

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 4 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1115	F	28/01/2020	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	F	30/01/2020	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	28/01/2020	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2019_0005	S1	31/01/2020	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2018_0075	S1	29/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	29/01/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este es un proyecto que nació para tratar de incrementar la prevalencia de EPOC en el sector, que, según el cuadro de mando, en 2016 estaba en 2,5%. Posteriormente el proyecto fue ampliando su alcance para intentar mejorar globalmente el proceso de prevención y diagnóstico de la EPOC, realizando actividades específicas formativas sobre la identificación y registro de fumadores, así como sobre la intervención tabáquica. También, con la introducción de indicadores sobre el plan de cuidados de enfermería en EPOC se realizaron actividades formativas específicas en las que se abordó el interrogatorio y registro de los síntomas, así como el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas. Se compraron espirómetros para todos los centros de salud y se han realizado actividades formativas sobre la realización de espirometrías, centralizando en una o dos enfermeras por centro la realización de espirometrías, y sobre el registro de los resultados de espirometría en OMI-AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar 2019, el 29,3% de los fumadores entre 40 y 80 años tienen espirometría realizada en los últimos 5 años (Al inicio del proyecto en Enero de 2017 estábamos en un 16%). Aunque la mejora absoluta ha sido de un 13% en tres años, y obtuvimos una mejora significativa en el inicio después de la compra de espirómetros, a partir del Verano de 2018 el resultado ha sido decepcionante ya que nos hemos estancado mejorando un 4% en año y medio. Parece que se hacen más espirometrías en los pacientes con síntomas. Estratificando por edad observamos que se han más espirometrías a los pacientes fumadores más mayores (60-80 años) con un cumplimiento del 35,89% que a los fumadores más jóvenes (40-60) con un cumplimiento 10 puntos menor (26,75). Es precisamente en este grupo de edad donde es más importante la detección precoz, donde menos se realiza.

La prevalencia de EPOC según el cuadro de mando está en 2,42% cuando en Diciembre de 2016 estaba en 2,57%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este indicador no mide realmente prevalencia, sino que solo entran en el numerador los pacientes EPOC que han acudido al centro en el año anterior. Por otra parte, al revisar con OMI-est los diagnósticos EPOC observamos quedan fuera todos los diagnósticos EPOC que no tienen registro de Tiffenau en el diagnóstico; teniendo en cuenta que, tradicionalmente, en la mayor parte de los diagnósticos de especializada no se ha informado de este dato, el resultado es que la mayoría de los diagnósticos de especializada se quedan fuera el indicador. Con los datos de un cupo de AP, si incluyéramos los pacientes de especializada que se han quedado fuera la prevalencia estaría ligeramente por encima del 5%, es decir el 50% de la prevalencia esperada según EPISCAN, infradiagnóstico que no anda lejos de la diferencia de la prevalencia real de diabetes, según cuadro de mando, respecto de la cobertura esperada de diabetes en el estudio di@betes.

Mejores resultados se han obtenido en los indicadores de prevención de EPOC, donde la actividad de detección de fumadores ha pasado de un 41,83% en 2017 a un 49,67% en 2019 (hemos pasado de ser el sector que menos preguntaba al tercer mejor sector), aunque en el año 2019 no hayamos mejorado los resultados de 2018 (mejora absoluta 7,8%). Es de resaltar que, a pesar de este incremento en la actividad de detección, el indicador de intervención sobre el tabaco en pacientes fumadores haya crecido durante este período, desde un 50,48% en 2016 a un 63,96% en Diciembre de 2019 (60,91% en 2018).

Resultados en planes de cuidados de EPOC: limpieza ineficaz de vías aéreas 44,6% (40,32% en 2018), síntomas 48,43% (40,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención sobre el diagnóstico de EPOC mediante la compra de espirómetros en todos los centros, formación a enfermería en realización de espirometrías, actividades de formación sobre detección precoz y prevención de la EPOC y la monitorización con feedback trimestral de los indicadores han producido un efecto moderado alcanzando techo en tres años. Las espirometrías se hacen más en pacientes con síntomas, y en pacientes de más edad, en lugar de en jóvenes que es donde más indicado estaría la adopción medidas preventivas. No llega a calar la indicación de espirometría en pacientes en riesgo.

