

NuevoHospital versión

digital

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA <i>Rafael López Iglesias</i>	2
EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL (EFQM) <i>Margarita Rodríguez Pajares</i>	3
EL MODELO EFQM EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS <i>Jose Luis Pardal Refoyo</i>	4
CUESTIONES ETICAS AL FINAL DE LA VIDA Y PARADIGMA PRINCIPIALISTA <i>Teresa Saldaña Fernández y Mercedes Sánchez Jacob</i>	5
ALGUNOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE ZAMORA.	6
TABACO Y SALUD <i>Teresa Antolín García</i>	7
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA SIN HUMOS. Propuesta de programa <i>Comisión Central de Garantía de Calidad</i>	9
Indice de números publicados en NuevoHospital digital (internet)	10
Nota de la dirección de la revista	11

Actualidad **calidadzamora.com**

calidad asistencial, salud pública, riesgos laborales, salud laboral, derecho sanitario, legislación. Quienes deseen recibir información periódica por correo electrónico deben enviar sus datos a ucalid@hvcn.sacyl.es. Los artículos se deben enviar a esta misma dirección de correo.



NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

En el Decreto 24/2003 de 6 de Marzo, de la **Consejería de Sanidad y Bienestar Social**, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios periféricos de la **Gerencia Regional de Salud**, se establecen los siguientes órganos directivos:

1. Gerencia de Salud de Área,
2. Gerencia de Atención Primaria,
3. Gerencia de Emergencias Sanitarias y

4. **Gerencia de Atención Especializada**, en la que se integran todos los Recursos Hospitalarios correspondientes a cada una de las Áreas de Salud. Concretamente la Disposición Adicional Tercera del mencionado Decreto, establece la constitución de los **Complejos Asistenciales**, que en nuestra provincia y dependiendo de la **Gerencia de Atención Especializada del Área de Salud de Zamora** se agrupa a los siguientes Hospitales: **Hospital General Virgen de la Concha, Hospital Provincial y Hospital Comarcal de Benavente**.

El Objetivo fundamental de esta unificación de recursos, es mejorar la asistencia prestada a los **Usuarios de Sacyl**, haciendo más eficaz, efectivo y eficiente el Servicio de Salud de nuestra Comunidad. Para el año 2003 se establece un **Plan Anual de Gestión (P.A.G.)** como marco general de actuación de los Complejos Asistenciales, este Plan se orienta hacia:

- El Usuario, como eje central de los Servicios de Salud
- Los profesionales, quienes hacen funcionar los Servicios de Salud.
- La Calidad y utilización correcta de recursos
- La Continuidad Asistencial, con Atención Primaria y con los Servicios Sociales.

El **P.A.G. 2003 del Complejo Asistencial de Zamora** se despliega en los siguientes apartados:

<i>Estructura</i>		<i>Equipamiento</i>	
Camas en funcionamiento	508	Ecógrafos	15
Quirófanos programados funcionantes	9	Áreas de Rx	3
Locales de C. Externas	69	Mamógrafos	2
Puestos de Hospital de Día:		Salas de Rx Convencionales	6
Oncohematología	12	T.A.C. Helicoidales	2
Psiquiatría	1	Telemando Rx	6
General	2		
Especialidades Médicas	33		
Objetivos Asistenciales		Recursos Humanos	1823
Nº de altas (estancia media de 7,5 días)	17500	Directivos	9
Extracciones multiorgánicas	4	D. Médica	310
Intervenciones quirúrgicas totales	10437	D. Enfermería	975
Nº de Urgencias totales	50500	D. Gestión	529
Consultas externas:		Recursos Financieros	
Primeras	91820	Gastos de personal	74.764.940,44 €
Sucesivas	130234	Gastos de Bienes y Servicios	49.878.592,44 €
Realizadas a A. Primaria	80952	Conciertos	18.816.577,00 €
Hospitalización a domicilio:		Plan de Inversiones	3.034.407,00 €
Nº Pacientes atendidos	350		3.035.364,00 €
Procedimientos diagnósticos:		Líneas Estratégicas para los años 2003, 2004 y 2005.	
Colonoscopias	2300	1. <i>Despliegue del Plan de Gestión</i>	
Gastroscopias	3300	2. Orientación al Usuario	
CPRE	250	3. Gestión del capital Humano	
Ecocardiogramas	3160	4. Utilización correcta de los recursos	
Mamografías	5850	5. Farmacia	
TAC	10700	6. Estructura y herramientas de mejora de la calidad	
Ecografías	17300	7. Sistemas de información	
Broncoscopias	320	8. Coordinación entre Atención Primaria/Atención Especializada/ Servicios Sociales	
Ergometrias	1000	9. Salud Laboral	
Holter	1000	10. Servicio de Urgencias	
Rx simple	80000	11. Estratégica Regional contra el cáncer	
• Patológicas	14000	12. Asistencia Psiquiátrica	
• Clínicos	177600	13. Analgesia Epidural en el parto	
Demoras:		14. Hipoacusia infantil	
L. E. Quirúrgica (pacientes)	1500	De ellas se derivan un total de 190 objetivos	
Demora Media (días)	55		
Demora Máxima (meses)	6		
L.E. en C. Externas (pacientes)	3500		
Demora Media (días)	18		
Demora Máxima (meses)	2		

Se pretende por tanto establecer un proyecto de mejora continua para los próximos 3 años y dar continuidad a los esfuerzos que se realizan en el Complejo Asistencial de Zamora, consiguiendo un nivel óptimo de calidad canalizando adecuadamente los conocimientos y actitudes de todos sus profesionales.

Rafael López Iglesias
Director Gerente de Atención Especializada. Zamora



EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL (EFQM)

• INTRODUCCIÓN:

Hace unos meses acudí a una jornada organizada por la fundación SIGNO, se exponían experiencias reales de la aplicación del Modelo Europeo de Calidad **EFQM** en el sector salud. Había oído hablar de los sistemas de calidad aplicados en determinados hospitales de otros países, unos sistemas basados en los criterios de los grandes modelos como el *modelo europeo de calidad EFQM*, la *Joint Comisión*, la *King's Foundation o Health Quality System Programme*, y otros propios de cada hospital. Esta jornada podía ser muy informativa, se hablaría de experiencias reales en algunos hospitales como Alcorcón y Zumárraga. Y así fue. Recogí unas pocas ideas que creo humildemente son esenciales para conseguir una mejora común y continua en sanidad. Trataré de acercarme a una muy somera descripción de la gran labor que ya se está realizando en otros hospitales. Los ponentes derrochaban información y eran tantas las ideas que fluían que yo no podía hacer otra cosa que intentar asimilar algo y sentir envidia de su larga experiencia.

II. IDEAS DESARROLLADAS A PARTIR DE LA EXPERIENCIA:



Información clara y fluida entre hospitales y trabajadores. Cuanto mejor funcionen los Sistemas de Comunicación mejores logros se obtienen.



Imprescindible para una buena labor conseguir la implicación de la dirección. Es frecuente que los directivos ocupen una situación demasiado elevada con lo que es necesario que se sitúen en la tierra con el resto del grupo para apoyar y trabajar juntos, es esencial su tarea, imprescindible para lograr la aplicación y mantenimiento del sistema de calidad. La calidad empieza por el compromiso explícito del equipo directivo.

Importante ir consiguiendo la implicación de todos los trabajadores. Las experiencias se basan en una larga tarea en busca de líderes que tengan voluntad de lanzarse a esta aventura desconocida. La dificultad principal estaba en el desconocimiento por parte de estos futuros líderes del modelo y su apariencia compleja por lo que al principio se mostraban desconfiados. Con el tiempo se adentraban en este mundo del que iban quedando admirados. No solo se acababan implicando esos responsables sino que las ideas y sentimientos se transmiten al resto del grupo para finalmente ser una tarea de todos. Con el modelo EFQM se entiende que la calidad y la excelencia afectan a toda la organización.









En España debemos apostar por el modelo EFQM porque las experiencias que ya existen aplicadas en el sector sanitario demuestran la alta rentabilidad operativa y porque diferentes administraciones sanitarias tienen proyectos de aplicación del modelo europeo en sus Instituciones.

III. MODELO EFQM

El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial EFQM "European Foundation for Quality Management" se fundó en el año 1988 por los 14 presidentes de las principales compañías europeas líderes en los distintos sectores. Es un modelo diseñado para la **calidad de la gestión** así como las normas ISO están enfocadas a la **calidad del producto final**. Permite la autoevaluación de cada unidad dentro del hospital. Funciona como una herramienta diseñada para caminar hacia la calidad total.

Objetivo fundamental: Apoyo y estímulo a las organizaciones para que entre todos puedan llevar a cabo una mejora continua de sus actividades con el fin de alcanzar la satisfacción total, tanto de clientes internos como externos.

Este modelo de calidad total se basa en los ocho principios de la calidad:

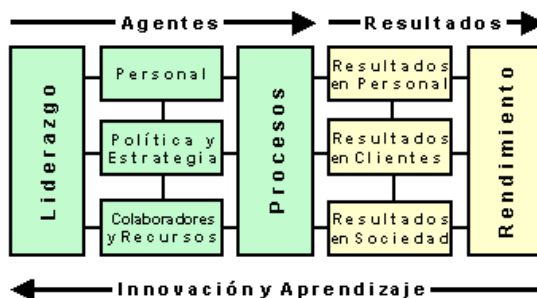
-  Orientación hacia los resultados porque el logro de la excelencia depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de todas las personas que participan de la organización.
-  Orientación hacia el cliente para su satisfacción ya que él es el que determina la calidad del producto o del servicio.
-  Liderazgo y constancia en los objetivos.
-  Gestión por procesos y hechos.
-  Implicación y compromiso de las personas que son las que llevan al logro de la excelencia.
-  Aprendizaje, innovación y mejora continuos
-  Desarrollo de alianzas.
-  Responsabilidad social, el fin es satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.



Con este modelo europeo llegaremos al total conocimiento de la institución pero no da las pautas, éstas las elige cada hospital una vez conocidos los puntos de mejora. Cada hospital posee una personalidad propia de hecho se encuentran hospitales con parecidas características que, en cambio, tienen memorias totalmente diferentes.

El modelo resulta operativo y ya existen experiencias evaluables en este sentido dentro de la sanidad. Este modelo posee la virtud de ir atrapando poco a poco a todos los trabajadores que en un principio son reticentes por la complejidad inicial del modelo. Al final acaban sumergiéndose en él y esto, además, hace que el modelo no resulte caro y si muy eficiente.

MODELO EFQM DE EXCELENCIA:



Liderazgo: Se refiere al equipo directivo y a otros líderes y a como actúan en la creación e implantación del modelo de calidad. **Política y estrategia:** Se definen los objetivos de mejora continua basados en las expectativas de los clientes. Plan estratégico. **Personas:** Se gestiona según el número de personas que participan y el potencial de éstas. Se planifica para aprovechar al máximo estos recursos. **Alianzas y recursos:** Se estudia la coherencia entre la asignación y utilización de los recursos y los objetivos de mejora continua. **Procesos:** Diseño y gestión sistemática de los procesos. **Resultados en los clientes:** Medidas de satisfacción de los clientes a través de medidas directas (opiniones de los clientes) y de medidas indirectas. **Resultados en las personas:** Conocer los niveles de satisfacción del personal a través de medidas directas (opiniones de las personas) y de medidas indirectas. **Resultados en la sociedad:** Se estudia la satisfacción de la sociedad a través de medidas de percepción y el rendimiento en las actuaciones. **Resultados clave:** Analiza los resultados más significativos.

