

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, anteriores a 2016)

Número de memorias: 13 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	CORED NASARRE ROSA	2009_0064	F	22/02/2018	EFICACIA EN LA ATENCION AL PACIENTE QUE REQUIERA DE ACCESO VASCULAR PERIFERICO, DESDE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	TORREGROSA MARTIN MARIA DEL MAR	2014_0084	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	GABARRE ORUS PILAR	2015_0309	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	GONZALEZ PAVON LAURA	2015_0221	F	26/02/2018	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2015_0337	F	27/02/2018	PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MOLES ALASTRUE JOSEFA	2011_0539	F	22/02/2018	IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR	2013_0032	F	23/02/2018	INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ESTEVE MORLAN MILAGROS	2014_0088	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BARRIGA CONDE ANA	2015_0340	F	23/02/2018	INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2015_0468	S1	14/02/2018	INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2015_0117	F	21/08/2016	PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2015_0019	S1	06/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2015_0019	F	12/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2009/0064

1. TÍTULO

EFICACIA EN LA ATENCION AL PACIENTE QUE REQUIERA DE ACCESO VASCULAR PERIFERICO, DESDE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA CORED NASARRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
COSCOJUELA QUIROGA ANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
BONED DEFIOR CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES CON RESPONSABLES DE ENFERMERIA Y DUES IMPLICADOS EN EL CIRCUITO DE LOS SERVICIOS DE DIGESTIVO, RADIOLOGIA, QUIROFANO, REANIMACION Y CONSULTAS.
REUNIONES DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2009, EXPLICANDO LAS ACCIONES A REALIZAR. DESDE CONSULTAS SE ESCRIBIRA EN LA PATICION A LAPIZ "HAY QUE PONER VIA"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
95% DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES QUE REQUERIAN VIA (registro en la petición con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando estaba 8-10)
98% DE SATISFACCION EN LOS SERVICIOS A LOS QUE ACUDIAN ESTOS PACIENTES (registro en papel con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando marcaban 8-10)
DISMINUCION DE PETICION DE MATERIAL PARA REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN UN 7% (aguja y cono de sistema vacio)
OPTIMIZACIÓN TIEMPO DE ENFERMERA, SIN VALORAR EN MINUTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION DEL EQUIPO DE MEJORA ES MUY POSITIVA, SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE SATISFACCION DEL PACIENTE EVITANDO PUNCIONES INNECESARIAS, GASTO ECONOMICO INNECESARIO Y GASTO DE TIEMPO ENFERMERO INNECESARIO. SE VALORARA EN ADELANTE HACERLO EXTENSIVO A LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DIA ONCO-HEMATOLOGICO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2009/64 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR TORREGROSA MARTIN
· Profesión TEAP
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
GABARRE ORUS PILAR
COMES GARCIA MARIA DOLORES
RODEL HERNANDEZ ITXAZNE
CORED NASARRE ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE ELABORACION DE INSTRUCCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO
DISEÑO DE UNA HOJA EXCEL PARA REGISTRO DE LA CUALIFICACION DEL PERSONAL DEL SERVICIO Y DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
CREACION DE UNA CARPETA CON TODA LA DOCUMENTACION DE CURSOS EXTERNOS E INTERNOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DEL SERVICIO.
ENERO SE NOTIFICA AL SERVICIO DE SALUD LABORAL LA DEFICIENCIAS DE SEÑALIZACION Y LA CARENCIA DE FICHAS TECNICAS DE LOS PRODUCTOS QUE SE UTILIZAN.
FEBRERO SE INTRODUCE EN EL SERVICIO UNA CARPETA DEBIDAMENTE IDENTIFICADA PAR ANOTAR LAS INCIDENCIAS DE LAS MUESTRAS DE GINECOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN MARZO DE 2015, EL SERVICIO DE SALUD LABORAL COMIENZA A TRABAJAR EN LAS PETICIONES SOLICITADAS:
-SE SEÑALIZA EL LABORATORIO
-SE ACONDICIONA CON ESTANTERIAS UN CUARTO ANEXIONADO A LA SALA DE MACRO QUE SE ENCONTRABA VACIO. CONCENTRANDO TODAS LAS MUESTRAS DE FORMOL YA ESTUDIADAS Y PENDIENTES DE DIAGNOSTICO.
-SE VAN COLOCANDO CARPETAS CON LAS FICHAS TECNICAS DE LOS REACTIVOS EN ESTANTERIAS AL LADO DE LOS APARATOS QUE LOS UTILIZAN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS TEAP DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO VALORAN POSITIVAMENTE LAS ACCIONES EMPRENDIDAS.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS NO GINECOLOGICAS QUE SE ENVIAN (POR RAZONES EXTERNAS AL SERVICIO) A OTROS LABORATORIOS MAS CONCRETAMENTE AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS GINECOLOGICAS EN SOPORTE INFORMATICO

7. OBSERVACIONES.
EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA SE MUESTRA SATISFECHO CON LA LOCALIZACIÓN EN EL CUARTO CERRADO QUE TIENE VENTILACION EXTERNA, PARA ALMACENAMIENTO DE LAS MUESTRAS CON FORMOL

*** ===== Resumen del proyecto 2014/84 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR GABARRE ORUS
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEPTIEMBRE:

RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2014

RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2015

DATOS QUE SE RECOGEN DE LA PROPIA PETICION Y DEL SIL

NOVIEMBRE REALIZACION DE UNA TABLA EXCEL PARA INTRODUCIR LOS DATOS OBTENIDOS

DICIEMBRE CREACION DE UN PROTOCOLO PARA ACTIVAR POR LOS TEAP, EL ESTUDIO MACROSCOPICO Y TECNICAS REQUERIDAS CON EL PROPOSITO DE ACELERAR EL TIEMPO DE ESTUDIO DE LA BIOPSIA Y OBTENCION DE RESULTADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE CONCLUYE EL PROYECTO CON LA OPTIMIZACION DE TIEMPOS PARA LA OBTENCION DEL RESULTADO FINAL.

SE ADELANTA EL DIAGNOSTICO EN 24 HORAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA VALORACION POR PARTE DE LOS TEAP Y PATOLOGO DEL SERVICIO ES SATISFACTORIA

LA UNIDAD DE MAMA DE ESTE HOSPITAL TAMBIEN HACE UNA VALORACION POSITIVA DE ESTE PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/309 ===== ***

Nº de Registro: 0309

Título

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Autores:

GABARRE ORUS PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR, MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Una muestra de biopsia de mama (BAG) en nuestro laboratorio después del procesamiento normal de la muestra: (inclusión en parafina, realización del bloque, corte de la muestra y tinción de la preparación histológica) más las nuevas técnicas inmunohistoquímicas que solicita la patóloga, para un estudio mas completo, tiene un tiempo de trabajo hasta obtener el resultado de tres ó cuatro días.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Adelantar en 24 horas mínimo el diagnostico de una muestra de de mama (BAG).

MÉTODO

Cribado de informe según clasificación del radiólogo: altamente sospechoso de malignidad. Con anotación de la hora de llegada, que nos servirá de guía para el tiempo que está la muestra en formol (aconsejable entre 6-12h) y además para controlar el tiempo transcurrido hasta la obtención del resultado.

Descripción macroscópica de la muestra.

Solicitar las técnicas predeterminadas a través del SIL Patwin.

A las 12 horas se trabaja la muestra (corte del bloque, tinción de la preparación histológica, realización de las técnicas de inmunohistoquímica).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Finalmente pasar a la patóloga para el diagnostico.

INDICADORES

Registrar hora y día de llegada de los volantes del 2015.

Registro de fecha del resultado emitido del 2015.

Obtener del SIL patwin numero de BAG del 2014 y fecha de recepción de la muestra y fecha de emisión de resultado.

DURACIÓN

Un mes para obtención y conclusión de resultados del 2014.

Un mes para la creación de una tabla en el ordenador en la que anotaremos la fecha y hora de llegada y emisión de informes.

Un mes para la evaluación de los datos.

Nueve meses para actuar de la manera propuesta.

Un mes para hacer comparativa de resultado 2014 y 2015.

Un mes para conclusiones y final de proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA GONZALEZ PAVON
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIELSA MOLINA PATRICIA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
VILLACAMPA BUIL ROSA
SANZ GARRIDO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNION EN JUNIO DEL 2015 PARA DESIGNAR RESPONSABLE PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO, SE ACUERDA NOMBRAR DOS DE CADA SECCION: MICROBIOLOGIA, HEMATOLOGIA Y BIOQUIMICA. EN ESTE REUNION SE ELIGE EL ORDENADOR DE URGENCIAS PARA UBICAR LA CARPETA.

OCTUBRE SE RECOPILAN DE CADA SECCION TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EXISTENTES, SE ACTUALIZAN Y SE REVISAN POR SI HUBIERA CAMBIOS.

FEBRERO SE EMPIEZAN A INTRODUCIR EN LA CARPETA LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTOS DE ENVIO. SE CONFECCIONA UNA HOJA PARA APUNTA LAS POSIBLES INCIDENCIAS EN CADA PROCEDIMIENTO.

HASTA JUNIO SE VALORA MEDIANTE REGISTRO EN LAS HOJAS DE INCIDENCIAS SU DIFICULTAD O, SATISFACCION O MEJORAS A REALIZAR.

JULIO COINCIDIENDO CON EL PERIODO VACACIONAL DE LOS TEL PUESTA EN MARCHA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADO ALTAMENTE SATISFACTORIO, TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PUEDE CONSULTAR EN LOS TURNOS DE TARDE Y NOCHE LAS CONDICIONES OPTIMAS DE ENVIO DE MUESTRAS, COMO ENVIARLAS Y SI PUEDEN ESPERAR PARA EL DIA SIGUIENTE.

DEBIDO AL MOVIMIENTO DE FACULTATIVOS ESPECIALISTAS CON NECESIDAD DE ENVIO DE MUESTRAS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD A LABORATORIOS EXTERNOS O CENTROS DE INVESTIGACION, QUEDA UN REGISTRO CON EL ITINERARIO Y PRUEBA REQUERIDA.

GUIA DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE ENVIOS ESPECIALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ESTE PROYECTO SIGUE ACTIVO, PUES CADA DIA HAY NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ENVIOS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD, ESTUDIOS NUEVOS Y PETICIONES NUEVAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/221 ===== ***

Nº de Registro: 0221

Título
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Autores:
GONZALEZ PAVON LAURA, BIELSA MOLINA PATRICIA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, VILLACAMPA BUIL ROSA, SANZ GARRIDO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

EL AUMENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS DEL HOSPITAL QUE SE DERIVAN A OTROS CENTROS Y EL AUMENTO DE MUESTRAS QUE RECIBIMOS DE OTROS CENTROS O LUGARES QUE DEBEMOS GUARDAR EN CONDICIONES OPTIMAS PARA POSTERIORMENTE REALIZAR SU ENVIO, HACEN NECESARIO LA CREACION DE UN ESPACIO REFERENTE.
HAY T.E.L. RESPONSABLES DE ESTOS ENVIOS, PERO EL PROBLEMA SURGE CUANDO NO ESTAN ESTAS PERSONAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

RESPONSABLES, Y AUNQUE LOS PROCEDIMIENTOS ESTAN EN PAPEL RESULTA INCOMODA SU LOCALIZACION.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

CREACION DE UNA CARPETA EN EL ORDENADOR DE URGENCIAS DEL LABORATORIO, ES EL LUGAR IDONEO Y PRACTICO DONDE LOCALIZAR LOS PROTOCOLO ADECUADO DE ENVIO O RECEPCION.