El indicador de prevalencia de EPOC de cuadro de mando infravalora la prevalencia real de EPOC ya que está dejando fuera a los pacientes diagnosticados en especializada. Estos datos bajos de prevalencia EPOC puede que estén desincentivando la actividad de detección precoz de EPOC.

Teniendo en cuenta que todos estos indicadores ya forman parte de los indicadores de salud y están en el contrato programa cerramos este proyecto ya que va ser monitorizado como parte de la actividad de implantación del contrato programa de ahora en adelante,

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DELGADO MONJE ANGELA
ENA BENLLOC SARA
GIL MORALES PATRICIA
BIDZINSKA ANNA IRENA
TORO SEGOVIA MARITZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició en 2016 con la elaboración de un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensado con el servicio de ginecología del Hospital de Alcañiz y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la determinación del VPH de acuerdo con las líneas estratégicas del SALUD. Se cubrió la plaza de matrona de Cantavieja que estaba pendiente de reestructuración. Se realizó difusión a los centros de salud para que los médicos de atención primaria derivaran a la matrona y no a ginecología y se colgó el protocolo en nuestra intranet.

Incluimos en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual de las matronas el indicador: % de pacientes entre 35 y 65 años a las que se ha realizado al menos una determinación VPH/ citología en los últimos 5 años.

En el mes de junio de 2019 se cerró la consulta de planificación familiar, pasando la actividad de screening de cáncer de cérvix, que realizaban en la consulta a las matronas de Atención Primaria.

En el año 2019 tras los traslados cambiamos la mayor parte de las matronas de nuestra plantilla, habiendo mantenido reuniones formativas con las nuevas matronas. La matrona del sector que atiende Valderrobres y Calaceite, al no disponer de un espacio físico para su consulta, es, en estos momentos, la única que no realiza citologías y se derivan a Ginecología. Actualmente se está realizando una reforma del centro de salud de Valderrobres, por lo que esperamos que este problema quede resuelto a finales de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 2016 cuando nos planteamos el proyecto partimos de los datos obtenidos en el 2015 que eran un 23,65% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 28,83% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

Los resultados del año 2016 fueron poco significativos con un discreto aumento, ya que se trabajó en la elaboración del protocolo con el servicio de ginecología y se seguía sin disponer de una matrona siendo los resultados de un 23,91% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 29,19% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2017 los resultados obtenidos ya se observa una mejoría siendo un 26,59% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 34,84% entre las mujeres entre 35 y 65 años, considerando que el proyecto debe continuar ya que se introduce en ese momento la determinación del VPH.

En el año 2018 los resultados siguen mejorando siendo un 33,03% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 37,10% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2019 los resultados siguen siendo satisfactorios superando el sector el estándar del 40% que nos habíamos propuesto para la determinación del VPH. los resultados han sido de un 35,89% de citologías realizadas en Atención Primaria entre mujeres entre 25 y 34 años y un 42,40% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro programa ha mejorado sensiblemente las coberturas en los dos indicadores establecidos observándose una progresión continua e una implicación total de las matronas.

También hemos observado un alto porcentaje de funcionarias que utilizan el sistema privado de salud, por lo que esas pacientes se nos están quedando fuera.

El tener un protocolo disponible en la red, monitorizar el indicador, cubrir plaza de matrona vacante y realizar difusión entre los equipos de atención primaria han sido suficiente para poner en marcha el circuito y mejorar los indicadores de cobertura de screening de cáncer de cérvix en el sector de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.

Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación. Elaboración de criterios de indicación
- o Difusión en junta técnico asistencial
- o Revisión de todas las peticiones solicitadas por Atención Primaria en dirección de Atención Primaria. Rechazo de las que no cumplen criterios, adjuntando a la respuesta negativa los criterios de petición de resonancia del sector.
- o Monitorización y registro de la actividad de revisión en Dirección de Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 se han solicitado 719 RMN en Atención Primaria, de las cuales se han rechazado 34 y se han realizado 685, es decir que nuestro indicador "% de RMN solicitadas y rechazadas" obtiene un resultado del 4,73% muy por debajo del estándar del 20% que nos habíamos propuesto. La tasa de rechazo fue mucho mayor en los primeros meses del año: de Enero a Mayo se rechazaron el 13,8% de las peticiones, desde el mes de mayo a Diciembre solo se rechazaron el 1,83% de las peticiones. De las solicitudes, un 27% fueron indicadas por atención especializada a través de interconsulta virtual (fundamentalmente Unidad de Musculo esquelético, con un 25,76% de todas las solicitudes del ejercicio). Si consideramos la tasa de RMN por 100000 habitantes nos da en este momento una tasa por 100000 habitantes de 1044 (sin ajustar por cobertura). A final de año 2018 la tasa de Aragón fue de 1224, por lo que consideramos que cumplimos el objetivo que nos habíamos previsto, a la espera de los resultados de Aragón de 2019. Si tenemos en cuenta nuestro histórico, se ha pasado desde 1193 RMN realizadas en 2016 (que fue el año que se introdujeron las RMN en atención primaria en nuestro sector) a 719 en 2019, por lo que creemos que hemos conseguido el objetivo de ofertar la RMN en Atención Primaria ajustando la demanda por debajo del promedio del SALUD.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras un intento de introducir la petición de RMN, en 2016, con un protocolo de petición de RMN cuya implantación no fue monitorizada, obtuvimos una tasa de petición de RMN por 100000 habitantes muy superior a la tasa de petición en Aragón, y la impresión de que no se estaban cumpliendo los criterios de petición. En 2019, la reelaboración del procedimiento de petición de resonancias junto con la interconsulta virtual de especializada y la autorización de las peticiones por parte de dirección ha conseguido reducir el número de peticiones de RMN por debajo de la tasa de solicitudes de RMN del SALUD con una baja tasa de rechazo. Aunque al principio la tasa de rechazo fue elevada, a partir del segundo trimestre la cifra fue testimonial. La supervisión desde Dirección del cumplimiento de criterios de petición de resonancia se ha mostrado muy efectiva y el coste del tiempo de revisión es asumible, por lo que, aunque el proyecto finaliza, vamos a seguir revisando las peticiones desde la Dirección de Atención Primaria, reduciendo la actividad de monitorización y registro al control trimestral de las cifras de petición.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABRADOR FUSTER TOMAS
CASANOVA ESTEBAN PAOLA
ARTAJONA RODRIGO ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha finalizado el proceso de atención a la insuficiencia cardiaca en colaboración con la dirección de Atención Primaria del sector Calatayud y los servicios de cardiología del Hospital Miguel Servet y Calatayud y se ha pasado revisión externa por compañeros del sector III y se ha compartido con los sectores II, III y Teruel.

Se ha modificado el informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Por razones relacionadas con las fechas de resolución del concurso de traslados hemos tenido que retrasar la difusión del proceso en los centros de salud que hemos comenzado a realizar en Enero de 2020 estando previsto llegar a todos los centros.

Se han colgado en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.

Hemos creado un proceso de transición de los pacientes ingresados desde el hospital a Atención Primaria, creando una consulta monográfica de insuficiencia cardiaca en la unidad de cronicidad del hospital, para ser desarrollada por una enfermera con competencias avanzadas en cuidados de insuficiencia cardiaca. Su misión es iniciar la educación del paciente y su familiar para conocer su enfermedad, reconocer los síntomas de alarma y las recomendaciones de autocontrol y autocuidados. Antes de salir de alta el paciente, la enfermera llamará a la enfermera de atención primaria responsable del paciente y le comunicará el plan de cuidados y el nivel de conocimientos adquiridos. Se valorará la efectividad de la intervención monitorizando la tasa de reingresos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía estamos difundiendo en los centros de salud, dado que los traslados se han resuelto muy tarde y no tenemos que esperar a tener las plantillas estables antes de difundir. El proyecto ha tenido demanda en otros sectores del SALUD.