VENTAJAS E INCONVENIENTES:

Ventajas: Como por ejemplo: localizar los puntos fuertes y áreas de mejora, utilizar un lenguaje común, implicar a todas las personas, preparar para el reconocimiento y los premios, evaluaciones periódicas, supone orientación al cliente, etc...

Inconvenientes: Como por ejemplo interpretación torticera de los resultados (¿qué significan 200 puntos?), conceptos complejos, lenguaje alejado de la clínica, implicación real de la máxima autoridad, inversión de tiempo, requiere entrenamiento específico, insuficiente aplicación en el sector sanitario, etc...

BIBLIOGRAFÍA:

XUNTA DE GALICIA (2000). Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saúde.

Margarita Rodríguez Pajares

Grupo de Gestión

Unidad de Calidad. Complejo Asistencial de Zamora

EL MODELO EFQM EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

La Administración de Castilla y León, mediante el Plan de Atención al Ciudadano, inició en 1997 un proceso de mejora continua de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos que posteriormente se desarrolló en el Plan Marco de Mejora y Calidad de los Servicios de la Administración de Castilla y León* tomando como referencia el modelo EFQM. Dicho modelo, su relación con las normas ISO 9001 y los Sistemas Integrados de Gestión fueron los ejes centrales del Congreso de excelencia y calidad de Castilla y León celebrado en el Palacio de Congresos y Exposiciones en Salamanca los días 6 y 7 de marzo de 2003 organizado por la Junta de Castilla y León y la Asociación Española para la Calidad que reunió ponentes y asistentes con representación en los sectores industrial (principalmente automoción, telecomunicaciones, construcción y agroalimentario) y servicios (enseñanza, turismo y sanidad).

Referencias:

- *Plan Marco de Mejora y Calidad de los Servicios de la Administración de Castilla y León Decreto 46/2000 de 9 de marzo. BOCyL Nº 51 de 14 de marzo de 2000
- Dirección General de Calidad en los Servicios (Junta de Castilla y León. Consejería de Presidencia y Administración Territorial): Iniciación a la Calidad en los Servicios Públicos. Vol. 5. (disponible en: <http://www.jcyl.es/dgcalidad>)
- Junta de Castilla y León; Asociación Española para la Calidad: Congreso de excelencia y calidad de Castilla y León. Libro de Ponencias. Salamanca 6-7-de marzo 2003.

Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador de Calidad
Complejo Asistencial de Zamora



CUESTIONES ETICAS AL FINAL DE LA VIDA Y PARADIGMA PRINCIPIALISTA

Hablar hoy de cuestiones éticas al final de la vida precisa antes que nada situar el contexto socio-cultural y sanitario en el que se va a producir el final de la vida y la muerte en el mundo occidental. Unas pinceladas del mismo permitirían decir que la muerte se ha secularizado, perdiendo en parte su referencia trascendental y religiosa; y que es un tema “tabú”; así Philippe Aries en su ensayo “*Ensayos sobre la historia de la muerte en Occidente*” expresa que la muerte ha quedado eclipsada en nuestro universo simbólico, frente a ella el hombre occidental se acerca irreflexivo y temeroso. Otro aspecto que impregna estas etapas de la vida, es el hecho de que de forma mayoritaria se producen en centros socio-sanitarios; y por tanto en el contexto que imprimen a los mismos por un lado la tecnología sanitaria en creciente desarrollo, y por otro la relación sanitaria, en la que la progresiva toma de conciencia de la propia autonomía ha transformado la relación médico-enfermo tradicional. No olvidemos la regulación sanitaria y el marco jurídico en que estas realidades son vividas.

Los seres humanos constituyen una clase definida de sujetos o realidad. Los límites de esta realidad o confines de la vida - nacimiento y muerte - presentan no pocas veces “oscuridad”; las evidencias se atenúan y las dudas aumentan. Por ello los problemas en los confines de la vida presentan particular complejidad. Diego Gracia (experto bioeticista) expresa al respecto “los problemas en los confines de la vida son lo suficientemente delicados que justifican prudencia que no miedo, rigor que no academicismo, y sensibilidad que no sensiblería”.

Antes de intentar elaborar un marco de análisis de estos problemas conviene hacer referencia a cuatro cuestiones que, con frecuencia, salen rápidamente a la luz cuando se entabla una discusión. Estas cuestiones son la distinción entre matar y dejar morir, el derecho a morir con dignidad, el concepto de decisión autónoma, y la diferencia entre santidad y calidad de vida. Cada una de ellas encierra aspectos polémicos y confusos.

El amplio campo de los problemas éticos en torno al final de la vida, que de forma totalmente confusa y equivocada se denomina muchas veces en el ámbito coloquial y de los medios de comunicación -y en ocasiones también en ambientes sanitarios -, como “problemas de la eutanasia”, deberá abarcar cuatro grupos de problemas bien diferenciados que entrañan conflictos éticos distintos:

- Problemas éticos en torno al no inicio o retirada de medidas de soporte vital
- Problemas éticos de los Cuidados Paliativos de enfermos terminales
- Eutanasia
- Suicidio asistido

El **Paradigma Principialista**, con importante aceptación en el quehacer médico y cultura sanitaria actual, nos ofrece un marco ético donde situar los problemas del final de la vida

Los **PRINCIPIOS** son las normas morales amplias y universales, de las cuales se pueden deducir otras normas morales más concretas, para el proceso de especificación de los principios. Derivan estos de una tradición moral aceptada en una sociedad pluralista. Cuatro son los principios definidos: **No Maleficiencia, Beneficiencia, Autonomía y Justicia.**

El principio de No Maleficiencia afirma que existe la obligación de no hacer daño intencionadamente a otras personas.

