

LA COLMENA

Coordinación e integración asistencial de las enfermedades cardiovasculares



Antonio Merchán
Herrera

Jefe de Servicio de
Cardiología del HIC

Que las enfermedades cardiovasculares representan un auténtico problema para cualquier sistema sanitario occidental parece fuera de toda duda.

Sigue siendo la primera causa de mortalidad y según la última estadística del INE correspondiente al año 2006 constituyen la segunda causa de morbilidad con el 14,5% del total de ingresos hospitalarios en nuestro país (algo por debajo de los embarazos, partos y puerperios). En nuestra Comunidad Autónoma, en cambio, son la primera

causa de ingresos hospitalarios, aunque todavía estamos situados por debajo de la media nacional, con el 13,7%. No obstante, cuando nos comparamos con nuestros vecinos de la CEE, estas tasas de ingresos hospitalarios siguen siendo casi la mitad de las que ocurren en ellos, a excepción de Portugal.

Afortunadamente la mortalidad por cardiopatía isquémica, que es la más frecuente, se ha estabilizado en los últimos años en nuestro país, con tendencia al descenso.

En cuanto a su distribución por Comunidades Autónomas, la mortalidad por estas enfermedades siguen tozudamente un patrón norte-sur con una mayor mortalidad en las Comunidades sureñas y vecinas del Mediterráneo (como la nuestra), que llega a ser en algunos casos hasta del doble, aunque paradójicamente en estas regiones sea donde más se sigue la famosa dieta mediterránea.

Para poder combatir esta terrible lacra de nuestro tiempo, se han desarrollado en los últimos años planes

En Cardioforo Interactivo 2008 se han abordado temas de formación, investigación y de divulgación de las técnicas actuales, en www.cardioba.es, (...) comunicación virtual con otros niveles asistenciales, todo lo cual supone, a nuestro juicio, un primer paso en esta tan deseada integración.



integrales nacionales y últimamente autonómicos, entre los que se encuentra en nuestra región el PIEC (Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares) en los que se aborda de una forma global e integral todas las acciones a realizar para conseguir un mayor control de ellas.

Entre dichas acciones, quiero destacar, como una de

las más importantes, la de intentar conseguir la coordinación e integración entre los diversos niveles asistenciales para intentar conseguir un "continuum" asistencial del paciente.

El desarrollo del sistema sanitario de la segunda mitad del siglo XX ha ido asociado con un aumento de la complejidad asistencial y un proceso de descentralización y especialización que no se ha acompañado de una mejora en la capacidad organizativa del sistema sanitario.

Existen problemas como la falta de comunicación, coordinación e integración, que deriva en un despilfarrero en la gestión de los recursos, una pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y una disminución de la calidad en la atención prestada. Procesos parciales adecuados y excelentes (por ejemplo, la implantación de un stent coronario) puede que no generen resultados óptimos si el resto del proceso asistencial falla (no asegurando el tratamiento antiagregante ambulatoriamente)

En el reciente Cardioforo Interactivo 2008 celebrado en Badajoz se han abordado estos temas, además de otros más específicos de formación, investigación y de divulgación de las técnicas actuales disponibles y se ha presentado una página web (www.cardioba.es) que permite establecer una comunicación virtual con otros niveles asistenciales, todo lo cual supone, a nuestro juicio, un primer paso en esta tan deseada integración.

En el Servicio de Cardiología del Hospital Infanta Cristina estamos convencidos que la lucha contra esta terrible enfermedad es tarea de todos (especialistas, médicos de familias, enfermeros/as,...), aunque sabemos que la mayoría de las veces el camino sólo se hace al andar.

La FINEZZA, aliada para la organización de visitas



Mónica Dávila Díaz

Subdirectora de
Régimen Económico
y Presupuestario del
AS de Cáceres

En los primeros días de la transición política española Andreotti, jefe del Gobierno italiano visitó España y, tras insistentes preguntas respondió breve pero contundentemente a la demanda informativa sobre la política de nuestro país: "Manca Finezza". Puede que tuviera o no razón a la hora de emitir su análisis político, pero acertaba al mostrar la finezza como cualidad central para resolver situaciones complejas. La gestión de la mejora de calidad de pacientes hospitalarios es un proceso en el que el éxito depende en buena medida de la finezza con la que administraciones públicas y grupos de interés (visitantes) actúan.