MÉTODO

- DEFINIR PROCEDIMIENTOS.
- SELECCIONAR RESPONSABLES.
- ELECCION DEL ORDENADOR DONDE ESTARAN UBICADOS.
- CREACION DE UNA CARPETA DONDE ESTARAN AGRUPADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, RESPONSABLES Y COMPROMISO DE ACTUALIZACION.
- CREACION DE UN INDICE PARA FACILITAR LA LOCALIZACION DEL PROCEDIMIENTO. ESTARA UBICADA EN LA CARPETA.
- CREACION DE UNA HOJA SOBRE LA DIFICULTAD EN EL ENVIO Y SUGERENCIAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO QUE TAMBIEN SERA UTILIZADO PARA LA TRAZABILIDAD DE LA MUESTRA.
- EVALUACION Y PUESTA EN MARCHA DE NUEVAS ACCIONES.

INDICADORES

- REALIZACION Y ACTUALIZACION DEL 100% DE PROCEDIMIENTOS.
- INCLUSION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EN LA CARPETA.
- REALIZACIÓN DEL HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- REALIZACION DEL INDICE.

DURACIÓN

- DE JUNIO A JULIO DE 2015, ELECCION DE RESPONSABLES.
- DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2015 RECOPIACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
- DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2015, CREACIÓN DE LA CARPETA E INTRODUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS. CREACION DE LA HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- DE ENERO A ABRIL 2016, VALORACION DEL RESULTADO.
- MAYO 2016,PUESTA EN MARCHA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON CEBOLLERO PILAR
GONZALEZ PAVON LAURA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
VENTEO FRANCO CARMEN
PEREZ PEREZ ANA BELEN
BOLTAINA GUARDIA ESTELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONTACTAR CON EL SERVICIO INFORMatico DEL SIL MODULAB, PARA HABILITAR EL PROGRAMA DE CONTROL DE STOCK.
ESTAR EN CONTACTO CON ELLOS PARA DEFINIR ALARMAS, CANTIDADES MINIMAS DE STOCK, CADUCIDAD, DEFINIR GRUPOS, CALIBRADORES, CONTROLES, REACTIVOS,.....
EN MARZO REUNION DEL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA INFORMAR A TODO EL PERSONAL DE COMO ACTUAR ANTE ESTE PROYECTO:
-LOS TEL CUANDO SE TERMINEN LOS REACTIVOS DE BIOQUIMICA DEBERAN DEPOSITAR EN LAS CAJAS ROTULADAS QUE ESTARAN SITUADAS EN LOS LUGARES SEÑALIZADOS, HABRA UNA CAJA PARA DEPOSITAR LOS REACTIVOS, CONTROLES Y CALIBRADORES TERMINADOS, OTRA ROTULADA PARA DEPOSITAR LAS CAJAS DE LOS CONSUMIBLES ACABADOS.
-SE DESIGNAN A DOS TEL DE BIOQUIMICA DE RUTINA DE TURNO DE MAÑANA, COMO RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A TODO EL MATERIAL DE BIOQUIMICA QUE ENTRA EN ESTE PROYECTO, (EN PRINCIPIO SOLO EL MATERIAL DE LOS AUTOMATIZADORES DE ROCHE). TAMBIEN TENDRAN LA TAREA DE REVISAR PERIODICAMENTE LOS ALMACENES Y CUARTO FRIO PARA COMPROBAR CONCORDANCIA DE EXISTENCIAS Y PROGRAMA.
-CUANDO SUBAN EL MATERIAL DEL ALMACEN, PREGUNTARAN POR EL TEL RESPONSABLE DEL PROYECTO Y LE ENTREGARAN LOS ALBARANES (ESTO SE PACTA CON EL RESPONSABLE DEL ALMACEN). EL TEL RESPONSABLE DARA ENTRADA EN EL SIL.
-LOS TECNICOS DEL SIL MODULAB, FORMAN A LOS TEL DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA DE RUTINA RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A LOS PRODUCTOS DE ROCHE. DURANTE EL MES DE MAYO
-SE LES ASIGNA, A ESTOS TEL, LA TAREA DE ESCRIBIR ESTE PROCEDIMIENTO PARA QUE ESTE AL ALCANCE DE TODO EL SERVICIO E INCLUIRLO EN NUESTRO PROGRAMA DE CALIDAD.
-SE DESIGNAN RESPONSABLES DE RECOPIRAR DATOS DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS ENTRE LOS MESES DE JULIO Y DICIEMBRE DEL 2014 Y 2015.
FEBRERO 2016 REUNION DE TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA COMENTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO Y HACER UN RECORDATORIO MAS DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR LOS REACTIVOS VACIOS EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES. MAYO A OCTUBRE DEL 2016 CONTAJE DE PEDIDOS EXTRAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LOS RESULTADOS DEL PERIODO DEL 2015 SON BASTANTE MALOS.
EN 2014 SE REALIZARON 10 PEDIDOS EXTRAS.
EN 2015 SE REALIZARON 16 PEDIDOS EXTRAS, DEBIDO A QUE AUN VIGILANDO CONTINUAMENTE LOS STOCK, NEVERAS Y ALMACEN, HABIA IRREGULARIDADES: REACTIVOS QUE NO ENTRABAN EN LOS APARATOS Y SE VOLVIAN A DEJAR EN CUARTO FRIO, CAJAS VACIAS QUE NO SE DEPOSITABAN EN LOS LUGARES DEFINIDOS PARA DAR DE BAJA, ETC.
EVOLUCION DEL PROYECTO EN EL 2016: DISMINUCION DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS EN LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE DEL 2016. SE REALIZAN 7 PEDIDOS EXTRAS NO AUMENTANDO EL STOCK DEFINIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MUCHO ESFUERZO Y TRABAJO PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS. HAY QUE IMPLICAR A TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO. SE SIGUE REVISANDO EL ALMACEN Y CUARTO FRIO CONTINUAMENTE PARA NO ENTRAR EN ROTURA DE STOCK.
RECORDATORIO EN TODAS LAS REUNIONES DEL PERSONAL DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR EN LOS LUGARES ADECUADOS.
CONCIENCIAR AL PERSONAL DEL SERVICIO DE LO IMPORTANTE QUE ES LA BUENA ACTUACION PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS.