El principio de Beneficiencia obliga a ponernos al servicio de los legítimos intereses de otras personas.

El principio de Autonomía obliga a respetar la libertad de la persona para ordenar sus actos y para disponer de sus propiedades y de su persona como mejor le parezca.

El principio de Justicia obliga a no cometer daño ni injusticia a la persona.

Así cada uno de los sujetos que intervienen en la relación sanitaria actúa según un principio que determina sus deberes y obligaciones para con el resto. El contenido de estos se va descubriendo poco a poco, como lo demuestra la evolución histórica de la propia relación

Los principios pueden entrar en conflicto. Para resolverlo será necesario ordenarlos y decidir a cuál le concedemos prioridad sobre los demás, y en virtud de qué criterio. Diego Gracia afirma que con independencia de la situación analizada, existe ya un orden previo que distingue el nivel de lo público o de las acciones permisibles en las relaciones sociales entre las personas (Nivel I), y el nivel de lo privado, donde se realiza la vida moral particular de cada uno (Nivel II). En el primero, hay obligación de poner entre paréntesis los intereses particulares de cada individuo, y tratar a todos los seres humanos con igual consideración y respeto tanto en su vida biológica -no maleficiencia- como en su vida social -justicia-. No podemos hacer daño a los demás, y esto es independiente de la autonomía de las personas. Tanto es así que estos principios se vierten en Derecho bajo la forma de “lo prohibido”. En el segundo nivel, se encuentran las opciones que cada uno hace desde su autonomía para sí mismo, por lo que su perímetro de validez se agota en el propio sujeto.

Pero Diego Gracia ha planteado también con fuerza la necesidad de ofrecer algún tipo de fundamentación a estos dos niveles de la vida moral. Según él, en el fondo estos niveles no son más que *esbozos morales* que tratan de dar contenido material concreto a dos principios genéricos de carácter formal. Estos dos principios conforman un *sistema de referencia* de la racionalidad práctica; es decir, son la condición de posibilidad de la existencia de un pensamiento moral racional, y por tanto de un comportamiento humano. Puesto que los esbozos morales no reflejan de manera totalmente adecuada las exigencias del sistema de referencia, pueden darse situaciones concretas y extremas en las que, para respetar el sistema de referencia, tenemos que quebrantar los esbozos morales. Esto es lo que sucede cuando se hace una *excepción*.

Las repercusiones prácticas de todo este planteamiento teórico son inmensas, y pueden contribuir a dar luz sobre problemas de tanta magnitud como el de la eutanasia. De hecho Diego Gracia distingue dos grandes grupos de actos en relación con el final de la vida; cada uno de los cuales se refiere a los dos niveles de actuación en la vida moral. Este autor denomina a estos dos tipos genéricos de actos *heterotanasia* y *autotanasia*.

Si se plantean cuestiones éticas al final de la vida, no es con objeto de resolverlos, de una vez para todas; sino de ver donde nos encontramos hoy en el debate de estas cuestiones; cuales son los argumentos que sustentan diferentes posturas, y cuál la actitud de “aquí y ahora” parece más prudente mantener, seguros de que no alcanzaremos certezas absolutas, sino en el mejor de los casos, la modesta certeza moral de los autores clásicos. En cuestiones tan graves no debemos aspirar a más, pero tampoco a menos.



“Algunas cuestiones éticas al final de la vida” es el título del Seminario desarrollado en el hospital “Virgen de la Concha”, durante el mes de junio de 2003, orientado al personal sanitario del Complejo Hospitalario de Zamora.

Convocado por la Comisión Promotora del C.E.A, da a sí cumplimiento a uno de los objetivos del mismo, “Colaborar en la formación en Bioética de los profesionales del Hospital y del área de salud, y particularmente de los miembros del Comité”; en esta ocasión “actualizando y propiciando la reflexión y diálogo sobre algunas cuestiones éticas al final de la vida”.

Han sido ponentes en el mismo la Dra.Teresa Saldaña Fernández y la Dra. Mercedes Sánchez Jacob, ambas Máster en Bioética, y Presidenta y Miembro respectivamente de la Comisión Promotora del C.E.A. Se abordaron diferentes cuestiones bajo los siguientes títulos:

- Introducción. Necesidad de un marco de análisis. Problemas éticos al final de la vida.
- La eutanasia: cuestión a debate
- Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos
- La toma de decisiones al final de la vida: testamentos vitales y voluntades anticipadas

La participación fue amplia, quedando pendiente la evaluación del seminario por parte de los asistentes.

Agradecemos la colaboración prestada a la Comisión de Formación Continuada del Hospital; su contribución ha sido clave para el objetivo del Seminario.