Por razones estratégicas, por el momento no se pueden incluir los formularios propuestos en OMI-AP, lo que hemos paliado colgando documentos en las plantillas de OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va despacio y esperamos concluirlo en 2020 si no aparecen nuevos problemas estructurales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN):
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCAINE JOSE MARIA
VERDE SANZ GUAYENTE
RECHE SABATER ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en los centros de salud entre marzo y junio 2019, y en la junta técnico asistencial del Sector de junio se presenta nuevamente y se resuelven las cuestiones, dudas, etc de los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP.

En marzo 2019, se hace la primera extracción de datos de los pacientes con prescripciones activas de antidiabéticos no insulínicos:

- BDU: características o variables sociodemográficas (CIAS, EAP, edad y sexo).
- Módulo de historia farmacoterapéutica electrónica: código principio activo, nombre principio activo, fecha inicio tratamiento, fecha fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial del medicamento, código CIAP y diagnóstico asociado a cada tratamiento.
- Nomenclator: DDD principio activo, dosis, unidad dosis, unidades por envase.
- DATA farmacia y OMI AP: filtrado glomerular de los últimos doce meses (marzo 2018 - febrero 2019), fecha, valor filtrado glomerular, unidades, y casilla vacía en aquellos pacientes que no dispongan del dato (fecha y/o valor). Se obtienen datos de 4601 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1044 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Omilab@. Casualmente se cambia el programa de Omilab a Modulab en marzo-abril 2019 y no se pueden recuperar los datos anteriores. Esto obligaría a tener que consultar uno a uno en HCE si ese dato está o no. Ante la dificultad por el elevado número de pacientes, se contacta nuevamente con los coordinadores médicos (correo-e y sesiones) y se les indica que soliciten y registren el dato de FG de estos pacientes. Se volverán a extraer datos de Modulab en septiembre 2019. Finalmente, de 4601 no disponemos de datos de 861 pacientes ni en OMI ni en HCE. En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 861 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

En octubre 2019, se diseñó el formato con la propuesta de modificación de tratamiento de los pacientes por cupo, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis. También se seleccionó la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

Debido a las dificultades para obtener los datos, y el tiempo transcurrido desde la primera extracción, en enero 2020 se realiza una nueva extracción global para actualizar los datos y hacer el corte definitivo con datos del año 2019 completo.

Los pacientes de los que no dispongamos los datos tal y como se reflejan en el proyecto, serán excluidos del estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto continúa en 2020. No disponemos de los datos definitivos. Pendiente de la segunda vuelta y de la valoración de la aceptación de las recomendaciones ya emitidas.

Primera vuelta:

- ? El 24,5% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses
- ? El 18,7% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.
- ? El 30% presentan inadecuación de dosis o contraindicación. De estos, el 16% tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave para abordar los retos, problemas, etc. que se han planteado en cada lugar y pudiendo ofrecer la solución más adecuada. Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/5 ===== ***

Nº de registro: 0005

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, LLORENS PALANCA DOLORES, VERDES SANZ GUAYENTE, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria (AP) es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados.
La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedición.
La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:
- Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.
- Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en AP cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).
Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del Sector de Alcañiz.
? Promover la correcta dosificación de los fármacos en pacientes con IR.
Objetivo secundario
? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial, comisión de diabetes y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos. La farmacéutica de atención primaria (FAP) realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además, junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR. El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

INDICADORES

Fuente datos: receta electrónica.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

containdicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

DURACIÓN

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ESTER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
GARCIA LOPEZ ANA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
REAL CORDERO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una evaluación de las sedaciones paliativas efectuadas en el período entre Mayo a Octubre de 2018 en el Hospital de Alcañiz. Fueron 8 pacientes, de los cuales solo se pudo acceder a la historia clínica de 6. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 50 % de los pacientes con historia disponible no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, y se encontró registro de objetivo de sedación en el 60% de los pacientes. En 3 de los pacientes no hubo lugar para la verificación del cumplimiento de objetivo dado que fallecieron en el mismo día. En el resto no se encontró registro de cumplimiento de objetivo de sedación.