7. OBSERVACIONES.
SE SIGUE EVOLUCIONANDO, MEJORANDO E INNOVANDO EN ESTE PROYECTO.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/337 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Nº de Registro: 0337

Título
PROCEDIMIENTO DE AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, GIRON CEBOLLERO PILAR, GONZALEZ PAVON LAURA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, VENDEO FRANCO CARMEN, PEREZ PEREZ ANA BELEN, BOLTAINA GUARDIA ESTELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Anualmente se realiza una programación de reactivos de bioquímica que se desglosa mensualmente, tras recibir los pedidos mensuales programados, según el gasto estimado, es frecuente la necesidad de realizar pedidos extras para cubrir el trabajo hasta terminar el mes y por el contrario se puede llegar a tener un stock en ocasiones excesivo y en otras inexistentes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación en el SIL - MODULAB de una aplicación para realizar pedidos, la cual nos permitirá prever con más exactitud y antelación en el tiempo:
- El gasto estimado en un mes, evitando realizar pedidos extras.
- Tener un estocaje más ajustado a las necesidades.
- Controlar de forma automática las caducidades de los productos.

MÉTODO
Contactar con MODULAB para poner en marcha la aplicación del programa.
Hacer una estimación del gasto de consumibles, reactivos, controles y calibradores, valorando en el año 2014.
Introducción de datos obtenidos en la aplicación del Modulab.
Distribuir el material según la metodología.
Establecer las alarmas de aviso de estocaje máximo, mínimo y caducidad próxima.
Decidir responsables de dar entrada y salida a los reactivos, calibradores, controles y consumibles.
Decidir responsables de revisar y valorar mensualmente la aplicación, para asegurar la concordancia entre el stock real y el que nos muestra el programa.
Realizar reuniones formativas e informativas del nuevo proyecto al personal de bioquímica y urgencias implicado.

INDICADORES
Comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.
Comparativa de stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2015.

DURACIÓN
De Enero a Febrero del 2015, instalación del programa y estimación del gasto de material.
En Marzo del 2015, información y formación al personal que vaya a hacer uso del programa y asignar responsables.
De Abril a Septiembre, puesta en marcha y seguimiento.
En Octubre realizar evaluación comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSEFA MOLES ALASTRUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
CORED NASARRE ROSA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MAYO Y JUNIO RECOGIDA DE DATOS: 30% DE VOLANTES O TUBOS MAL CUMPLIMENTADOS
SEPTIEMBRE ELABORACION DE ENCUESTA PARA VALORAR CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
NOVIEMBRE SESION EN LAS SALAS DE FORMACION PARA ENFERMEROS DEL HOSPITAL, SE PASA LA ENCUESTA Y POSTERIORMENTE SE EXPLICA EL CIRCUITO CORRECTO DE LA TRANSFUSION.
DICIEMBRE VALORACION DE LA ENCUESTA, EL 28% DE DUES DESCONOCEN ALGUN PASO IMPORTANTE DE LA TRANSFUSION
FEBRERO REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION
MARZO SESION FORMATIVA Y PRESENTACION DEL PROCEDIMIENTO. SE PASA LA ENCUESTA NUEVAMENTE PARA COMPROBAR SU EFICACIA
MARZO Y ABRIL CONTROL DE PETICIONES Y MUESTRAS, SE ABRE REGISTRO
MAYO EVALUACION ENCUESTA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL 95% DE LOS ENFERMEROS ENCUESTADOS CONOCEN BIEN EL PROCEDIMIENTO DE LA TRANSFUSION
EL 85% DE PETICIONES Y MUESTRAS BIEN RECIBIDAS Y CUMPLIMENTADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DEL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE Y DE HOSPITALIZACION INCLUIDOS LOS CELADORES, EVITANDO REPETICIONES Y ENVIOS AL SITIO DE PROCEDENCIA.
SATISFACCION EN EL TRABAJO BIEN REALIZADO.
PROCEDIMIENTO REALIZADO Y REVISADO POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, HERRAMIENTA UTIL PARA EL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE DE NUEVA INCORPORACION.