Teresa Saldaña Fernández*

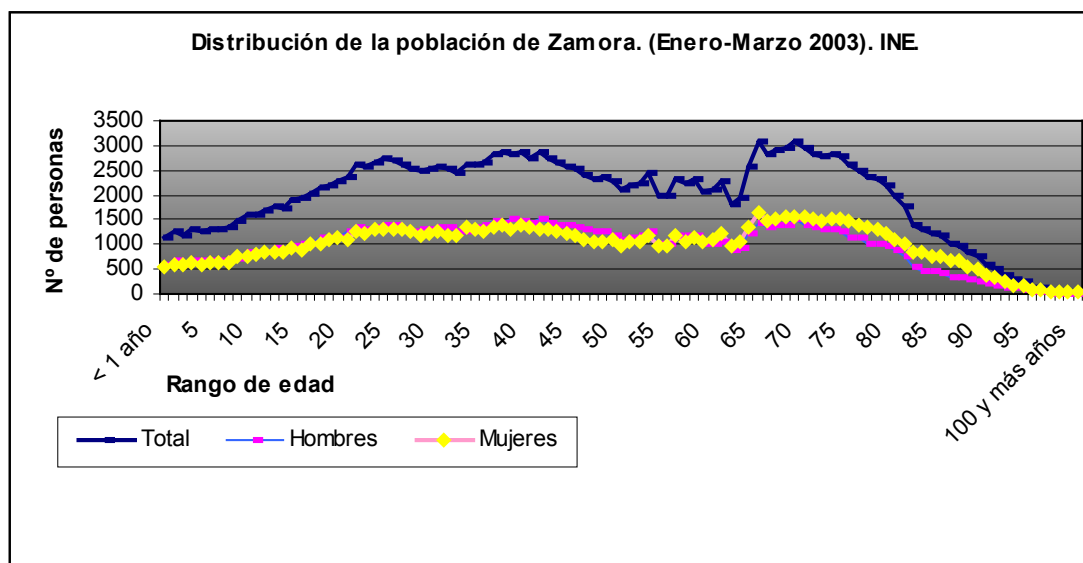
Mercedes Sánchez Jacob**

Comité de Ética Asistencia

* Unidad de Cuidados Intensivos. ** Servicio de Hematología

Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

ALGUNOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE ZAMORA.



Censo poblacional. Población de Zamora en Marzo de 2003:

TOTAL: 199.090 personas Mujeres: 100.919 Varones: 98.171

Encuesta de población activa (EPA) primer trimestre de 2003:

Ocupados: 59.500 personas

Distribución de la actividad: Agricultura 22%; Industria 10%; Construcción 17%; Servicios 51%

Fuente:

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: INE Base. En: <http://www.ine.es>



TABACO Y SALUD



En la actualidad el consumo de tabaco es un hábito ampliamente extendido; entre la población española de más de 16 años la prevalencia del tabaquismo constituye un 35,7% es decir, 12 millones de españoles son fumadores. Existen grandes diferencias en cuanto al sexo y grupo de edad, en las mujeres españolas se ha incrementado (17% al 24%) y en los varones ha descendido (65% al 45%) en los últimos 20 años. Sin embargo en las edades comprendidas entre los 18 y 24 años, estas cifras son elevadas para varones y mujeres girando en torno al 35%.

Fumar cigarrillos es la primera causa de mortalidad y morbilidad que puede ser evitada con escaso esfuerzo económico.

En 1998 se produjeron 55.613 muertes atribuibles al tabaco (51.431 en varones y 4.182 en mujeres), lo que supone el 16% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de edad igual o superior a 35 años en España. Las causas más importantes de esos fallecimientos fueron: cáncer de pulmón (26.5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (21%), cardiopatía isquémica (12.8%) y enfermedad cerebrovascular (9.2%)¹. Estos datos sitúan al tabaquismo como uno de los más relevantes problemas de salud pública.

Los componentes fundamentales del tabaco son: la nicotina, el monóxido de carbono, las sustancias oxidantes y los carcinógenos.

La nicotina es la sustancia que contiene las propiedades adictivas del tabaco. Su absorción se produce a través de la mucosa orofaríngea y los pulmones. Cuando el sujeto deja de tomar esta sustancia se produce el síndrome de abstinencia, que se caracteriza por inquietud, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, dificultad para la concentración, aumento del apetito, cambios de humor, síntomas de depresión, cansancio y un gran deseo de fumar. Por lo que se admite que la nicotina es una droga que causa mayor adicción que la heroína o cocaína.

El monóxido de carbono se combina con la hemoglobina produciéndose carboxihemoglobina, que es la responsable fundamental de la patología sobre las paredes vasculares, formándose las placas de ateroma.

Las sustancias oxidantes son principalmente el óxido de nitrógeno, carbono, cadmio, ácido cianhídrico, fórmico y los radicales tóxicos del oxígeno. Estas sustancias oxidan la metionina del sistema alfa1-proteasa inhibidor, lo que produce un incremento de las proteasas pulmonares y esto facilita el desarrollo de enfisema pulmonar.

Los carcinógenos son sustancias que participan en el desarrollo del cáncer.

Hasta ahora, se han descrito más de veinticinco enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. A nivel individual, un fumador tiene un riesgo inaceptablemente alto de padecer una enfermedad respiratoria, neoplásica o cardiovascular.

La existencia de una relación positiva causa- efecto entre tabaco y cáncer no solamente está bien establecida y es indiscutible, sino que probablemente es el tema más profundamente investigado en toda la historia de la Medicina. El cáncer es debido a la acción de diversos factores exógenos que modifican mecanismos celulares endógenos, mediante la activación de oncogenes y la supresión de antioncogenes presentes en nuestro genoma.

En el humo del tabaco se han descrito más de 4.000 sustancias químicas diferentes, muchas de las cuales son potentes carcinógenos como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y aminas aromáticas. El principal efecto carcinogénico en el organismo es sobre aquellos tejidos directamente expuestos al humo, sin embargo también existen otros órganos que sufren dicho efecto, en dependencia de la absorción y metabolismo de los diferentes componentes, así como de factores de susceptibilidad propios. Los carcinógenos del humo del cigarrillo además de ser inhalados se disuelven en la saliva, llegando con ella al intestino donde son absorbidos, pasando a través del hígado a la circulación sistémica. Allí terminan ejerciendo su acción en los órganos por los que muestran un especial tropismo.

