



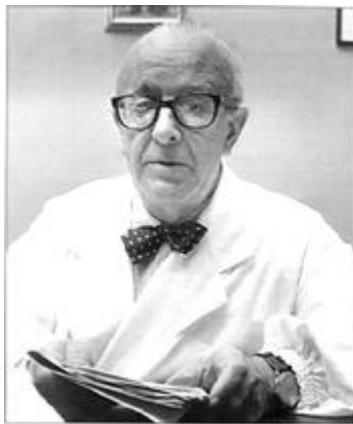
Proyectos asistenciales activos y en desarrollo para mejorar la calidad de la atención a los pacientes con ictus y sus familias.

Marta Oses Lara
Unidad de Ictus. Servicio de Neurología



13 de Enero de 2025

La Calidad Asistencial



El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz desarrolla una política de mejora continua de la calidad, que incide tanto en la asistencia sanitaria como en la docencia y la investigación, siendo el centro de nuestra atención los pacientes y sus familiares, y nuestra misión, que se encuentra enmarcada en los valores de calidad en la atención sanitaria.

La calidad de la atención se define teniendo en cuenta tres dominios:

Seguridad del Paciente

Efectividad clínica

Experiencia del paciente

Índice

➤ Seguridad del Paciente

- CAPAC

➤ Efectividad Clínica

- Proyecto CARE. Formularios de Adecuación
- Estudio Ticlopidinas
- Musicoterapia

➤ Experiencia del Paciente

- Humanización Unidad de Ictus
- Valoración del Riesgo Vascular Transdisciplinar



Seguridad del Paciente

Comisión de Adecuación CAPAC

Eliminar prácticas de bajo valor



La Comisión de Adecuación de la Práctica Clínica tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria, mediante la minimización o supresión de prácticas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o son prácticas innecesarias.

Esta comisión revisa y promueve prácticas basadas en la evidencia, identificando oportunidades para reducir variaciones innecesarias y optimizar los recursos, siempre centrada en el bienestar del paciente.

¿Has identificado alguna práctica innecesaria? ¿Crees que podríamos redefinir un proceso? ¿Te gustaría implantar alguna práctica de No Hacer en tu servicio?

[Haz tu propuesta](#)

La Comisión de la Adecuación de la Práctica Clínica (CAPAC) tenemos como objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria, buscando la medicina basada en valor, mediante la minimización o supresión de prácticas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o son prácticas innecesarias.

Los responsables de seguridad son los encargados de esta difusión en cada servicio, pero las iniciativas son propuestas por cualquier profesional.



Joint Commission International
Enterprise Accreditation



Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz
Grupo quirónsalud

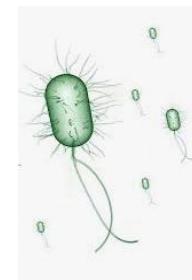
Sondajes innecesarios en la prevención de la Infección del tracto urinario

quirónsalud

Hospital
Universitario
Fundación Jiménez Díaz
Grupo quirónsalud

El problema de la ITU asociadas al Sondaje vesical

- El 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una **SONDA VESICAL (SV)** en algún momento de su estancia
- El 70% de las infecciones de orina están asociadas con un SV
- El riesgo de infección de orina se incrementa entre el 3-6% por cada día de sondaje.





¿Inadecuada prevención de la infección del tracto urinario asociada al sondaje vesical?



Riesgos identificados

- Inadecuada detección de los pacientes con sondaje vesical
- Inadecuada detección de la infección del tracto urinario
- Inadecuada prevención de la infección



Equipo de trabajo

- Medicina Preventiva
- Urología
- Medicina interna
- UCI
- Enfermería
- BI



¿Inadecuada prevención de la infección del tracto urinario asociada al sondaje vesical?



Riesgos identificados

- Inadecuada detección de los pacientes con sondaje vesical

Urgencias: colector urinario en medición de la diuresis en hombres

Indicaciones apropiadas del sondaje vesical:

- Retención aguda de orina
- Hematuria macroscópica que precise de lavado vesical
- Medición precisa de diuresis en paciente crítico
- Para ayudar a la cicatrización en paciente con heridas en periné/sacro
- Inmovilización prolongada (por ejemplo, politraumatizado)
- Medida de confort en paciente terminal
- Perioperatorio:
 - Cirugía urológica o cercana al tracto urinario
 - Cirugía de duración prolongada (más de 3 horas)
 - Cirugía en la que se prevea importantes aportes de volumen
 - Necesidad de monitorizar diuresis intraoperatoria

- Paciente encamado que no puede levantarse o recolectar en botella.
- Incontinencia urinaria con micción en pañal y necesidad de medición de diuresis.



En su lugar, estaría indicado el uso de colector urinario externo ("pitochin").

Recuerda que al igual que la sonda el colector se puede prescribir:

Búsqueda de fármacos, protocolos, favoritos y actividades no farmacológicas

COLOCAR COLECTOR URINARIO

PROPORCIONAR CUIDADOS COLECTOR URINARIO

RETIRAR COLECTOR URINARIO

FORMACION

- Curso de **Formación de Formadores** del Personal de Enfermería. Sondajes vesicales innecesarios.



SUJECIONES FÍSICAS

Protocolo actualizado 2022

SUJECCIÓN FÍSICA
4H-11-P1
V.0

Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario
Rey Juan Carlos
Hospital Universitario
Infanta Elena
Centro de Salud

SUJECCIÓN FÍSICA

Redactado por:
Grupo de SUJECCIÓN FÍSICA 4H

Aprobado por:
Equipo de Enfermería 4H
Dirección de Enfermería HUFJD
Dirección Médica HUGV
Dirección de Enfermería HUGV
Dirección Médica HUR
Dirección de Enfermería HUIE
Dirección Médica HURAC
Dirección de Enfermería HURAC

Fecha noviembre de 2021

Fecha marzo 2022

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN

Versión	Fecha	Modificación
0	Marzo 2022	Versión inicial partiendo del procedimiento trabajado previamente por el grupo de trabajo 4H PROTOCOLO SUJECCIÓN FÍSICA, incorporación de comentarios e inclusión de circuito para la prescripción.

Página 1 de 3

Grupo de trabajo 4H

ÍNDICE

1. OBJETO Y ALCANCE.....	4
2. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA.....	4
3. DEFINICIONES	6
4. DESARROLLO	6
4.1. GENERALIDADES	6
4.2. RESPONSABILIDADES	7
4.3. INDICACIONES	7
4.4. CONTRAINDICACIONES	10
4.5. EVALUACIÓN Y PLAN DE ATENCIÓN.....	11
4.6. PRESCRIPCIÓN.....	11
4.7. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	12
4.8. ABORDAJE SECUENCIAL	13
4.9. PRECEPTOS LEGALES DE APLICACIÓN	18
4.10. PUNTOS A REFORZAR.....	19
4.11. COMUNICACIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS.....	19
4.12. EVALUACIÓN	19
5. REGISTROS Y ANEXOS	20

Generar CI en peticiones:

Documentos

Activos Servicio Pte. Paciente **Pte. Médico** Finalizados

PSIQUIATRÍA - H

FID CONSENTIMIENTO INFORMADO SUJECCIÓN 07/11/2024

PSQ. SUJECCIÓN MECÁNICA
Pendiente de firmas
PSIQUIATRÍA - C

FIRMAR DOCUMENTO

Para firmar el documento introduce tu contraseña de Casiopea

USUARIO: santiago.ovejero
CONTRASEÑA:

Selección de un Documento para Visualizarlo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SUJECCIÓN MECÁNICA

Este documento intenta explicar las cuestiones relativas a la utilización de las medidas de sujeción física que se llevarían a cabo a su persona y/o familiar. Léalo atentamente y consulte con el/la profesional facultativo todas las dudas que se le planteen.

1. **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**
Se entiende por sujeción física el uso de maniobras físicas o mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a si mismo o a otros.

Sus indicaciones son:

- **AGITACIÓN MANIFESTA:** Aumento de la psicomotricidad con pérdida total del autocontrol y conciencia de su estado.
- **AUTO-HETEROAGRESIVIDAD:** Conducta que implica peligrosidad y destructividad hacia si mismo o hacia terceros.
- **EVITAR ALTERACIONES EN PLAN TERAPÉUTICO DEL PACIENTE** (por ejemplo, riesgo de fuga en paciente no competente)
- **EVITAR ALTERACIONES EN PLAN TERAPÉUTICO DE OTROS PACIENTES**
- **SOLICITUD DEL PACIENTE**

2. **ALTERNATIVAS**
El personal médico y auxiliar podrán llevar a cabo estas medidas alternativas antes de iniciar una maniobra de sujeción física
Abordaje verbal:

- Invitar y conducir a la persona a un área privada donde poder hablar, si es posible.
- Escuchar atentamente dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.
- Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.
- Empatizar con la persona, si la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, reservando los propios juicios sobre lo que debería o no hacer.
- **Medidas ambientales y / o conductuales:**
- Restricción de estímulos: eliminar y/o reducir el número de estímulos ambientales.
- Cambiar de entorno: interrumpir figuras de autoridad, retirar personas provocadoras, querlantes o que confronten al paciente.
- Proporcionar canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos.
- Serán valorados según la existencia de patología orgánica.

3. **CONTRAINdicACIONES**
- Posibilidad de abordajes alternativos.

- Cuando se desconozca el estado general de salud (salvo riesgo mayor para la salud, en caso de no realizar la sujeción física).
- Cuando exista una terapéutica diferente y de similar eficacia, como por ejemplo la sedación medicamentosa

4. **BENEFICIOS Y RIESGOS**
Las medidas de sujeción física son indicaciones médicas en el abordaje de pacientes que presentan agitación y riesgo de conductas auto-heteroagresiva y pueden disminuir el potencial lesivo y destructor de estas conductas.

Debido a las necesidades de la intervención de sujeción física, se requiere vigilar por parte de enfermería:

- Estado de la piel en las zonas de sujeción
- Necesidades de alimentación e hidratación
- Vigilancia de respiración (comprobar la permeabilidad de la vía aérea)
- Constantes vitales, acorde con la gravedad del paciente
- Postural, y la repercusión que la misma pueda tener en su patología

Acción

Consentimiento Negativa

Persona

Médico Paciente Representante legal

Hoja informativa:

Crear Toma: Indicación sujeción

NHC: 15132702 (FJD)
31a ..SERMAS - ZONA FJD
AB GO, SAMUEL
OTRA NEOPLASIA MALIGNA ESPECIFICADA DE PIEL DEL...

Fecha toma 20/04/2022

TIPO
Tipo de sujeción: _____ Superficie de sujeción: _____

NOTIFICACIÓN / INFORMACIÓN
Se ha notificado al Juzgado: _____ * Se ha informado a: _____

PETICIONES

Prestación
<input type="checkbox"/> CONSENTIMIENTO INFORMADO
<input type="checkbox"/> CONSENTIMIENTO INFORMADO
<input type="checkbox"/>

Crear Toma: Enf. Sujeción Física

NHC: 15133110 (FJD)
6m ..SERMAS -RESTO ZO... NEONATO 48.3.35, PACO
"DOLOR ABDOMINAL

Fecha toma 20/04/2022

Sujeción 1	Sujeción 2	Sujeción 3	Sujeción 4
Tipo de sujeción: _____	Superficie de sujeción: _____		
<input type="checkbox"/> Miembro Superior Derecho	<input type="checkbox"/> Miembro Superior Izquierdo	<input type="checkbox"/> Tirante/ Chaleco	
<input type="checkbox"/> Miembro Inferior Derecho	<input type="checkbox"/> Miembro Inferior Izquierdo	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal	

NOTIFICACIÓN / INFORMACIÓN

Entrega de folleto informativo: _____ Consentimiento: _____

Se ha notificado al Juzgado: _____ * Se ha informado a: _____

APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS

Esta hoja informativa se le entrega como complemento a la información verbal que ha recibido como paciente o en calidad de familiar o representante legal, por parte del equipo asistencial de este hospital, según establece la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

La aplicación de Sujeciones Físicas se reserva exclusivamente para situaciones excepcionales en las que se puede ver amenazada la integridad del paciente o de otras personas.

El equipo asistencial ha tenido en cuenta la situación del paciente antes de tomar la decisión de establecer, como medida extraordinaria, la indicación de aplicar una sujeción física que le proporcione una mayor seguridad.

La Sujeción Física aplicada será la menos restrictiva y se mantendrá durante el menor tiempo que sea posible. En cualquier caso, el equipo de enfermeras que la atiende irá valorando periódicamente la necesidad de continuar con la sujeción para evitar las complicaciones o efectos adversos que pueden derivarse de su uso.

El uso prolongado de sujeciones físicas es contraproducente, especialmente en personas en situación de mayor fragilidad, dependencia y vulnerabilidad (entre otras, personas mayores, con discapacidad intelectual o con enfermedad mental). Por ello se limitan a una situación concreta del paciente durante el presente ingreso en el hospital, pero nunca fuera de ésta circunstancia específica ni una vez producida el alta hospitalaria.

La aplicación de una Sujeción Física no conlleva disminución alguna de los cuidados que el paciente necesite. El plan de cuidados se establecerá tratando de prevenir y disminuir los potenciales efectos negativos de la sujeción física.

No dude en preguntar cualquier aclaración sobre la aplicación de Sujeciones Físicas a los profesionales, solicitando la información en la unidad de hospitalización o consultando al Comité de Ética Asistencial del hospital a través del Servicio de Información y Atención al Paciente.

Si usted desea obtener más información sobre los límites establecidos para el uso de sujeciones, puede consultar la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud, en: <http://www.madrid.org/es/transparencia/normativa/resolucion-1062017-27-enero-del-viceconsejero-sanidad-y-director-general-del-servicio>

Los profesionales de la salud concebimos la humanización como una característica inherente a la atención sanitaria, con total consideración y respeto a la dignidad, integridad y libertad de la persona.





Efectividad Clínica

PROYECTO CARE NEUROLOGIA



Objetivo CARE



- ✓ Aumentar el valor de las medidas diagnostico/terapéuticas que indicamos.
- ✓ Minimizar la agresividad terapéutica.
- ✓ Cuidar más y mejor.



Mejorar la ADECUACIÓN

¿Qué es la *Adecuación*?

- renunciar a emprender o continuar un tratamiento desproporcionado que pueda traer más sufrimiento que beneficios reales al enfermo.
- incluye tanto el ajuste o retirada de medidas de soporte vital como la no iniciación de las mismas

ADAPTAR LOS TRATAMIENTOS A LA SITUACION CLÍNICA DEL PACIENTE
“PROPORCIONALIDAD”

Balance riesgo-beneficio

Hace referencia al balance riesgo-beneficio de una determinada prestación y al valor clínico que esta pueda tener



Reducir / Impulsar prestaciones



Trata de reducir las prestaciones inadecuadas e impulsar aquellas con un claro beneficio y de mayor valor clínico según la evidencia disponible



clínico que es la mejor fuente
de información para la toma de decisiones

mayor valor clínico según la evidencia disponible

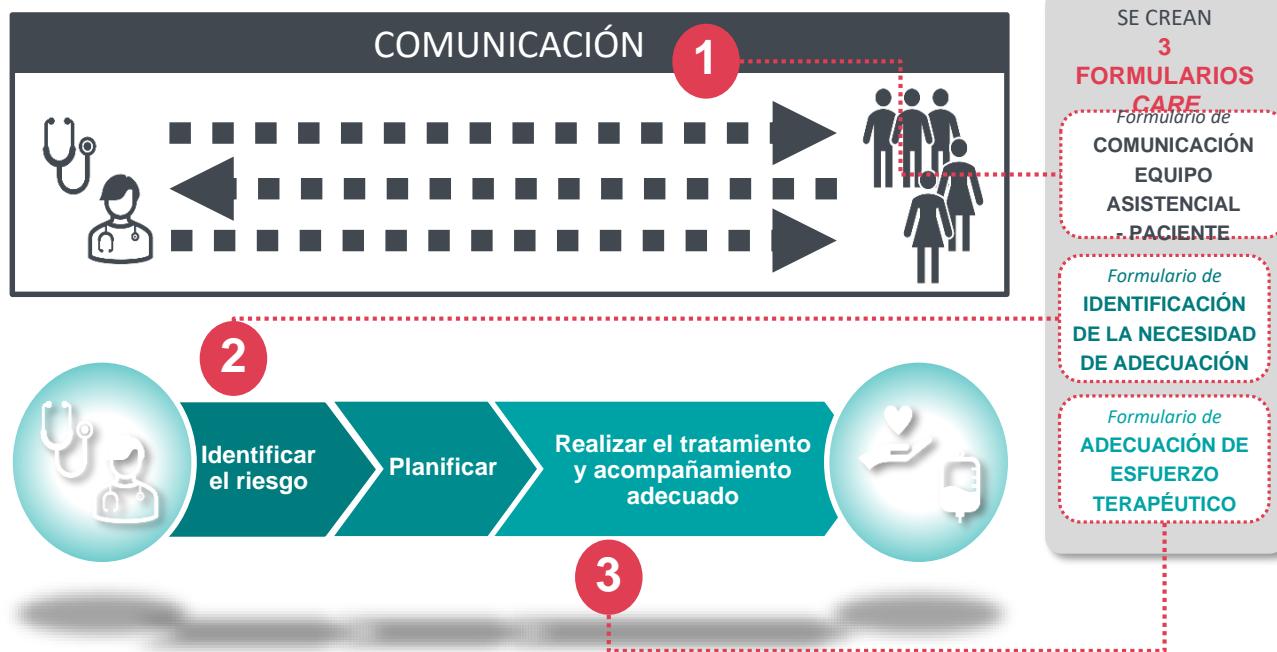
Hospital
Universitario

Fundación Jiménez Díaz

Grupo Quirónsalud



¿Qué solución proponemos?





Método: formularios en la historia clínica electrónica

- Información estructurada
- Accesible a cualquier profesional y en cualquier ámbito asistencial (formularios de consulta, hospitalización y urgencias)
- Dinámico: Fecha de cada toma
- Herramientas que facilitan el proceso de comunicación y la toma de decisiones





2

IDENTIFICAR EL RIESGO

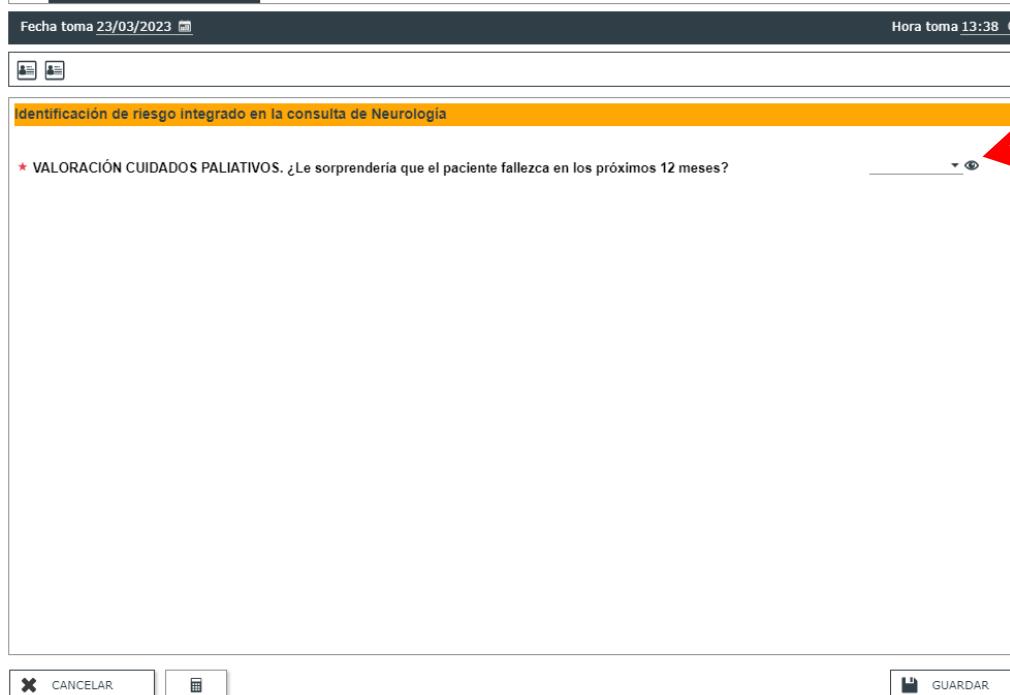
2B

¿CÓMO HACERLO? especialidad

creación de formulario de riesgo integrado en la consulta de neurología
se abre con la respuesta a la pregunta sorpresa
¿Le sorprendería que el paciente fallezca en los próximos 12 meses ?

Formulario de IDENTIFICACION DE LA NECESIDAD
DE ADECUACIÓN

Formularios específicos por



Fecha toma 23/03/2023

Hora toma 13:38

Identificación de riesgo integrado en la consulta de Neurología

* VALORACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS. ¿Le sorprendería que el paciente fallezca en los próximos 12 meses?

CANCELAR GUARDAR



herramientas de ayuda para la decisión

Identificación de riesgo integrado en la consulta de Neurología

* VALORACIÓN CUIDADOS PALLIATIVOS. ¿Le sorprendería que el paciente fallezca en los próximos 12 meses? No Sí

ATENCIÓN. La siguientes preguntas se refieren a los últimos 6 meses y no relacionados con un proceso intercurrente o reversible.

1-Declive cognitivo: GDS / FAST 6 o >.
GDS:  FAST: 

2-Declive nutricional: Albúmina inferior a 2,5 g/dl.
Pérdida de peso no intencionada de un 10%.

3-Declive funcional - dependencia severa: Barthel 60 o <.

4- Complejidad clínica y de cuidados: Distagia.
Infecciones respiratorias por broncoaspiración.

UPP.
Caídas frecuentes.
Complicaciones derivadas de previas (FX pe j).

5- Complejidad o riesgo social: Falta de apoyo familiar.
Vivienda inadecuada.

6-Uso de recursos: Visitas a urgencias (2 o más).
Ingresos hospitalarios (2 o >).


CANCELAR GUARDAR





¿cómo es nuestra consulta de planificación de cuidados ?

- neuróloga con especialización en Cuidados Paliativos
- remitidos desde consulta de neurología general o monográficas
- consulta monográfica (30 minutos).
- identificación de los pacientes en riesgo de obstinación terapéutica / necesidades paliativas.
- otros motivos de derivación
 - antes de que exista deterioro cognitivo o dificultad en comunicación
 - deseo del paciente para dejar claras preferencias o realizar VA o IP.
 - ante cualquier solicitud de adelantar la muerte
 - ante necesidad de coordinar manejo multidisciplinar
 - ante necesidad de transición de cuidados.





- paciente , familia y cuidadores.
- **valoración inicial** : situación socio familiar, situación funcional , tratamiento, incidencias médicas recientes, motivo de derivación.
- **revisiones de seguimiento** : metodología sistematizada para realizar la planificación , conocer preferencias, necesidades, instrucciones previas, establecer objetivos de cuidado, revisión de preferencias ya que pueden variar en el tiempo o surgir nuevas situaciones.
- de forma paralela se valora la **evolución de la enfermedad y necesidades clínicas** (control de síntomas), de cuidados (institucionalización, intervención de cuidadores), sociales (gestión de recursos, ayudas), espirituales y psicológicas tanto de los pacientes como de la familia o cuidadores.





1

COMUNICACIÓN

1B *La trazabilidad en el hospital, en torno al paciente*

- ¿Quiere saber? ¿Sería bueno para el paciente saber por qué le previene de efectos secundarios? ¿Le permite adaptarse? ¿O sería dañino? ¿Hasta qué punto? ¿Por qué?
- Indagar en el grado de conocimiento y expectativas.
- ¿Pacto de silencio?
- ¿Riesgo de claudicación familiar?
- Indagar en preocupaciones.
- Indagar en qué cree que podemos ayudarle

⚠ NO PRESUPONER ⚠

Formulario de COMUNICACIÓN EQUIPO ASISTENCIAL - PACIENTE

Crear Toma: Comunicación Equipo Asistencial-Paciente

NHC: (330) ADESLAS COLECT. E CONSULTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Fecha toma: 19/09/2022 16:31 Hora toma: 16:31

INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA COMUNICACIÓN EQUIPO ASISTENCIAL-PACIENTE

¿El paciente desea recibir información clínica y aspectos relacionados con evolución/pronóstico/toma de decisiones? Sí No No lo sabe

Personas de referencia, en la que el paciente delega la toma de decisiones y/o le acompaña habitualmente en sus cuidados

Paciente:

¿El paciente conoce el diagnóstico? ¿El paciente conoce pronóstico?

Familia:

¿La familia conoce diagnóstico? ¿La familia conoce pronóstico?
Presencia de conspiración de silencio Riesgo alto de claudicación familiar

En este apartado puede explicar con más detalle el grado de conocimiento y expectativas sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente y sus familiares

En qué cree el paciente que podríamos ayudarle: preocupaciones, miedos, inquietudes, pensamientos invasivos, etc

A qué da el paciente mayor prioridad: autonomía, familia, sentimiento de carga, síntomas, objetivos terapéuticos, etc

El paciente tiene creencias espirituales que debemos tener en cuenta

CANCELAR GUARDAR



INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA COMUNICACIÓN EQUIPO ASISTENCIAL-PACIENTE

* ¿El paciente desea recibir información clínica y aspectos relacionados con evolución/pronóstico/toma de decisiones? **Si**

Personas de referencia, en la que el paciente delega la toma de decisiones y/o la acompaña habitualmente en sus cuidados

Hija y hermana.
09.10.24 Evolutivamente ha empeorado su situación cognitiva, con deterioro cognitivo, que le permite continuar opinando acerca de cuidados, pero con dificultad para comprender cuestiones más complejas.

Paciente:

¿El paciente conoce el diagnóstico? **Si** ¿El paciente conoce pronóstico? **Si**

Familia:

¿La familia conoce diagnóstico? **Si** ¿La familia conoce pronóstico? **Si**

Presencia de conspiración de silencio **No** Riesgo alto de claudicación familiar: **No**

En este apartado puede explicar con más detalle el grado de conocimiento y expectativas sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente y sus familiares

Información completa acerca de proceso, expectativas y posibles complicaciones. En la valoración inicial, expresa todas sus inquietudes. Desde el diagnóstico de probable AAC ha estado pensando y reflexionando y desea expresar sus deseos y preferencias acerca de como quiere ser cuidada.

Me pregunta orientadamente sobre expectativas y pronóstico, posibilidad de que se repita sangrado o ictus y posibles consecuencias. Desea continuar donde está (residencia) y que todas las medidas estén dirigidas a conservar una buena calidad de vida y priorizar su confort. Si se encuentra en una situación de afectación física grave sin expectativas de mejora o en situación de final de vida, no desea tratamientos que prolonguen su sobrevivencia. Concretamente no SNG, ventilación asistida ni RCP. Y me especifica tb que si no está confortable en esa situación, solicita expresamente una sedación.

En qué cree el paciente que podríamos ayudarle: preocupaciones, miedos, inquietudes, pensamientos invasivos, etc

temor a no poder decidir o disfrutar, por eso desea dejar claras sus preferencias.

A qué da el paciente mayor prioridad: autonomía, familia, sentimiento de carga, síntomas, objetivos terapéuticos, etc

Control de síntomas, buena calidad de vida, cuidado de su familia.

El paciente tiene creencias espirituales que debemos tener en cuenta

No.

▶ **X CERRAR**

¿Hay algo más en que te pueda ayudar que no hayamos hablado?

Hablemos de las opciones disponibles si empeora la situación





10/09/2024 11:49 ✓

15/07/2024 11:33 ✓

10/06/2024 07:59 ✓

INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA COMUNICACIÓN EQUIPO ASISTENCIAL-PACIENTE

★ ¿El paciente desea recibir información clínica y aspectos relacionados con evolución/pronóstico/toma de decisiones? **Sí**

Persona/s de referencia, en la que el paciente delega la toma de decisiones y/o le acompaña habitualmente en sus cuidados

Tiene una muy buena cuidadora privada, y 4 hijos. Mantiene una muy buena relación con ellos

Paciente:

¿El paciente conoce el diagnóstico? **Si**

¿El paciente conoce pronóstico? **Si**

Familia:

¿La familia conoce diagnóstico? **Si**

¿La familia conoce pronóstico? **Si**

Presencia de conspiración de silencio **No**

Riesgo alto de claudicación familiar: **No**



3

REALIZAR EL TRATAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO ADECUADO

Formulario de ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

Creación del Formulario de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico

Crear Toma: Adecuación de esfuerzo terapéutico

HN: 2044784 (FID)
2a VI CL. YOLANDA
SERMAS - RESTO 2
ESGUNCE/TOLEADERA DE TOBILLO
Fecha toma 01/06/2022 Hora toma 01:09

Decisión adecuación esfuerzo terapéutico

Riesgo **SÍNTOMAS**

RCP
No Consensuado No tratado

Intubación orotraqueal
Consensuado

Indicación de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos
Consensuado

VMNI
Consensuado

Drogas vasoactivas
Consensuado

En caso de evento agudo que necesite procedimiento terapéutico

Estaría indicada cirugía
Consensuado

Estaría indicada endoscopia
Consensuado

¿Se han pactado estos aspectos con el paciente? ¿hay acuerdo?

- Si entra en parada cardiorrespiratoria, ¿estarían indicadas maniobras de reanimación?
- Si empeora, ¿le favorecerá un ingreso en la UCI?
- Si hay que hacer una cirugía urgente, por proceso agudo, ¿la superaría? ¿Sería adecuado?
- Si pierde la vía oral, ¿sonda nasogástrica?
- Si pierde la vía, ¿vías centrales?

Resultados

Adecuado: Se refiere a lo que sería apropiado en el 90% de los casos como el suyo en base a lo indicado en su HC. **Indicado por Médico:** Se nutre de las respuestas al formulario que sus médicos habituales han dejado indicadas. **Paciente:** Se refiere a lo que el paciente ha consensuado, si lo ha hecho, con su equipo habitual en las consultas previas

Preguntas	Adecuado			Indicado por Médico			Paciente		
	Indicado por Médico	Paciente	Adecuado	Indicado por Médico	Paciente	Indicado por Médico	Paciente	Adecuado	Indicado por Médico
RCP			No			No			No tratado
Intubación orotraqueal			No			No			
Drogas vasoactivas			No			No			
VMNI			No			No			
Ingreso en UCI			No			No			
Hemodialisis									
Cirugía diagnóstica terapéutica									
Proc. RX Intervencionista diagnóstico/terapéutico									
Proc. Endoscópico diagnóstico/terapéutico									
SNG/PEG									
Nutrición parenteral									
Vía Central									
PICC									
Transfusión									
Cultivos									

GUARDAR





Fecha toma 08/10/2024

Hora toma 14:25

Decisión adecuación esfuerzo terapéutico

Riesgo

RCP
Sí Consensuado Sí hay consenso

Intubación orotraqueal
Sí Consensuado Sí hay consenso

Indicación de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos
Sí Consensuado Sí hay consenso

VMNI
Sí Consensuado Sí hay consenso

Drogas vasoactivas
Sí Consensuado Sí hay consenso

En caso de evento agudo que necesite procedimiento terapéutico

Estaría indicada cirugía Consensuado

Estaría indicada endoscopia Consensuado

CERRAR

Paciente candidato a UCI y soporte avanzado

Fecha toma 08/10/2024

Hora toma 13:24

CONFUSIÓN, DESORIENTACIÓN

Creador de la toma: IVANA ZAMARBIDE CAPDEPON

No Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial

Intubación orotraqueal
No Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial

Indicación de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos
No Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial

VMNI
No Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial

Drogas vasoactivas
No Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial

En caso de evento agudo que necesite procedimiento terapéutico

Estaría indicada cirugía Sí Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial- valorando situación y objetivo.

Estaría indicada endoscopia Sí Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial- valorando situación y objetivo.

Estaría indicada rx intervencionista Sí Consensuado Sí hay consenso equipo asistencial - valorando situación y objetivo.

CANCELAR GUARDAR AUTOTEXTOS

Paciente que no se beneficia de RCP, ingreso en UCI u otro soporte avanzado, pero Sí podría beneficiarse de procedimientos diagnósticos endoscópicos (tomar otras decisiones), intervencionistas para alivio sintomático.

3

Formulario de ADECUACIÓN DE ESFUERZO
TERAPÉUTICO

Creación del Formulario de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico

Creación formulario de adecuación: recordamos los estratos de adecuación

	RCP	SA	AET-1	AET-2	AET-3
RCP					
INTUBACIÓN OROTRAQUEAL					
DROGAS VASOACTIVAS					
VENTILACIÓN M. NO INVASIVA					
INGRESO EN UCI					
HEMODIALISIS					
CIRUGÍA diagnóstica/terapéutica					
Proc. RX INTERVENCIONISTA diagnóstico/terapéutico					
Proc. ENDOSCÓPICO diagnóstico/terapéutico					
SNG/PEG					
NUTRICIÓN PARENTERAL					
VÍA CENTRAL					
PICC					
TRASFUSIÓN					
CULTIVOS					
ANTIBIOTERAPIA IV					
Acceso periférico					
ANTIBIOTERAPIA SC/ORAL					
SUEROTERAPIA					
Vía subcutánea					
CONTROL SINTOMÁTICO					

- **Soporte total-RCP:** paciente recibe todas las medidas necesarias, monitorización activa o tratamiento intensivo sin excepción
- **Soporte ampliado:** todas las medidas diagnósticas y terapéuticas invasivas o no, son aplicables EXCEPTO resucitación cardiopulmonar
- **Soporte limitado (AET)**
 - AET-1: medidas invasivas condicionadas. Tratamiento médico avanzado según precise el paciente con intención de resolver el proceso en curso.
 - AET-2: Limitación parcial: pronóstico incierto (pendiente de acuerdos con paciente y/o familia, pruebas que se espera definirán mal pronóstico...) Tratamiento enfocado a la resolución del proceso agudo intercurrente.
 - AET-3: medidas de confort exclusivamente. No se aplicarán nuevas medidas invasivas, que está instauradas hasta la fecha se pueden mantener o retirar. El tratamiento se enfocará únicamente a lograr el confort del paciente



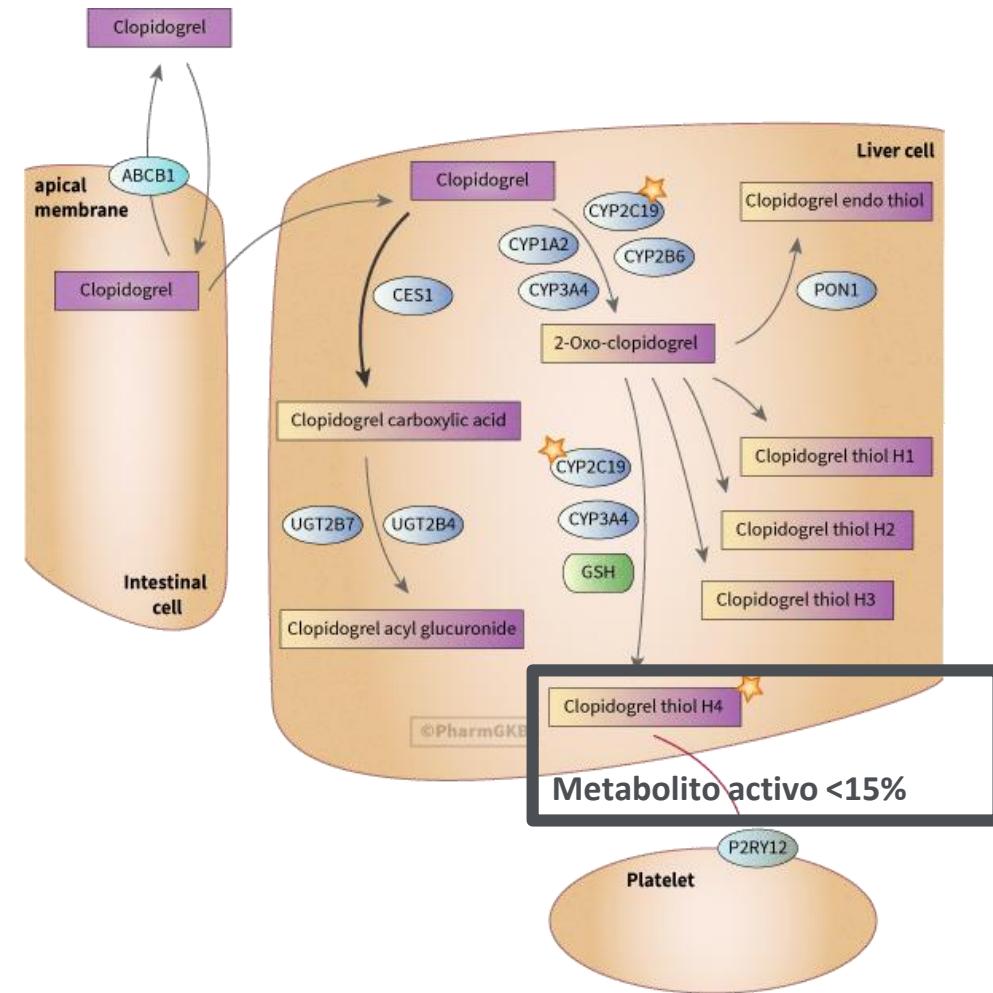
EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A ANTIAGREGANTES TIPO TIENOPIRIDINAS MEDIANTE TEST DE FUNCIÓN PLAQUETARIA Y GENOTIPO CYP2C19

Clopidogrel

Clopidogrel "resistance" 30%

- Non-compliance to treatment
- Under/inappropriate dosing of clopidogrel
- Drug interactions: i.e. statins (HMG COA reductase inhibitors), calcium-channel blocker, omeprazole

- Genetic variables
 - Polymorphisms of P2Y12 receptor: i.e. H2 haplotype
 - CYP2C19*2 polymorphism (3)
- Increased release of ADP
- Alternate pathways of platelet activation:
 - Failure to inhibit catecholamine-mediated platelet activation (epinephrine)
 - Greater extent of P2Y1-dependent platelet activation
 - Up-regulation of P2Y12-independent pathways (thrombin, TXA2, collagen)



Le Quellec et al. *Thromb Haemost* 2016; 116: 638–650
Abraham NS, et al. *Circulation*. 2010;122(24):2619-33

Evaluación respuesta

TEST DE FUNCIÓN PLAQUETARIA	Ventajas	Inconvenientes
•Multiplate (agregación mediante impedancia eléctrica)	Sensible para aspirina Sangre total	Limitado por hematocrito Menor número de estudios
•Agregación plaquetaria mediante transmisión óptica	“Gold standard”	Personal entrenado, consume mayor tiempo, importantes variables preanalíticas
•VerifyNow	POCT, rápido	Coste, equipo cerrado
•TEG Platelet Mapping (test viscoelástico)	POCT, rápido	Personal entrenado, coste, menor número de estudios
•Citometría de flujo, VASP	Escaso volumen muestra	Requiere mayor tiempo preparación muestra y personal entrenado

LIMITACIONES

- No estandarizadas
- Pobre correlación entre ellas
- Variables preanalíticas y metodológicas
- Cut-off

Population	Allele frequency, %
CYP2C19*2 (rs4244285; c.681G>A)	
European	14.62
East Asian	28.38
African	17.53
American	
South Asian	31.76
CYP2C19*3 (rs4986893; c.636G>A)	
European	0.02
East Asian	5.99
African	0.09
American	
South Asian	0.30
CYP2C19*17 (rs12248560; c.-806C>T)	
European	21.74
East Asian	3.66
African	22.03
American	
South Asian	17.34

Genotipo	Metabolismo
*1/*1	Fenotipo normal
*1/*2, *1/*3	Fenotipo intermedio
*2/*2, *3/*3, 2/*3	Fenotipo lento
*1/*17, *17/*17	Fenotipo ultraípido

+ .

• Población del estudio

- Pacientes con antecedente reciente de ictus isquémico o AIT (no cardioembólico) que inician antiagregación con tienopiridinas (clopidogrel o prasugrel). N: 100

SE HARÁ:

- Estudio de función plaquetaria tras ictus (1-3 meses)
- Estudio genético polimorfismo CYP2C19
- Evaluación clínica de la gravedad del ictus basal, a los 3 y a los 6 meses (NIHSS y Rankin).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con ictus isquémico o AIT en los últimos 3 meses (no embolismo) que inician antiagregación con tienopiridinas.
- Pacientes adultos (edad mayor o igual a 18años).
- Consentimiento informado por escrito.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes anticoagulados.
- Pacientes con trastornos plaquetarios y/o coagulopatías congénitas conocidas
- Anemia (Hto<30%) y/o trombocitopenia (plaquetas <100x10⁹/L).
- Tratamiento crónico con fármacos que alteren de forma significativa las pruebas de función plaquetaria y que no puedan interrumpirse durante los 7-10 días previos a la extracción de sangre.

Dinámica del estudio



1.- Identificación de paciente candidato (normalmente en planta o en consulta de AIT)



2.- Información al paciente y Solicitud de consentimiento informado.



3.- Recogemos los datos en un formulario RedCap en el móvil.



4.- Se manda e-mail a Dra. Revilla para notificar el caso



5.- Extracción de sangre y completa datos en el formulario

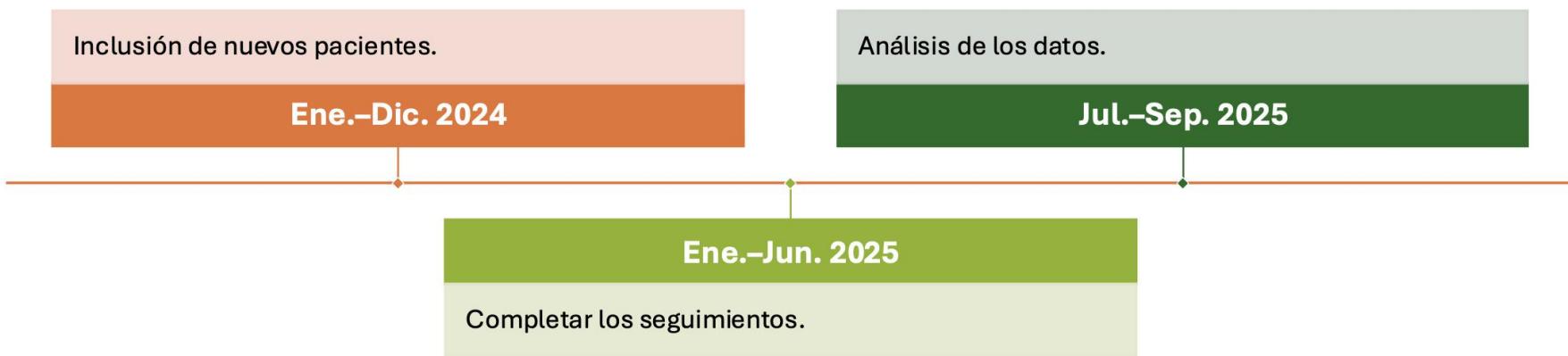


6.- Revisión 3 m (Neurología)



7.- Revisión 6 m (Neurología)

Cronograma





Proyecto Musicoterapia

Proyecto Musicoterapia



**Aplicabilidad de la Musicoterapia
Temprana en la Rehabilitación de la
Funcionalidad Motora y la Atención
Selectiva: Un Estudio Piloto en
Pacientes Post-Ictus”**

Lourdes Aparicio
Dra. Inmaculada Navas

Servicio de Neurología, H.U.
Fundación Jiménez Díaz



Se trata de un estudio de aplicabilidad de musicoterapia en los primeros días después de un ictus, cuando hay un déficit motor significativo en una o ambas extremidades superiores.

A través de la participación activa en la producción musical, acompañado de bases musicales según la sensibilidad del paciente. Se valora la mejoría en la realización de AVD que necesiten manipulación con extremidades superiores.

Proyecto Musicoterapia

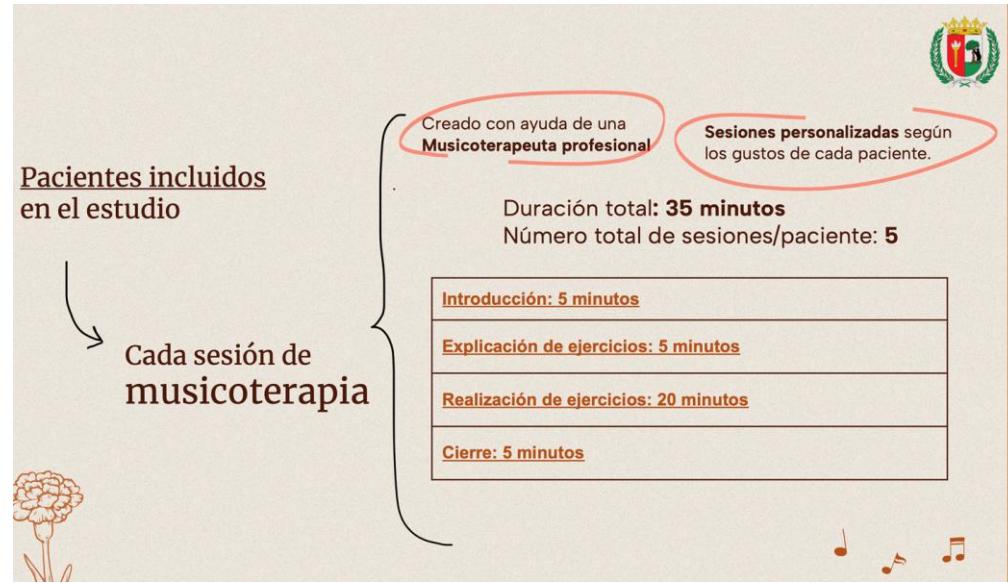
DIA 1- Visita inicial. Consentimiento informado

DIA 2- Evaluación pre-intervención

A partir de DIA 3- Cinco intervenciones de 30 min cada una

Después de las intervenciones-
Evaluación post-intervención (AVD, escalas motoras, Atención selectiva, cuestionario de Satisfacción)

Análisis de resultados





Experiencia del Paciente

Humanización a la atención en Unidad de Ictus

- Información a familiares con trípticos y código QR en la entrada de UI
- Se amplía el horario de visitas a la Unidad (U. ictus "abierta"), con 8 horas diarias de visita para el cuidador principal, más 2 horas diarias de visita de otra persona.
- Colocación de relojes analógicos y calendario digital en cada box
- Colocación de tablets individuales en cada box, con acceso a la Smart-room y en proceso de implementar la posibilidad de selección individual de música como musicoterapia
- Escuela de Ictus Portal del Paciente/Smart Room

En marcha: Valoración del Riesgo Vascular Transdisciplinar

- Consulta de Enfermería de Riesgo Vascular
- Formación de Enfermería Unidad de Ictus
- Escuela de Familias trabajando con paciente experto (Asociaciones de Pacientes de Ictus)
- E-consultas específicas de cerebrovascular

the TEAM



GRACIAS