Desde la gestión pública no parece haber dudas sobre la necesidad de lograr mejoras en la calidad del servicio asistencial. Tal vez lo primero sea aceptar un diagnóstico realista de lo que ocurre a diario en los hospitales y la percepción de los pacientes. Una breve estancia en el hospital permite definir con nitidez la situación. El hospital es un lugar con demasiado ruido.

EL QUÉ

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los centros sanitarios no superar los 35 decibelios por el día y los 25 por la noche. Nuestros hospitales sobrepasan notablemente estos niveles. Este ruido tiene su origen en agentes externos e internos. Los primeros (tránsito automotriz, motos, buses, ambulancias...) parecen poder paliarse con barreras insonorizantes, una adecuada señalización del recinto y una correcta gestión del tráfico.

Los segundos son, sin embargo, los más numerosos y difíciles de gestionar. Desde las televisiones, radios, teléfonos o megafonía hasta el innumerable trasiego de

gente en habitaciones y pasillos hacen del ruido un lugar común y permanente.

EL POR QUÉ

El aspecto más controvertido es la regulación de las visitas. Las visitas de familiares y amigos, olvidándonos de otro flujo de personas que deambulan a diario por el hospital: proveedores y visitantes médicos cuya presencia nadie parece tener interés en cuestionar.

Respecto a las visitas a pacientes cabría preguntarse las razones de tan numerosa presencia. Sin duda hay cuestiones culturales, como es esta especie de obligación social a pasar por el hospital cuando un familiar, amigo o vecino está ingresado. Pero también hay cuestiones enraizadas en una sociedad patriarcal que "obliga" al ámbito privado de la sociedad (habitualmente mujeres: madres, hermanas, cuñadas...) a realizar los cuidados de sus familiares y que sustituye parcialmente al ámbito público de los cuidados integrales de los enfermos.

... mantenemos un equilibrio inestable entre el apoyo familiar a los cuidados, los recursos públicos disponibles y los hábitos culturales.



En esta combinatoria de ahorro público y costumbres sociales se difumina la voluntad del paciente. ¿Qué desea la persona enferma que pueda ofrecer la visita?. Quizá mi experiencia personal sirva para la reflexión. Podría clasificar las visitas recibidas durante mi estancia hospitalaria en tres; a saber: las institucionales, cortas y gratificantes en cuanto a la muestra de aprecio, las de cuidados, habitualmente de mi gente más cercana, sin las que mi estancia en el hospital hubiera sido difícil (además de esos cuidados adornados con caricias y mimos, las palabras y la búsqueda de entretenimiento hicieron de aquellos días unos menos infelices) y, las indeseables cuya presencia, muchas veces injustificadas en el tiempo buscaban simplemente cumplir pasando el rato y manejando información en torno al "morbo".

EL CÓMO

Las visitas tienen por lo tanto bondades claras en cuanto al apoyo físico y psicológico de la persona ingresada, y perversidades que llevan al agotamiento, falta de intimidad y descanso de las mismas. La obligación pública pasa por lo tanto por definir dónde está la frontera y elegir el modo de implementar medidas correctoras. Como en las políticas de gestión del tráfico, los instrumentos para resolver la gestión de las visitas en centros asistenciales van desde una clásica medida coercitiva (política semáforo) hasta una autorreguladora (política glorieta) que funciona gracias a una combinación de formación (educación, sensibilización) y punición ante la infracción (expulsión).

Sin embargo, no debemos de olvidar que mantenemos un equilibrio inestable entre el apoyo familiar a los cuidados, los recursos públicos disponibles y los hábitos culturales. En este contexto, la finezza parece buena aliada para la búsqueda de soluciones en el que obligatoriamente estén involucrados tanto los visitantes como el personal de los hospitales (asistenciales y no asistenciales) y cuyo fin último sea lograr el máximo de bienestar de los y las pacientes.