7. OBSERVACIONES.

NO SE REALIZAN POSTERS PARA NO LLENAR LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION DE PAPELES. DESDE EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE HAY UN OBJETIVO DE REALIZAR CHARLAS FORMATIVAS CADA AÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2011/539 ===== ***

Nº de Registro: 0539

Título
IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
.

Centro de Trabajo del Coordinador: HOSPITAL DE BARBASTRO

PROBLEMA

EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARABASTRO, HEMOS DETECTADO PASOS QUE SON MEJORABLES DENTRO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN:

-HAY UN NÚMERO ELEVADO DE PETICIONES DE PRUEBAS CRUZADAS QUE LLEGAN MAL CUMPLIMENTADAS.

-RECIBIMOS EN NUESTRO LABORATORIO GRAN NUMERO DE TUBOS-EDTA CON SANGRE PARA REALIZAR LAS PRUEBAS CRUZADAS, DONDE NO SE IDENTIFICA EL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.

-AL ASUMIR LOS D.U.E.S DE HOSPITALIZACION EL ACTO DE LA TRANSFUSIÓN Y MANEJO DE HEMODERIVADOS, ES NECESARIA UNA FORMACIÓN PARA LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS.

-ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LOS ROCEDIMIENTOS EXISTENTES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) CUMPLIMENTACION CORRECTA DE LA PETICIÓN.
- 2) IDENTIFICACION CORRECTA CON LA ETIQUETA, DE LA MUESTRA, CON LA FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
- 4) AUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO Y TRANSFUSIÓN DE LOS HEMODERIVADOS POR PARTE DE LOS D.U.E.S. DE HOSPITALIZACIÓN.
- 5) QUE EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN TENGA UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN PARA TRABAJAR CON SEGURIDAD.

MÉTODO

- DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA ENCUESTA DE VALORACION DE CONOCIMIENTOS. (PERSONAL DE ENFERMERIA DE BANCO DE SANGRE).
- ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION PARA LA ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
- SESIONES FORMATIVAS, PARA LOS D.U.E.S. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL PERSONAL DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE).
- PASE DE ENCUESTAS POST FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA.
- VALORACION DE LAS HOJAS DE INCIDENCIAS.(EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
- CAMBIO DE VOLANTE DE PETICION DE PRUEBAS CRUZADAS, DONDE SE APRECIE TODA LA TRAZABILIDAD DEL PROCESO. (COMISION DE TRANSFUSION).

INDICADORES

- NUMERO TOTAL DE PETICIONES MAL CUMPLIMENTADAS / NUMERO TOTAL DE PETICIONES RECIBIDAS x 100
- NUMERO TOTAL DE INCIDENCIAS REGISTRADAS / NUMERO TOTAL DE TRANSFUSIONES REALIZADAS x 100
- % DE ENFERMEROS DE HOSPITALIZACION QUE SUPERAN EL 80% DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.

DURACIÓN

- MES DE ABRIL Y MES DE MAYO, RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE LA ENCUESTA.
- MES DE JUNIO ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION Y SEGUNDA QUINCENA, FORMACION.
- MES DE SEPTIEMBRE, PRIMERA QUINCENA FORMACION, SEGUNDA QUINCENA PASE DE ENCUESTAS.
- MES DE OCTUBRE Y MES DE NOVIEMBRE, EVALUACION.
- MES DE DICIEMBRE, CONCLUSIONES E INFORMACION A LAS UNIDADES.

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES del SECTOR

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUZAS LACAMBRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
CORED NASARRE ROSA MARIA
VILLACAMPA BUIL ROSA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
BIELSA MOLINA PATRICIA
MATINERO BENITO LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EN DICIEMBRE REUNION EN EL ESPACIO DE CONSULTAS, DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA, AUXILIARES Y ENFERMEROS RESPONSABLES DE LAS CONSULTAS, EXPLICANDO EL PROYECTO. RECORDATORIO DEL AYUNO, ORINA PRIMERA DE LA MAÑANA Y COMO RECOGER LA ORINA DE 24 HORAS, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE HAY EN LA PARTE DE ATRAS DEL VOLANTE DE PETICION. DISEÑO DE HOJA INFORMATIVA QUE SE ADJUNTARA A LA PETICION DE ANALITICA, DONDE SE INDICA LA NECESIDAD DE CITACION, AYUNO Y RECOGIDA DE ORINA, HECES, ETC.
REUNION EN DICIEMBRE CON EL PERSONAL DE CITACIONES PARA RECORDAR DIAS DE EXTRACCIONES ESPECIALES.
EN ENERO SE ACUERDA CONFECCIONAR UN CALENDARIO PARA CITACIONES, CON LOS DIAS DE PRUEBAS ESPECIALES, DIAS BLOQUEADOS POR SER FIESTA EN ZARAGOZA, ETC.
NO SE REALIZA POSTER, POR NO LLENAR LAS PAREDES DE PAPELES Y POR INDICACION DE LA DIRECCION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEPTIEMBRE Y OCTUBRE REGISTRO EN HOJA DE PACIENTES QUE LLEGAN SIN CITA, SIN ORINA, SIN AYUNO, EN DIA INADECUADO. NOVIEMBRE, EVALUACION DE DATOS
RESULTADO:
10% DIA INADECUADO
SIN CITA NO SE EVALUA, NO TENEMOS PERSONAL PARA COMPROBAR SI ESTAN O NO CITADOS.
25% SIN ORINA RECIENTE
5% SIN ORINA DE 24 HORAS
22% SIN AYUNO, DE ESTOS PACIENTES, ALGUNOS LLEGAN DIRECTAMENTE DE LA CONSULTA POR INDICACION DEL FACULTATIVO ENERO Y FEBRERO RECOGIDA DE DATOS EN HOJA.
2% PACIENTES QUE LLEGAN EN DIA, HORA INADECUADO.
18% SIN ORINA RECIENTE, ALGUNOS SI LO SABEN PERO ALEGAN QUE NO TIENEN BOTE
2% SIN ORINA DE 24 HORAS
6% SIN AYUNO, A EXCEPCION DE LOS QUE LLEGAN ENVIADOS POR LA CONSULTA DIRECTAMENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA SATISFACCION EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES ES POSITIVA, LOS PACIENTES LLEGAN EN MEJORES CONDICIONES, MAS INFORMADOS.
LOS PACIENTES PERCIBIMOS TIENEN MAYOR INFORMACION.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCION LA AGLOMERACION DE LOS PACIENTES A PRIMERA HORA.