Tras esta primera evaluación se realizaron en el mes de Abril tres sesiones clínicas en el hospital:

o Día 9: El grupo de trabajo de enfermería del hospital en cuidados paliativos presentó a enfermería el procedimiento de cuidados paliativos del hospital. Posteriormente se realizó una sesión en cada planta del hospital

o Día 16. Adecuación y esfuerzo terapéutico.

o Día 30. Protocolo de sedación (colgado en la intranet del sector)

En cuanto a Atención Primaria no se pudieron obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre de 2018. Se comprobó que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la objetivo de la sedación ni el cumplimiento del objetivo.

Como acción de mejora, se presentó el procedimiento de sedación paliativa en todos los centros de salud por parte del ESAD y se ha colgado el procedimiento en la intranet del sector (Octubre a Diciembre de 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras esta intervención hemos procedido a reevaluar, esta vez hemos evaluado los pacientes que llevaron sedación paliativa en el hospital en el período comprendido entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019. En este período recibieron sedación paliativa 27 pacientes, de los que se pudo acceder a la Historia clínica en 24, lo que supone que se han triplicado los pacientes en tratamiento respecto a los resultados del año anterior (y en 2018 se evaluó un mes más que en 2019).

Respecto a los indicadores un 70,8% constaba el registro inequívoco del consentimiento de la familia para la sedación paliativa, en un 75% de los pacientes constaba el síntoma refractario, mientras que el objetivo de sedación constaba en un 45,8% y el cumplimiento del objetivo en un 66% (hay que tener en cuenta que 5 pacientes fallecieron en el mismo día y no se pudo evaluar este indicador).

Comparado con los resultados iniciales observamos que se ha triplicado el número de pacientes en tratamiento con sedación paliativa, aunque se ha empeorado en los indicadores de consentimiento informado, objetivo de sedación y síntoma refractario, mejorando el de cumplimiento del objetivo. Al interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que buena parte de los incumplimientos se han dado durante las tardes-noches en los registros del personal de guardia, mientras que en la primera evaluación fueron registros del servicio de medicina interna en su integridad.

No se ha evaluado atención primaria porque solo han pasado dos meses desde la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está en plena implementación. Por el momento es evidentes que tras la intervención en el hospital han aumentado considerablemente el número de pacientes sedados, aunque la calidad del registro ha empeorado, algo sobre lo que tendremos que actuar en el próximo año. En cualquier caso, es esperable que, si se van incorporando a la actividad nuevos profesionales, la variabilidad aumente. La forma ideal de asegurar el registro sería la creación de un formulario de sedación paliativa en historia clínica electrónica. Estamos pendientes del efecto de la intervención en atención primaria, donde vamos a tener los mismos problemas con el registro electrónico.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN
El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ RODRIGUEZ IVAN
GAVIN BLANCO OLGA
BRONCHAL FELL SOPHIE
GORRIZ PINTADO SILVIA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se constituyó la subcomisión del código sepsis que tiene como función desarrollar el procedimiento del código sepsis y monitorizar la implantación del procedimiento en el hospital
- Se ha terminado el procedimiento, incluyendo un algoritmo de manejo de la procalcitonina, que se aprobó en la comisión de evaluación de cartera de servicios, para la evaluación de la efectividad del tratamiento antibiótico y el planteamiento del desescalamiento si procede.
- Por parte del laboratorio se ha creado el perfil del código sepsis para asegurar que no falte ningún parámetro analítico en el primer bundle
- Se han elaborado posters con el algoritmo del código sepsis para ser colgados en los boxes de urgencias.
- Creación de un registro de activación de código sepsis en las plantas
- El procedimiento se ha revisado por el equipo PROA y la comisión de infecciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación tuvo que ser aplazada debido a que el concurso de traslado de los médicos de urgencias se resolvió a final de año, por lo que vamos a comenzar las sesiones de implantación en el mes de Febrero, monitorizando la implantación mediante el seguimiento por la subcomisión de los indicadores de los pacientes con activación del código sepsis en el período comprendido entre Marzo y Mayo, estableciendo las acciones de mejora que procedan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos despacio, pero hemos creado un procedimiento actualizado, con buena comunicación con los diferentes actores. Próximamente veremos los resultados que produce.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **