenses.

### Ctedra Air Products-Allostem : Convenio con la UAM

Air Products y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) firmaron un convenio para la creación de la Cátedra de patrocinio “Air Products-Allostem”, con una duración inicial de tres años. La cátedra, vinculada a la Facultad de Medicina, está dirigida por el profesor Manuel N. Fernández, Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Puerta de Hierro y catedrático de Hematología de la Facultad de Medicina de la UAM.



Juan Carlos Sacristán, Director del COEM, y el Rector de la UAM en el momento de la firma

Dos miembros de nuestro equipo del COEM forman, además, parte del Consejo Directivo de la Cátedra, cuyo objetivo es fomentar la difusión de los tratamientos inmunoterápicos contra el cáncer desarrollados por el Consorcio Europeo Allostem.

Este consorcio está formado por grupos de investigación básica y clínica, líderes mundiales en el campo de la inmunoterapia. La aplicación clínica de estas investigaciones está coordinada por el profesor Manuel N. Fernández.



# Presentación del Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño

JOAQUÍN DURÁN-CANTOLLA

Unidad Respiratoria de Trastornos del Sueño. Sección de Neumología Hospital Txagorritxu.

En los últimos años, los trastornos respiratorios del sueño, y especialmente el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), han ido generando un interés creciente en la comunidad médica. Así, todos los libros de medicina interna y las revistas especializadas dedican un espacio importante al SAHS. De

denciado que el SAHS es una enfermedad muy prevalente que afecta a entre 4-6% de hombres y 2-4% de mujeres en la población general adulta de edades medias (1,2). Además, la prevalencia del SAHS aumenta claramente con la edad (3). Por otra parte, se ha demostrado que el SAHS está asociado con el deterioro de la cali-

trado incluso que no diagnosticar y, por ende, no tratar a los pacientes con SAHS supone un consumo de recursos 2-3 veces mayor que el de la población sin SAHS (15,16).

A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAHS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad, evidencian que en España existen entre 1.200.000 y 2.150.000 de sujetos portadores de un SAHS relevante, y por tanto subsidiarios de ser tratados (17). No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9% de esta población (17); por lo que estamos muy lejos de haber alcanzado una situación óptima. Por otra parte, las unidades de sueño disponibles en España, aunque se han triplicado en los últimos nueve años (17-19), son insuficientes, y no están adecuadamente dotadas para atender a esta demanda creciente, originándose inaceptables listas de espera, que a veces llegan a uno o más años antes de materializarse en la realización de una prueba de sueño (20).

Este problema no afecta sólo a España. Así, el hecho de haber diagnosticado a menos del 10% de la población con SAHS también se ha comprobado en otros estudios americanos (21), reconociéndose, además, que el problema de la accesibilidad diagnóstica es la clave para la solución de este proceso (22).

Asimismo, la introducción de sistemas simplificados, como la poligrafía respiratoria (PR), tan-

**Los estudios realizados en los diferentes sectores de edad evidencian que en España existen entre 1.200.000 y 2.150.000 de individuos portadores de un SAHS relevante, y por tanto subsidiarios de ser tratados. No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9% de esta población**

hecho, una búsqueda en Medline (PubMed) con la palabra "sleep apnea" arrojó 13.039 entradas de las que 1.144 correspondieron al año 2004.

Toda esta información ha facilitado el conocimiento de esta entidad entre los médicos y, también, en la sociedad, la cual ha obtenido información sobre esta entidad y reclama su derecho a recibir atención con rapidez, obtener un diagnóstico preciso y contar con un tratamiento adecuado.

Diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa han evi-

dad de vida (4), la presencia de hipertensión arterial (2,5,6), el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (7) y cerebrovasculares (8), y está relacionado con la aparición de accidentes de tráfico (9,10). Asimismo, se acepta un exceso de mortalidad asociado al SAHS (11,12). Además, se dispone de tratamientos eficaces. Por ello, y considerando las complicaciones médicas del SAHS, así como las repercusiones socio-laborales y su negativo impacto en la calidad de vida y supervivencia, se afirma que es un problema de salud pública que obliga al médico a identificar a los pacientes subsidiarios de tratamiento (14). Recientes estudios han demos-

1. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of Sleep disorders breathing among middle aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328:1230-1236.
2. Durán J, Esnaola S, Ramón R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:685-689.
3. Durán J, Esnaola S, Rubio R, De la Torre G. Obstructive sleep apnea-hypopnea in the elderly. A population-based study in the general population aged 71-100.

4. Baldwin CM, Griffith KA, Nieto FJ, O'Connor GT, Walsleben JA, Redline S. The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. *Sleep* 2001;24:96-105.
5. Nieto FK, Young TB, Lind BK, Sahar E, Samet JM, Redline S, Dágotino RB, Newman AB, Lebowitz MD, Pickering TG. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. *JAMA* 2000;283:1829-

6. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *New Eng J Med* 2000;342:1378-1384.
7. Newman AB, Nieto J, Guirduy U, Lind BK, Redline S, Sharar E, Pickering TG, Quant SF. Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular risk factors. *The Sleep Heart Health Study. Am J Epidemiol* 2001;154:50-59.
8. Parra O, Arboix A, Bechich S, García-Eroles L, Montserrat JM, Lopez JA, Ballester E, Guerra

9. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero Guevara J, and the Cooperative Group Burgos Santander. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *N Engl J Med* 1999;340:847-851.
10. Barbé F, Pericás J, Muñoz A, Findley L, Antó JM, Agustí AGN. Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 18-22.

to llevada a cabo en el hospital como en el domicilio de los pacientes, ha supuesto un abaratamiento de las pruebas, pero sobre todo ha permitido descentralizar el diagnóstico de las unidades de referencia, habitualmente saturadas, y facilitado el acceso diagnóstico a centros más pequeños que utilizan, fundamentalmente, la PR. De esta manera, y trabajando coordinadamente con las unidades de referencia para los casos más difíciles o dudosos, se intenta crear una red de diagnóstico para el SAHS.

Por otra parte, la aplicación de estudios de PR en domicilio ha supuesto un indudable cambio a la hora de diagnosticar, logrando acercar el hospital al hogar del paciente y abaratando los costes del proceso. Sin embargo, es necesario insistir en que al introducir un sistema diagnóstico, éste debe ser validado adecuadamente, lo que no ha ocurrido en la mayoría de las ocasiones. Además, la descentralización del proceso diagnóstico no sirve si no va acompañada de una apropiada formación del personal y una suficiente coordinación con las unidades de sueño. De no plantearse en estos términos, los efectos serían impredecibles y causarían más daño que el beneficio que se pretende conseguir.

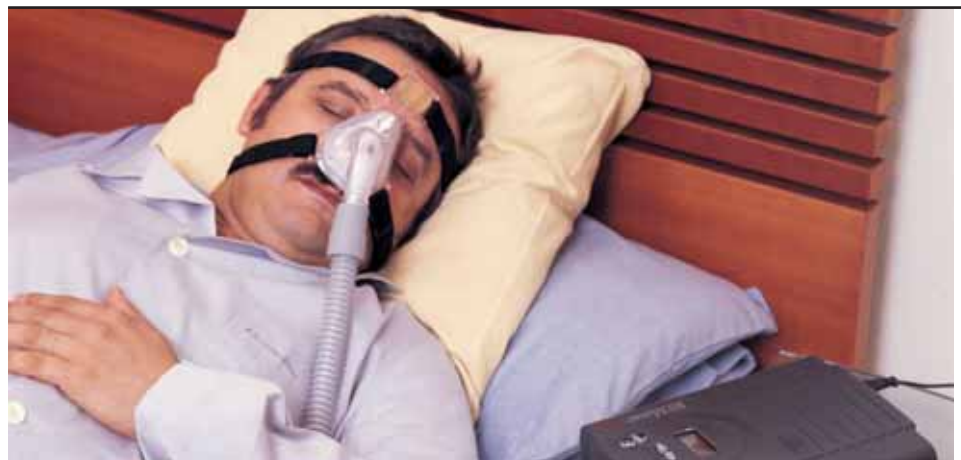
El documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del SAHS (ofrecemos un resumen del documento en el póster encartado en esta revista) ha sido llevado a cabo de enero a septiembre de 2005 por el Grupo Español de Sueño (GES). El GES representa el consenso alcanzado por diecisiete sociedades y asociaciones científicas que representan a más de 50.000 especialistas y, a través de la Organización Médica Colegial, a la totalidad de los médicos de este país. Asimismo, este documento ha contado con la ayuda en su redacción de: un epidemiólogo, un especialista en bioética, un magistrado, un paciente afectado de SAHS y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) que representa a más de 250.000 consumidores. Por tanto, podemos afirmar que nunca antes se había alcanzado en España un consenso tan elevado integrado por la totalidad de la comunidad médica y una parte importante de la ciudadanía.