7. OBSERVACIONES.

NO SE REVISAN LAS CITAS POR NO DISPONER DE PERSONAL SUFICIENTE PARA ELLO Y ADEMAS NO APORTAR NADA, PUES LLEGAN MUCHOS PACIENTES DE CENTROS DE SALUD SIN CITA QUE IGUALMENTE SE LES REALIZA LA EXTRACCION, ADEMAS CREEMOS QUE ES UNA PERDIDA DE TIEMPO EL ENVIAR POSTERIORMENTE AL PACIENTE A CITARSE.
SI FUERA NECESARIO TENEMOS HERRAMIENTAS A TRAVES DEL SIL DE SABER CUANTOS PACIENTES HAN ACUDIDO A LA SALA DE EXTRACCIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/32 ===== ***

Nº de Registro: 0032

Título
INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MUZAS LACAMBRA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, CORED NASARRE ROSA MARIA, VILLACAMPA BUIL ROSA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, BIELSA MOLINA PATRICIA, MATINERO BENITO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Detectamos diariamente en las consultas de extracciones las mismas dudas, incorrecciones y falta de información de los pacientes:

- No refieren información del ayuno. La mayoría acuden a la consulta de extracciones en ayunas pero sin tener confirmación previa.
- No acuden con la primera orina de la mañana. Aunque en la consulta peticionaria de la analítica se lo indiquen, el paciente no lo asume.
- No acuden con la orina de 24 horas correctamente recogida.
- Los pacientes acuden sin cita.
- Muchos sufren hematoma post-punción, por no ejercer presión sobre el punto de extracción.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- MEJORAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO LLEGAN EN AYUNAS, Ó QUE SI LLEGAN NO ESTABAN INFORMADOS.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN ORINA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN LA ORINA DE 24 HORAS Ó MAL RECOGIDA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN A LA CONSULTA SIN CITA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN CON PETICIONES DE PRUEBAS ESPECIALES EN EL DIA INCORRECTO.

MÉTODO

- DISEÑO DE UNA HOJA INFORMATIVA CLARA, PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANALÍTICA.
- DISEÑO DE UN POSTER IMPACTANTE, QUE SE COLOCARÁ EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES.
- VALORACIÓN DE RESULTADOS.

INDICADORES

- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES, SIN AYUNO O SIN INFORMACIÓN DEL AYUNO/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN CITA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN ORINA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIÓN DE ANALÍTICA DE ORINA X 100

DURACIÓN

- DOS MESES DE RECOGIDA DE DATOS
- MES SIGUIENTE, EVALUACIÓN DE DATOS
- MES SIGUIENTE, REPARTO DE ACCIONES A CONSULTAS
- DOS MESES DE TRABAJO CON LAS NUEVAS ACCIONES
- MES SIGUIENTE DE NUEVA EVALUACIÓN
- MES SIGUIENTE CONCLUSIONES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0088

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS ESTEVE MORLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEPTIEMBRE RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL) RELATIVOS A HOSPITALIZACION SOBRE COMO LLEGAN LAS HOJAS DE PETICION DE EXTRACCION PARA EL TAO. (SEPTIEMBRE ELABORACION CON LOS HEMATOLOGOS DE LA ENCUESTA A REALIZAR POR LOS DUES SOBRE SU CONOCIMIENTO.
OCTUBRE EVALUACION DE LOS DATOS OBTENIDOS. OCTUBRE DISEÑO DEL CIRCUITO A IMPLANTAR.
NOVIEMBRE, SESIONES IMPARTIDAS EN LAS SALAS DE FORMACION A LOS DUES DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y DIALISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS. EN LA MISMA SESION SE PASA LA ENCUESTA SOBRE SUS CONOCIMIENTOS. TAMBIEN PRESENTACION DEL CIRCUITO. HORAS Y LUGAR DE RECEPCION DE HOJAS, HORARIO DE REALIZACION DE LA PUNCION.
DICIEMBRE Y ENERO PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
FEBRERO, RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL)
MARZO EVALUACION POR PARTE DE LAS DUES RESPONSABLES DE LA CONSULTA DE HEMOSTASIA.
NO SE REALIZA EL APARTADO DE PUNCION DIGITAL EN LA SALA DE OBSERVACION, POR NO TENER APARATOS DISPONIBLES Y NO CONSIDERAR EL SERVICIO DE URGENCIAS ESA NECESIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACION DE LA PRIMERA RECOGIDA DE DATOS:
UN 45% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO (EN EL LABORATORIO EN SITIO INCORRECTO).
EVALUACION DE LA SEGUNDA RECOGIDA DE DATOS:
UN 8% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO.
EN DIALISIS SE ESTABLECE HORARIO: 8 HORAS Y 14 HORAS, PREVIA COMUNICACION DEL SERVICIO DE DIALISIS CON HEMOSTASIA DE LOS PACIENTES A ATENDER.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, SALA DE OBSERVACION A DEMANDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS DUES IMPLICADOS EN LA CONSULTA DE HEMOSTASIA MANIFIESTAN SU SATISFACCIÓN POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON ESTAS ACCIONES.

7. OBSERVACIONES.

EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA PROPONE REALIZAR SESIONES FORMATIVAS Y RECORDATORIAS ANUALES EN LAS SESIONES DE ENFERMERIA ABIERTAS A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2014/88 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BARRIGA CONDE
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LASUS AGRAZ SUSANA
LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA
HERNANDEZ MORENO ELENA
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
BETRAN ESCARTIN ANA
LOPEZ AGUERRI NATALIA
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE ERRORES
PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE CUALIFICACION DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE REGISTRO DE ERRORES EN LA SIEMBRA DE PLACAS Y CONTABILIZACION DEL PERIODO DE APRENDIZAJE DEL TEL SUSTITUTO DE VACACIONES
EN MAYO DEL 2017 INCORPORACION DE NUEVAS ETIQUETAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL HOSPITAL
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE DE 2017 RECOGIDA DE DATOS DE ERRORES Y CUALIFICACION DEL TEL SUSTITUTO Y SU REGISTRO EN LAS TABLAS CORRESPONDIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2015:
22%
ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2017 CON LAS NUEVAS ETIQUETAS:
8%
PERIODO DE CUALIFICACION EN EL 2015 DEL TEL SUSTITUTO:
OCHO DIAS
PERIODO DE CUALIFICACION EN EL 2017 DEL TEL SUSTITUTO:
CINCO DIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA TEL Y MICROBIOLOGOS SE SIENTEN MUY SATISFECHOS CON EL PROYECTO REALIZADO.
CON ESTA NUEVA ACCION SE OPTIMIZA EL TIEMPO DEL TEL INSTRUCTOR Y TAMBIEN SE REDUCEN COSTES EN EL MATERIAL.
EL TIEMPO DE RESPUESTA DEL RESULTADO FINAL NO SE DEMORA.

7. OBSERVACIONES.

LA TARDANZA EN EL RESULTADO FINAL DEL PROYECTO HA SIDO CONSECUENCIA DE LA DEMORA EN LA REALIZACION DE LAS ETIQUETAS POR EL SERVICIO DE INFORMATICA.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/340 ===== ***

Nº de Registro: 0340

Título
INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
BARRIGA CONDE ANA MARIA, LASUS AGRAZ SUSANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA, HERNANDEZ MORENO ELENA, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ ARREGUI NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

En el laboratorio de microbiología actualmente se utilizan unas etiquetas indentificativas que se obtienen desde un excel que realizó en su día informática para poder identificar y empezar a trabajar la muestra en el momento que se recibe. Cada muestra tiene un tratamiento distinto y se utilizan distintas placas y medios para su siembra. El personal de nueva incorporación tiene que funcionar al principio con referentes colocados en el lugar de siembra, para hacerlo correctamente, pues un error en la elección de la placa necesaria, supone el retraso en la obtención del resultado, de 24 ó 48 horas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el aprendizaje a los TEL de nueva incorporación, evitando errores en la siembra de la muestra.

MÉTODO

Hacer la petición al servicio de informática del Hospital de la necesidad de añadir un nuevo campo a las etiquetas que ya utilizamos.

Realizar un registro de errores en la siembra de placas.

Contabilizar el tiempo de aprendizaje en las nuevas incorporaciones.

INDICADORES

- Disminución del tiempo de aprendizaje
- Facilitar el trabajo del personal
- Disminución de errores en la siembra de placas.

DURACIÓN

De Junio a Septiembre, petición de la ampliación de un campo en la etiqueta, al servicio de informática.

Primera quincena de Junio, creación de una tabla para el registro de errores en la siembra de placas.

Primera quincena de Junio, creación de un tabla registrando nombre y periodo de aprendizaje de los TEL de nueva incorporación.

Segunda quincena de Junio hasta Septiembre de 2015, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del periodo de aprendizaje del TEL sustituto de vacaciones.

De Octubre de 2015 a Mayo 2016, actuación con las nuevas etiquetas.

Junio a Septiembre de 2016, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del TEL sustituto de vacaciones.

Octubre de 2016 conclusiones finales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO
CASTELLAR OTIN ELENA
VALLES GALLEGO VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la consulta telemática entre neurología y primaria de los centros de Salud de Monzón Urbano y Rural, con ampliación posterior de la herramienta a los CS de Binefar y Albalate de Cinca (2016) así como posteriormente a CS de Barbastro, Graus, Ainsa y Lafortunada (Abril-Junio 2017) quedando pendiente para 2018 la incorporación del resto de los CS del sector.
Se realizó una reunión presencial (sesión Power Point) con cada centro de salud designándose un interlocutor en cada uno de ellos para posibles imprevistos o dudas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Favorable con optimización no presencial del manejo del paciente crónico de neurología con mejoría de la atención global.
Excelente acogida por parte de los facultativos de atención primaria con uso inmediato de la herramienta. Tan solo ha sido posible analizar las consultas realizadas hasta Abril del 2017 por puesta en marcha de la vigente herramienta de CONSULTA VIRTUAL instaurada por el SALUD en octubre del 2017, que ha impedido una correcta recogida de datos
Indicadores y recogida de datos:
Consultas totales (excluyendo errores y repeticiones) desde Noviembre 2015-Abril 2017: 118
Causa principal de consulta: Empeoramiento clínico (59) y problemas derivados del tratamiento (38)
Patología predominante: Demencias (24), cefalea (12) epilepsia (7) trastornos del movimiento (6) y vascular (5)
Destino del paciente consultado: Nueva valoración presencial en neurología (49) resolución y manejo desde primaria (19) derivación a urgencias (1)
Fuente de datos: Propio registro HCE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Favorable. Creación y mantenimiento de una herramienta que se ha mostrado útil en el manejo no presencial (telemático o virtual) del paciente crónico de neurología del sector Barbastro. Implicación de los facultativos de atención primaria de los CS participantes. Hubiera quedado pendiente la posibilidad de abordar los pacientes citados como primeras visitas pero la actual CONSULTA VIRTUAL cubre esta necesidad.