En 1985 la Agencia Internacional de Investigación contra el Cáncer (IARC) estableció que el tabaco era causa de cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Una revisión reciente añade a esta lista inicial el cáncer de estómago, hígado, nariz y la leucemia mieloide².

De las diferentes agresiones que ocurren en el organismo como consecuencia del consumo del tabaco la más objetiva y rápida es la acción sobre el aparato respiratorio. Aquí se produce una inflamación crónica, tanto en las vías de conducción (tráquea, bronquios) como en las zonas de intercambio gaseoso (alveolos), que se manifiesta por tos y expectoración crónica y con frecuencia se asocia a una limitación crónica al flujo aéreo, produciendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).



El proyecto IBERPOC, estudio de base poblacional realizado en siete áreas, geográfica y socioeconómicamente distintas, demostró una prevalencia de la EPOC en el grupo de edad de 40- 69 años de un 9%³. De los fumadores un 15% padecerá la enfermedad. Como consecuencia de esta prevalencia se producen entre un 7% y un 10% de las consultas de atención primaria y en la consulta jerarquizada del neumólogo un 35%.

Puesto que el tabaco provoca la EPOC, la eliminación del tabaquismo es la medida terapéutica más importante en todos los estadios de la enfermedad. Al dejar de fumar disminuye rápidamente la tos y el esputo, y sobre todo, el deterioro funcional, aumentando la expectativa de la vida.

Los efectos adversos del tabaco sobre el sistema cardiovascular son universalmente conocidos y admitidos y son muchos: disminuye el HDL- colesterol, incrementa el riesgo de vasoespasmos, altera la función endotelial y los niveles de fibrinógeno, estimula la agregación plaquetaria, disminuye la actividad fibrinolítica en sangre y es arritmógeno, aparte de la acción del monóxido de carbono al disminuir la capacidad transportadora de oxígeno en la sangre. Teniendo en cuenta que el 36% de la población adulta fuma, es fácil comprender que las repercusiones del tabaco en el sistema vascular son notables entre la población española.

La incidencia de cardiopatía isquémica entre los fumadores de ambos sexos es de 2 a 4 veces superior a la de los no fumadores, aumentando el riesgo en relación con la duración, intensidad y precocidad del tabaquismo. Además los fumadores tienen un importante incremento de probabilidades de tener cardiopatía isquémica mortal y un incremento de muerte súbita por el incremento de la actividad simpática.

Cuando se abandona el consumo de tabaco se reduce el riesgo de cardiopatía isquémica entre un 30 y un 50% en el plazo de 1 a 2 años⁴, igualándose al de los que nunca han fumado entre 10 y 15 años.

El tabaquismo es también un factor de riesgo establecido para el ictus trombótico de la mano de la enfermedad aterosclerosa de las arterias cerebrales. En un metaanálisis estudiando la relación entre ictus y tabaco se detectó que la probabilidad de desarrollar un ictus isquémico era entre 2 y 3 veces superior en individuos que fumaban que entre los que no fumaban⁵. Debemos de tener en cuenta además que el riesgo puede verse aumentado por la sumación de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial.

Este riesgo se reduce de forma brusca al dejar de fumar y se puede alcanzar en nivel de los no fumadores en un espacio de 5 años.

A modo de conclusión se puede decir que no hay ninguna duda de que el tabaco perjudica la salud. En general los efectos producidos son dosis dependiente y disminuyen al suprimir la exposición al humo de tabaco, variando el tiempo que debe transcurrir para equipararse el riesgo a los no fumadores según la patología. Dejar de fumar siempre merece la pena, pero evidentemente cuanto antes se haga más beneficios se pueden obtener desde un punto de vista de salud. El abandono del tabaquismo es posible y aporta ventajas y beneficios a corto, medio y largo plazo, tanto a la salud del individuo como a la de la población general. Además, las intervenciones sobre tabaquismo se han mostrado altamente eficaces para la Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez – Artalejo F et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692- 694
2. Doll R. Cancer weakly related to smoking. British Medical Bulletin 1996; 52: 35- 49
3. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118: 981- 989.
4. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington D.C. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease prevention and Health promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication Nº 90- 8.416, 1990.
5. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. BMJ 1989; 298: 789- 794.
6. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/tabaco.htm>. Plan Nacional de Prevención y control del tabaquismo 2003-2007

M^a Teresa Antolín García.

Unidad de Neumología

Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Mantener el aire limpio es responsabilidad de todos

POR UN HOSPITAL SIN HUMOS





COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA SIN HUMOS. Propuesta de Programa



Desde el año 1988 está prohibido en España fumar en lugares públicos, sanitarios y medios de transporte (Real Decreto 192/1988). Además está prohibido fumar en zonas donde existe riesgo para la salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las Comunidades Autónomas, a través del Comité Interterritorial de Salud, aprobaron a principios de este año el **Plan Nacional contra el Tabaquismo**. Pretende desarrollar estrategias de acción contra el tabaquismo hasta finalizar el año 2007. Las medidas son actuar desde la Administración contra la publicidad directa e indirecta de tabaco, excluir al tabaco del IPC, aumentar el precio y los impuestos, suprimir las máquinas expendedoras, declarar el tabaco una enfermedad crónica, apoyar al fumador que desee dejarlo, reducir la prevalencia de fumadores y regular el consumo en lugares públicos y empresas privadas.