Este documento-resumen está redactado con lenguaje sencillo y evitando el exceso de tecni-

cismos con objeto de que pueda ser comprendido tanto por personal sanitario como no sanitario. El documento-resumen sintetiza un amplio documento donde se explican pormenorizados cada uno de sus apartados. Para aquellos lectores interesados pueden bajarlo desde la página web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): [http://www.separ.es/publicaciones/consensos/CONSENSO\\_SAHS\\_RESUMEN.pdf](http://www.separ.es/publicaciones/consensos/CONSENSO_SAHS_RESUMEN.pdf) [http://www.separ.es/publicaciones/consensos/CONSENSO\\_SAHS\\_COMPLETO.pdf](http://www.separ.es/publicaciones/consensos/CONSENSO_SAHS_COMPLETO.pdf)

de una infraestructura diagnóstica completa, puedan trabajar en coordinación con unidades simplificadas que disponen de una infraestructura más reducida, y que esa colaboración sea bidireccional. También tenemos que ser capaces de impulsar y colaborar en planes de formación en esta entidad con nuestros compañeros de asistencia primaria a fin de facilitar la identificación de los pacientes con sospecha de SAHS y ser remitidos al especialista, así como suministrar información sobre el SAHS y su forma de prevenirlo a la población general.

## Finalmente, las autoridades sanitarias, tan preocupadas siempre por el gasto, deber an tener en cuenta que est demostrado que no diagnosticar, y por tanto no tratar a estos pacientes, supone un coste elevado en consumo de recursos sanitarios



El SAHS constituye un problema de salud pública de primera magnitud que aún no ha sido resuelto. En una sociedad avanzada como la nuestra no resulta coherente el hecho de haber diagnosticado y tratado tan sólo al 10% de la población que padece un SAHS en sus formas más graves.

Nosotros, los médicos especialistas que nos dedicamos a los trastornos respiratorios del sueño, y que tenemos la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con SAHS, debemos facilitar la coordinación entre las diferentes unidades de sueño de tal manera que las unidades de referencia, que disponen

Finalmente, las autoridades sanitarias, tan preocupadas siempre por el gasto, deberían tener en cuenta que está demostrado que no diagnosticar, y por tanto no tratar a estos pacientes, supone un elevado coste en consumo de recursos sanitarios. Por consiguiente, su hasta ahora poca implicación en este problema, incluyendo su responsabilidad en el escaso número de unidades de sueño en España y su insuficiente dotación, no ha supuesto ningún ahorro sanitario sino, más bien, todo lo contrario. Será responsabilidad de todos conseguir mejorar en este proceso. De no ser así, la sociedad estaría en su derecho de exigirnos responsabilidades.

11. Lavie P, Hever P, Peled R, et al. Mortality in sleep apnea patients: multivariate analysis of risk factors. *Sleep* 1995;18:149-157.  
 12. He J, Kriger MH, Zorick FJ, Conway W. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. *Chest* 1988;94:9-14.  
 13. American Thoracic Society. Indications and standards for use of nasal continuous positive airway pressure (CPAP) in sleep apnea syndrome. *Am J Crit Care Med* 1994;150:1738-1745.  
 14. Phillipson EA. Sleep apnea. A major public health problem. *New Eng J Med* 1993;

328:1271-1273.  
 15. Peker Y, Hedner J, Johanson A, Bende M. Reduced hospitalization with cardiovascular and pulmonary disease in obstructive sleep apnea patients on nasal CPAP treatment. *Sleep* 1997;20:645-653.  
 16. Ronald J, Delaive K, Roos L, Manfreda J, Bahammam A, Kryger MH. Health care utilization in the 10 years prior to diagnosis in obstructive sleep apnea patients. *Sleep* 1999; 2:225-229.  
 17. Durán-Cantolla J, Mar J, De La Torre G, Rubio R, Guerra L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en

España Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del estado español. *Arch Bronconeumol* 2004;40:259-267.  
 18. Durán J, Amilibia J, Barbé F, Capote F, Gonzalez-Mangado N, Jiménez A, Marín JM, Masa JM, Montserrat JM, Terán J. Disponibilidad de recursos técnicos para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño en los hospitales de lared pública del estado. *Arch Bronconeumol* 1995;31:463-469.  
 19. Terán J, Fernández-García C, Cordero-Guevara J. Situación en España de los recursos

diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continuo sobre la vía aérea en el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño. *Arch Bronconeumol* 2000;36:494-499.  
 20. Masa JF, Montserrat JM, Durán J and the Spanish Group of Breathing Sleep Disorders Diagnostic access for sleep apnea in Spain. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:195.  
 21. Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep* 1997;20:705-706.  
 22. Pack AI. Sleep-disordered breathing:

# Uno de cada cuatro pacientes con exacerbaciones de EPOC puede recibir hospitalización a domicilio

La concertación con entidades colaboradoras es una fórmula gil y coste-eficiente para sortear las barreras tradicionalmente encontradas en el desarrollo de la UHD.



La incidencia de la EPOC seguirá aumentando en España hasta el año 2010, sobre todo en mujeres, según se desprende del macroestudio prospectivo Delphi, promovido por Carbuos Médica. Este estudio, "Escenarios de futuro a 2010 de la asistencia sanitaria a las exacerbaciones de la EPOC", se presentó en el XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y ha sido confeccionado por el gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief. En su elaboración han participado especialistas de toda España, con la coordinación científica del doctor Ferran Barbé.

Los expertos afirman en él que, si bien la tasa de prevalencia de la enfermedad puede sufrir un ligero aumento, éste puede llegar a duplicar la cifra actual en mujeres, acercándose a niveles de hasta un 8%. Por otra parte, el principal factor de riesgo dentro de cinco años seguirá siendo el tabaquismo activo. La estimación de la tasa de mortalidad anual de la enfermedad se situará para 2010 en 35 por cada 100.000 habitantes, dos puntos por encima de la actual.

En el sexo femenino podría aumentar siete puntos porcentuales.

## Unidades de Hospitalización a Domicilio

Según se desprende del estudio, las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) van a tener una importancia vital en el tratamiento de la EPOC. Entre sus principales ventajas destacan que acortan la hospitalización del paciente, evitan infecciones nosocomiales y mejoran la efectividad de la oxigenoterapia. Además, aportan mayor intimidad y tranquilidad y permiten recuperarse en un entorno familiar.

En este sentido, el macroestudio Delphi resalta otra investigación sobre la hospitalización a domicilio para las exacerbaciones de la EPOC (Ram, Wedzicha, et al.), en la que se concluye que uno de cada cuatro pacientes que acude a urgencias puede recibir un tratamiento a domicilio, lo que la convierte en una alternativa a la hospitalización convencional. El estudio destaca también que la hospitalización a domicilio es una solución a los picos de demanda de hospitalización en invierno y en casos de saturación del servicio de urgencias.

Los especialistas creen que las UHD tenderán a aumentar la efectividad de las terapias no farmacológicas y aportarán una mayor coordinación entre niveles asistenciales. Asimismo, en cinco años se prevé que aumentará la tendencia de implantación de un sistema de hospitalización a domicilio por parte de la Administración pública, tanto a título individual como en concierto con entidades privadas.

En lo que se refiere a costes generados por la EPOC, el informe apunta que se mantendrán

en lo que respecta a las técnicas de diagnóstico, oxigenoterapia y hospitalización, mientras que aumentarán ligeramente los de farmacia y personal sanitario. Los costes indirectos de la enfermedad (invalidez, incapacidad temporal y mortalidad prematura) se mantendrán.

Las principales causas por las que no se generaliza el uso de la UHD hoy en día, según el estudio, son la falta de recursos, la rigidez organizativa de los centros y el "hospital-centrismo", que provocan que un elevado porcentaje de enfermos no disponga de Hospitalización a Domicilio. En cuanto a las diferentes terapias y perfiles clínicos adecuados para atención domiciliaria, en la actualidad, estarían la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), la Oxigenoterapia a pacientes con agudización de EPOC, entre otros. Finalmente, en lo referente a su perfil socioeconómico, se trataría de personas que son atendidas por sus familiares, con buenas condiciones de vivienda y que viven dentro del área de un hospital.

## Tratamientos de las exacerbaciones

Dentro de los diferentes tratamientos para las exacerbaciones que sufren los enfermos de EPOC grave, como muestra el estudio Delphi, los Beta-2 de acción prolongada y los anticolinérgicos, junto con la Ventilación Mecánica No Invasiva, tenderán a aumentar en los próximos cinco años, mientras que otros, como las metilxantinas y los Beta-2 de acción corta, disminuirán. Por lo que respecta a las medidas no farmacológicas para el tratamiento de las exacerbaciones, el abandono del tabaco seguirá siendo la más importante, seguido de otras como la monitorización domiciliaria o la oxigenoterapia.

# APMedicalDirect



Un portal de servicios para la gestión del paciente crónico

**A**PMedicalDirect es una realidad que ya está en explotación en numerosos hospitales en todo el territorio nacional, sus usuarios son ya muy numerosos, y el grado de integración con la herramienta está superando todas las expectativas. Desde su creación hemos ampliado las aplicaciones y servicios que puede ofrecer, por ello les animamos a navegar y a participar en las sesiones informativas para optimizar el rendimiento personalizado de la aplicación.

## Prescripción electrónica

APMedicalDirect facilita un circuito más ágil y coste-eficiente para la administración de pacientes crónicos. El sistema permite transmitir electrónicamente a Carbueros Médica las instrucciones de alta y baja de tratamiento, así como la renovación de volantes. En cuanto a las bajas temporales

existen procedimientos para asegurar que el hospital informe de nuevo y sin demora del alta de los pacientes.

## Ventajas para el colectivo médico

- Mejora en su ejercicio profesional, permite consultar durante el acto de prescribir cualquier duda del histórico del paciente, formas de administración...
- Facilita información para el seguimiento personalizado del paciente en su hogar.
- Reduce la carga asistencial al no tener que cumplimentar sus datos ni los del paciente, ya que la aplicación está cruzada con la base de datos de Carbueros.
- Agiliza y reduce el coste de los procesos administrativos de alta, baja y renovación de la terapia domiciliaria.
- Garantiza la transparencia del servicio, control del servicio.
- Mejora la información disponible para la toma de decisiones clínicas.
- Habilita nuevos servicios de monitorización continua.

## Ventajas para la Administración

- Potencia la calidad del servicio, control de los equipos, formas de administración...
- Información en tiempo real de los consumos por grupos terapéuticos.
- Analiza consumos por grupos terapéuticos.
- Optimiza tratamientos según patologías.
- Agiliza y reduce el coste de los procesos administrativos de alta, baja y renovación de la terapia domiciliaria.
- Garantiza la transparencia del servicio, control entre lo prescrito y lo prestado.
- Mejora la información disponible para la toma de decisiones de gestión.



**INMACULADA RAMOS**  
Directora Médico

## Carbueros Médica y la asistencia sanitaria

La actividad sanitaria está cambiando. De episodios de atención suministrados por facultativos se ha pasado a la ejecución de procesos asistenciales por parte de equipos profesionales; se ha trasladado la prestación de asistencia hospitalaria a unidades ambulatorias o de atención y cuidados domiciliarios con el fin de racionalizar los recursos... En ese contexto surgen nuevas relaciones entre productores sanitarios, proveedores y financiadores y aparecen nuevos actores en la prestación sanitaria. Uno de ellos, la empresa privada. Su participación ha de ser entendida desde la equidad y accesibilidad a los servicios cuando los dispositivos públicos no pueden asegurar el acceso igualitario. Su flexibilidad hace, además, que sea más ágil la adecuación a los cambios cualitativos y cuantitativos de la demanda asistencial. La dotación tecnológica y la incorporación de nuevas tecnologías, junto con la experiencia en otras funciones (logística, operaciones), facilitan adaptaciones particulares de los servicios con paquetes de medidas individualizadas.

La empresa privada, junto a los servicios públicos, ha de ser corresponsable de la mejora de los niveles de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia, cooperando en el diseño, adaptación o integración de circuitos y en la coordinación y continuidad asistencial. Carbueros Médica es una empresa de servicios cualificados en actividades sanitarias. Su dirección médica es el órgano responsable de su calidad y resultados clínicos bajo criterios de igualdad, solidaridad, autonomía y satisfacción para los pacientes.

La definición de los requerimientos de los servicios sanitarios de Carbueros Médica se realiza mediante protocolos que tienen en cuenta los requisitos normativos, estructurales, de equipamiento y de personal, así como organizativos y asistenciales.

En ese camino hacia la mejora continua y la excelencia, Carbueros Médica evalúa la calidad de su asistencia según indicadores específicos y a través de sistemas de información, auditorías clínicas, la gestión de atención al paciente y encuestas de satisfacción.

Cuenta con un departamento médico integrado por profesionales de distintas disciplinas (neumología, medicina física y rehabilitación, medicina familiar y comunitaria, psicología, diplomados en enfermería, fisioterapeutas y logopedas) que dan soporte técnico a todo el personal asistencial de la compañía, así como a todos nuestros pacientes, usuarios y clientes. En relación a temas asistenciales, este departamento médico es el punto de encuentro de la compañía con la Administración, profesionales sanitarios y pacientes, y realiza, de acuerdo a la mejor evidencia científica, asesoramiento para proyectos o desarrollos específicos, así como acciones formativas sobre las terapias y servicios que se prestan.

## Creemos a nivel mundial

Air Products proveer de oxígeno a domicilio a alrededor de 55.000 pacientes en el Reino Unido

**E**l negocio médico de Air Products crece constantemente: en la actualidad, en el área de homecare damos servicio a más de 500.000 pacientes. Prueba del crecimiento es el importante contrato para proveer del servicio de oxígeno a domicilio a alrededor de 55.000 pacientes en seis regiones inglesas y en todo Gales.

El anuncio, hecho por la secretaria de Estado de Salud británica, Jane Kennedy, otorga a Air Products Medical cerca del 67% del

mercado. El contrato se ha conseguido después de un exhaustivo proceso de concurso de seis meses que empezó en octubre de 2004. Su objetivo será mejorar de forma radical la calidad de vida de los pacientes sin que ello suponga costes adicionales para el Servicio Nacional de Salud.

Las regiones británicas cubiertas por el nuevo contrato serán North West, Yorkshire & Humberside, West Midlands, East Midlands, North London, South West England y Gales.

