

**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 lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:07:28 horas)*

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	14/12/2020	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	F	31/12/2020	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTHER	2018_0075	F	28/12/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	17/12/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITALDE ALCAÑIZ

## 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: 14/12/2020

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Finalizamos el año 2019 con todo preparado para la implantación:

- Modificación del informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en atención primaria
- Se colgaron en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.
- Se preparó una estrategia de coordinación con el servicio de cardiología y la unidad de cronicidad.
- Se elaboró un plan de difusión del documento en los centros de salud. Este plan de sesiones clínicas se había tenido que retrasar a 2020 por esperar a la resolución del concurso de traslados.

Actividades en 2020

- Durante el mes de Febrero se llevaron a cabo sesiones clínicas de difusión en los centros de salud de Alcañiz, Andorra e Hajar pero el calendario de sesiones se tuvo que paralizar por la irrupción de la pandemia.
- Durante el parón se ha elaborado un manual resumido de actuaciones de enfermería en el seguimiento de insuficiencia cardiaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha quedado suspendido hasta que la pandemia nos permita reanudar las actividades de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto está poniendo a prueba nuestra capacidad de resiliencia, ya que en si en 2018-2019 tuvo que pararse por la falta de cardiólogos en el sector y la resolución del concurso de traslados en Atención Primaria, en 2020 ha sido interrumpido por la pandemia. Si no surge ningún nuevo problema, esperamos retomar el proyecto cuando la pandemia lo permita.

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:

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

## 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

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 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 - 2019/0005

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 31/12/2020

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.

AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA  
RECHE SABATER ALBERTO  
VERDE SANZ GUAYENTE  
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES  
TURON ALCÁINE JOSE MARIA

#### 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 y envió 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. En noviembre hubo un segundo envío con los nuevos datos de FG de pacientes.

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. Se obtienen datos de 4717 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. Se excluyen 565 pacientes por no disponer del dato de filtrado glomerular en OMI-AP ni en HCE, tal y como se refleja en el proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 24,3% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses.

El 11,9% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.

El 17,1% (710 pacientes) presentan inadecuación de dosis o contraindicación según su filtrado glomerular de al menos un antidiabético. De estos, el 10,1% (72 pacientes) tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Los antidiabéticos más prescritos fueron: metformina, gliptinas y sulfonilureas.

Se han aceptado las recomendaciones hechas en un 60,0% de los pacientes (426 pacientes).

Las más frecuentes fueron:

Reducción de dosis 47,3%

Ampliación del intervalo terapéutico 25,2%

Contraindicación del antidiabético 24,5%

Respecto a los antidiabéticos implicados que precisaron ajuste, destacan:

Metformina 51,1%

Gliptinas 23,9%

Glifozinas 11,7%

Sulfonilureas 4,2%

Respecto al resto de medicamentos, la contraindicación de hidroclorotiazida en FG<30 ml/min fue la recomendación más frecuente.

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

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

No se hicieron cambios por mejoría de FG en un 10,1% (72) de los pacientes.  
No se obtuvo respuesta sobre las recomendaciones hechas al 29,8% (212) de los pacientes.

#### 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 tenía 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 vista de los resultados obtenidos, sería aconsejable que esta información se integrase en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== 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 polimedicación. 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.

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

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

##### 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 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: 28/12/2020

#### 2. RESPONSABLE ..... ESTHER 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  
FERRANDO AZNAR CLARA  
GARCIA LOPEZ ANA MARIA  
SALAS ALCANTARA MARIA  
REAL CORDERO ESPERANZA  
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA  
GAVIN BLANCO OLGA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 la Comisión de Cuidados Paliativos del sector elaboró un protocolo único de cuidados paliativos para todo el Sector que fue difundido con sesiones en el Hospital y en los centros de salud en 2019. Posteriormente se han mostrado los resultados de la evaluación de 2019 mostrando las áreas de mejora. Este año se han proporcionado bombas de perfusión a Atención Primaria, elaborando una ampliación del documento de sedación con las dosificaciones recomendadas para la bomba de perfusión.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### HOSPITAL

En el año 2018 se recogieron 8 sedaciones paliativas en el hospital en el período entre Mayo y Octubre, sin encontrar registro de consentimiento en el 50% de los pacientes. En el 100% constaba el síntoma refractario. En el año 2019 se recogieron 27 sedaciones paliativas entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019, es decir que, en un período de tiempo de un mes menos que en la evaluación del año anterior, se triplicó el número de sedaciones. Se encontró en un 70,8% la existencia de consentimiento informado y constaba en el 75% el síntoma refractario.

En 2020, en 4 meses se han recogido 30 sedaciones, estando presente el registro del consentimiento en el 80% de los pacientes, y el registro del síntoma refractario en el 93,33%.

##### ATENCIÓN PRIMARIA

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.

En Atención Primaria seguimos sin poder obtener registros directos, aunque este año se han conseguido listados de pacientes de 2 centros de salud, identificando 8 pacientes con sedación paliativa. Constaba el consentimiento en el 62% de los pacientes y el síntoma refractario en el 100%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el ciclo de mejora del proyecto ha finalizado aunque quedan aspectos que mejorar que seguiremos monitorizando anualmente con los indicadores usados. En general se verifica que ha aumentado el número de sedaciones paliativas, con registros de consultas a la familia en caso de limitación del esfuerzo terapéutico en prácticamente en el 100% de los pacientes, aunque en algunos casos no se logra identificar claramente la aceptación del consentimiento de la sedación. Queda claro que hemos mejorado sensiblemente tanto en la oferta como en el registro del consentimiento (mejora absoluta del 30%).

Respecto a Atención Primaria, es la primera vez que hemos conseguido registros no dependientes del ESAD. Hemos observado que predominan los registros técnicos relacionados con la bomba de perfusión, pero, aunque está implícito cuesta identificar que se ha consultado con la familia o el paciente, por lo que el aspecto de la humanización es mejorable. Seguiremos monitorizando este aspecto, pero creemos que este proyecto ha cumplido su función y pasamos a monitorizar indicadores.

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0075

Título

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

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

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 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.

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

**1. TÍTULO**

**PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL**

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 - 2018/0077

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 17/12/2020

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2019 relatábamos el diseño de 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
- El plan de implantación comenzó en el mes de febrero en el que se dieron las dos primeras sesiones, pero en la primera semana de Marzo las medidas contra la pandemia interrumpieron la implantación, especialmente en nuestro caso del Servicio de Urgencias, por lo que el proyecto continuará cuando se pueda volver a la normalidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sin completar el despliegue

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lo valoraremos cuando se implemente

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.....:

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.

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

### 1. TÍTULO

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

##### 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 ..... :

\*\*\* ===== \*\*