La ministra de Sanidad, Ana Pastor, constituyó el 27 de Mayo de este año la **Comisión Intersectorial** y el **Comité Ejecutivo** encargados de coordinar y hacer el seguimiento del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. **Entre los objetivos del Plan destaca el que a finales del 2003, al menos, el 95% de los centros sanitarios, docentes y de Administración Pública deben ser espacios sin humo.**

La presencia de humo de tabaco en los centros sanitarios supone un **evidente riesgo para la salud** de los usuarios y trabajadores, además de constituir una paradoja pues contradice la propia naturaleza de estos centros que están dedicados a la atención, cuidado y promoción de la salud. Por tanto, es prioritario, que los centros sanitarios, hospitalares, se conviertan en espacios libres de humo de tabaco. Para esto, se precisan intervenciones múltiples, coordinadas, basadas en la participación de todos los profesionales sanitarios, del equipo directivo y de los propios pacientes y visitantes.

En la actualidad, hasta un 14% de las empresas en España han puesto en marcha o habilitado áreas libres de humo. El beneficio que se puede obtener de estas medidas, según estudios de la Universidad Complutense de Madrid, es de unos 180 euros por cada empleado que deja de fumar. Las medidas a tomar tienen un coste similar a cualquiera otras de prevención de riesgos laborales.

El Programa de Calidad del Complejo Asistencial de Zamora incluye como uno de sus objetivos convertir este centro en un espacio sin humo. Para ello, se propone elaborar un Plan de Prevención del tabaquismo basado en un contexto internacional de establecimiento de una Red Europea de Hospitales sin humo.

El Plan propuesto constaría de las siguientes fases:

Sensibilización → Estudio → Implementación → Seguimiento

Las acciones que proponemos para discutir/realizar se basarían en las indicadas por la **Red Europea de Hospitales sin humo**:

- 1.- Implicar a los responsables de la toma de decisiones, sensibilizar a todos los trabajadores e informar a los usuarios.
- 2.- Valorar la creación de un Comité de Prevención del Tabaquismo, definiendo las estrategias y coordinando las actuaciones.
- 3.- Establecer un Plan de Formación de los profesionales para que conozcan la mejor forma de abordar a los fumadores. Conocer cuántos profesionales fuman
- 4.- Delimitar zonas de fumadores alejadas de las zonas de recepción y de atención médica. Es necesario concienciar a los fumadores que es prioritario el control del humo del tabaco, así como el derecho que tienen los profesionales y usuarios del hospital a trabajar/residir en un ambiente seguro y saludable.
- 5.- Señalizar adecuadamente con carteles, posters, la prohibición de fumar en el recinto hospitalario.
- 6.- Suprimir los objetos que incitan a fumar como ceniceros.
- 7.- Organizar actividades de sensibilización y renovar las campañas de información. 8.- Seguir proporcionando ayuda para dejar de fumar. Unidades de deshabituación tabáquica (ya existente en nuestro medio).
- 9.- Garantizar un seguimiento y evaluación continuos.
- 10.- Primero convencer, se recurrirá a la imposición sólo si fuera necesario.



NuevoHospital (versión digital - Internet) Números publicados:

Año 2001 (Volumen I)

Nº0: [Presentación];[La Unidad de Calidad]; [NuevoHospital]; [Normas de Publicación]

Nº1: Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha

Nº2: Guía Farmacoterapéutica y equivalentes terapéuticos (versión 1-2001)

Año 2002: (Volumen II)

Nº3: Guía para la Información y el Consentimiento Informado

Nº4: Guía de acogida al nuevo trabajador

Nº5: [Clasificación TNM para tumores malignos]; [Registro de tumores en el Hospital Virgen de la Concha]; [Protocolo de envío de muestras al laboratorio de Anatomía Patológica]; [¿Qué es la P.E.T.?]; [Protocolo de actuación en el test de aliento]

Nº6: [Evolución de la Gestión Analítica (I)]; [Generalidades sobre el funcionamiento de la Contabilidad Analítica en el Hospital Virgen de la Concha (II)]; [La autopsia]; [Protocolo para la reducción del número de caídas en pacientes hospitalizados]; [Protocolo de registro de proyectos de investigación]

Nº7: Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001. Recogida de datos.

Nº8: Diseño y evaluación de protocolos clínicos

Nº9: MANUAL DE CALIDAD (edición 1-2002)

Nº10: Reglamento de uso de la Historia Clínica

Nº11: Guía del Usuario

Nº12: Fármacos Genéricos

Nº13: [Medición del Producto Hospitalario]; [Seguimiento de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica.Resultados del año 2001]; Cartas al Editor: [Estudio genético en la sordera]; [Curso de Prevención en Riesgos Laborales. Nivel básico]

Nº14: Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

Nº15: [Informes de Coste - Actividad]; [Legislación sobre la Historia Clínica]

Nº16: Protocolo de actuación ante pacientes con alergia al látex

Nº 17: [¿Qué es el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE)?]; [La Unidad De Información y Comunicación]; [Actividad De Calidad Del Área de Enfermería en el Año 2.001]; Cartas Al Editor: Guía De Uso Apropiado De Resonancia Magnética

Nº 18: Actividad de la Comisión de tumores, tejidos y mortalidad: [AÑO 2000]; [AÑO 2001]; [Registro Hospitalario de Tumores Malignos. Resultados en el año 2001]

Nº 19: [Unas letras entre tanta ciencia: Las bibliotecas en el Hospital.

¿Biblioteca para pacientes, biblioteca médica o diversidad de usuarios?]; [Diseño y evaluación de protocolos clínicos]; [SACYL. La Sanidad de Castilla y León]; [Estructura de la Gerencia Regional de Salud]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad]; [Normas de Publicación]; [Sumario de los Números Publicados]

Nº 20: Guías y soluciones prácticas en el paciente con dolor

Nº 21: Oncología Cérvicofacial. Manual para cuidadores

Nº 22: Plan de catástrofes externas del Hospital Virgen de la Concha

Nº 23: Plan interno de residuos (Documento de archivo 4.46MB)

Nº 24: Contabilidad analítica. Plan de Mejora

Nº 25: Vía clínica de tratamiento del asma en la infancia

Nº 26: Protocolo De Lencería – Lavandería

Nº 27: Protocolo De Cocina

Nº 28: [Benchmarks de Ortopedia y Traumatología]; [Unas Letras Entre Tanta Ciencia: La Biblioteca de Ciencias de la Salud: Una biblioteca especializada en el Hospital]; [Departamento de Contabilidad de Gestión: Contabilidad de Gestión y Contabilidad de Costes]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad (II): El Manual de Calidad.]; [Derecho a la información: el derecho más reconocido por los usuarios]

Nº 29:Modelo de gestión de la información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha

Nº 30:Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (edición electrónica)

Nº 31:[Evolución y actividad desde su inicio de la Comisión Promotora del Comité Asistencial de Ética . Hospital Virgen de la Concha. Zamora.]; [Programa de intercambio HOPE 2002 Portugal (HOPE Exchange Programme 2002)]; [Biopsia del ganglio centinela con radiocirugía en el cáncer de mama]; [Normas de publicación]

Nº 32: Protocolos de RM y TAC del Hospital Virgen de la Concha (1999-2002)

Nº 33: Gestión de Procesos:[Plan de Comunicación Interna. Carta circular]. Tecnología: [Cápsula endoscópica: revisión de indicaciones y limitaciones de cara a un uso racional]; [Doppler color]; [Técnicas intervencionistas de mama]

Nº 34: Guía para el manejo clínico de la vía aérea difícil

Nº 35: Plan de Comunicación Interna (1-2002. Septiembre 2002)

Nº 36: GUÍA DE URGENCIAS: Cólico nefrítico

Nº 37: GUÍA DE URGENCIAS: Epilepsia

Nº 38: GUÍA DE URGENCIAS: Hemorragia digestiva alta (HDA)

Nº 39: GUÍA DE URGENCIAS: Infarto agudo de miocardio

Nº 40: GUÍA DE URGENCIAS: Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE)

Nº 41: GUÍA DE URGENCIAS: Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)

Nº 42: GUÍA DE URGENCIAS: Infecciones urinarias

Nº 43: GUÍA DE URGENCIAS: Paciente quemado grave

Nº 44: GUÍA DE URGENCIAS: Intubación rápida

Año 2003 (Volumen III)

Nº 45: Tecnología: [ANGIO-TAC]. Gestión de procesos: [Proceso técnico de publicaciones periódicas]; [Circuitos de información: Gestor de gastos Suministros]; Cartas al Editor: [X Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud: Gestión del Conocimiento y Bibliotecas de la Salud]

Nº 46: GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA (versión 2.0 - año 2002)

Nº 47: Plan Anual de Gestión 2003 (Complejo Hospitalario de Zamora)

Nº 48: Manual de Calidad (2-2003)

Nº 49:[Protocolo de valoración del riesgo social al ingreso hospitalario]; [A propósito de los planes de comunicación interna]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad (III): Requisitos de la documentación]; [Unas letras entre tanta ciencia: Breve evolución histórica de las bibliotecas de ciencias de la salud en España: La biblioteca y el Sistema Nacional de Salud]; [Informe sobre la realización del proceso de donación de órganos del año 2002]; [Programa de intercambio HOPE 2002 Portugal (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)]; [Índice de números publicados en NuevoHospital digital (internet)]; [Normas de Publicación]

Nº 50: Valoración del grado de satisfacción del donante en nuestro Banco de Sangre

Nº 51: Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Provincial de Zamora. Memoria del año 2002.

Nº 52: Guía para pacientes portadores de cánula.

Nº 53: Protocolos de profilaxis de infección quirúrgica.

Nº 54: [Medición continua de gasto cardíaco en pacientes portadores de shock séptico]; [La vigilancia de la infección nosocomial en el Hospital Virgen de la Concha]; [Importancia del diagnóstico precoz en la artritis reumatoide]; [Protocolo de evaluación sistematizada de artritis reumatoide 2002].

Nº 55: [El informe de alta hospitalaria]; [Comisión de historias clínicas. Memoria del año 2002]; [Normas generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas]; [Banco de huesos del Hospital Virgen de la Concha]; [XCIII Reunión de las asociaciones territoriales de Anatomía Patológica].

Nº 56: Protocolo para la reducción de caídas en el medio hospitalario.

Secciones:
EDITORIAL
CONCEPTUALES
GESTIÓN DE PROCESOS
TECNOLOGÍA
CARTAS AL EDITOR
NÚMEROS MONOGRÁFICOS

www.calidadzamora.com





Nota de la dirección de la revista:

Este es el último número de la revista Nuevo Hospital del año 2003.

Todos los números desde diciembre de 2001 hasta diciembre de 2003 se archivarán en CD por lo que algunos documentos obsoletos desaparecerán de la página web y se consignará junto a su título.

Quienes estén interesados en algún artículo concreto que ya no figure en la web pueden solicitarlo en las direcciones de correo electrónico:
<ucalid@hvcn.sacyl.es>

Muchas gracias a los lectores en nombre del comité editorial y de los autores de los trabajos.

Dr. Jose Luis Pardal Refoyo
Coordinador de Calidad
Complejo Asistencial de Zamora