## Juan Jesús Llorente

“La apnea del sueño es un enemigo invisible porque no da la cara”

**M**ás de un 4% de la población española sufre apnea del sueño. Juan Jesús Llorente, de 47 años, es uno de esos millones de españoles que sufre apnea del sueño. Gracias a la terapia CPAP ha mejorado notablemente la calidad de su sueño.

Su caso es un tanto atípico. Al contrario que otras muchas personas que sufren este trastorno, ni presenta hipersomnolencia diurna, ni se quejaba de jaquecas matutinas, ni de irritabilidad emocional, incontinencia o disminución intelectual. Asimismo, tampoco está dentro de los típicos grupos de riesgo: no tiene sobrepeso, apenas fuma y hace algo de deporte.

### Cuando le fue diagnosticada la apnea del sueño?

Soy fisioterapeuta del equipo nacional de kárate, y en uno de los muchos viajes que hacemos, el médico con quien comparto la habitación me advirtió de las apneas. Eso fue realmente lo que me llevó a hacerme un estudio en profundidad.

### Hasta entonces no habías sufrido ninguna sintomatología?

La verdad es que yo no notaba absolutamente nada, porque no tenía los síntomas más típicos de las personas con este tipo de trastorno: ni estaba más cansado a lo largo del día, ni me encontraba con sueño. Además no estoy obeso, fumo muy poco y tres veces por semana salgo a correr 45 minutos.

En mi caso le echo la culpa a que tengo un maxilar inferior muy pequeño, que al dormir boca arriba se desplaza hacia atrás obstruyendo los tejidos del cuello y bloqueando el paso del aire.

### A quién acudiste para hacerte pruebas?

Me hice un estudio en casa y posteriormente otro en una

clínica. El resultado fue que tenía unas apneas bastante severas. Mi sueño se interrumpía constantemente y apenas descansaba. Pero paradójicamente yo no notaba nada, porque soy de poco dormir. Esto fue lo que me asustó, porque si hay días que apenas duermo cuatro o cinco horas y resulta que no descanso, a medio o largo plazo puede ser peligroso. Hay que tener en cuenta que cuando sufres apneas se da una disminución en el aporte de oxígeno importante, aunque en mi caso tal vez no sea tan grave porque duermo poco.

### Cuando comenzó con la terapia CPAP y qué diferencia ha notado?

Comencé en el mes de abril. Ahora me duermo antes, porque resulta bastante cómodo que alguien respire por ti.

### Qué pasos sigue cada noche a la hora de colocarse el aparato?

Lo tengo situado en el cajón de debajo de la mesilla y lo pongo en el enchufe del despertador, me coloco la mascarilla y me duermo. El CPAP forma parte de mi rutina diaria.

### Le ha costado adaptarse?

No. Es una máquina bastante silenciosa. A mí no me resulta incómodo. Lo único que me ha costado algo más es adaptarme a la mascarilla, porque me irritaba un poco.

Durante las primeras noches me quedaba muy quieto, porque si te mueves puede haber alguna fuga de aire, pero ahora ya le he cogido el truco y me pongo de lado sin problemas.

Desde el punto de vista psicológico tampoco me ha supuesto ningún trastorno, soy consciente de que es algo que tengo que hacer.

### Tras estos meses de tratamiento CPAP cómo se siente?

Las apneas han desaparecido. Ahora ni siquiera ronco.

### Cree que hay información suficiente en los medios de comunicación sobre las apneas del sueño?

No. De hecho, la apnea del sueño es un enemigo invisible, como puede ser la hipertensión o el colesterol, porque no da la cara. Sólo hay que meterse en el metro una mañana y ver como hay gente que se queda prácticamente dormida de pie.

### Qué valoración puede hacer del suministro que hace Carbueros Médica?

Estoy encantado. Hace poco vino una persona de la compañía a calibrar y poner a punto el CPAP. Ninguna queja.