7. OBSERVACIONES.

He dudado si tipificar la memoria como "seguimiento" o "final" ya que la actual CONSULTA VIRTUAL ha absorbido la consulta telemática primitiva aunque nuestro objetivo es seguir manteniendo la consulta telemática de segundas visitas activa (y citas virtuales de primeras visitas por supuesto)

*** ===== Resumen del proyecto 2015/468 ===== ***

Nº de Registro: 0468

Título
INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Autores:
MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CALVO PEREZ LARA MARIA, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE, GARCIA FERNANDEZ LORENA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL TRINIDAD, COLL CLAVERO JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Existencia de importante demora en las segundas visitas de neurología, lo que presupone empeoramiento en la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMÁTICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Dificultad en la comunicación entre primaria y neurología con ausencia de una vía de contacto efectiva y segura. Segundas visitas que pasan a ser primeras visitas preferentes, consumiendo recursos y aumentando la demora ya existente

Insatisfacción del paciente, del médico de atención primaria y del neurólogo

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejoría de la calidad asistencial adaptándose al contexto asistencial actual de las voluminosas listas de espera existentes con su consiguiente demora, ofreciendo la posibilidad de contactar desde primaria con el especialista de neurología en situaciones específicas con la creación de un circuito de comunicación rápido, eficaz y que preserve la confidencialidad del paciente

Disminución de recetas innecesarias a neurología, visitas a primaria (por misma queja no resuelta), visitas a s. de urgencias e incluso de hospitalizaciones en muchos casos

Registro de una actividad que ya se realiza informalmente

MÉTODO

Crear con s. de informática una adecuada herramienta de "interconsulta telemática" a través de HCE
Cada interconsulta será personalizada para cada neurólogo(excepto en periodo vacacional) con el compromiso de resolución de dicha interconsulta en 3-5d laborables

Se iniciará el proyecto con los Centros de Salud de Monzón Rural y Urbano

INDICADORES

Registro de las interconsultas realizadas

Escalas de satisfacción (primaria, neurología, pacientes)

DURACIÓN

Julio-agosto: Coordinación con primaria, informática del H. Barbastro para optimizar el formato de interconsulta

Septiembre: Sesión informativas en los C. de salud seleccionados

Octubre: Inicio del programa // solventación problemas (si los hay)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/08/2016

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
ARRIBAS MARCO TERESA
GUARDIA DODORICO LORENA
GONZALEZ BALLANO ISABEL
BUIL LANASPA LAURA
CAMPO BROTO MARIA PILAR
TAPIA LANUZA AMADO
LALANA GARCES MARTA
LERMA PUERTAS DIEGO
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
MIRAMAR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre.
Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.
En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo.
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón.
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.
En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/117 ===== ***

Nº de Registro: 0117

Título
PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, ARIBAS MARCO TERESA, BUIL LANASPA LAURA, GONZALEZ BALLANO ISABEL, GUARDIA DODORICO LORENA, CAMPO BROTO MARIA PILAR, TAPIA LANUZA AMADO, LALANA GARCES MARTA, LERMA PUERTAS DIEGO, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

En enero de 2013 se introdujo en muchos centros privados españoles el estudio de ADN fetal en sangre materna. En la actualidad, los tests de Diagnóstico Prenatal No Invasivo (DPNI) son la prueba de cribado más eficaz para el diagnóstico de síndrome de Down, con una sensibilidad del 99% y avalado por múltiples estudios. A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto que culminó con la realización de los primeros tests de DPNI en nuestro hospital en marzo de 2015. El objetivo en este año es monitorizar los resultados de la prueba en el primer año de mejora en el cribado y colaborar con el resto de los hospitales de Aragón para que se incorpore a todos los centros del SALUD.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Sesión clínica conjunta Ginecología-Análisis Clínicos Hospital de Barbastro, marzo de 2014 y enero 2015. Sesión clínica conjunta de todos los centros de Aragón-Genética HUMS, marzo 2015. Sesión informativa DPNI Hospital de Barbastro, abril 2015. Publicación de nuestros resultados, pendiente de aprobación en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, febrero 2015. Presentación en las Jornadas de Calidad del Hospital de Barbastro, marzo 2015. Poster en el Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, junio 2015. Revisión del protocolo de cromosopatías en el Hospital de Barbastro, marzo 2015. Modificación del consentimiento informado de cribado bioquímico de anomalías cromosómicas y de DPNI, marzo 2015. Modificación del folleto de Diagnóstico Prenatal que damos como información a las embarazadas del sector, marzo 2015. Impresión de 2500 trípticos sobre Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria, distribución en mayo 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

Monitorizar los resultados en el primer año de incorporación del estudio de ADN fetal al Diagnóstico Prenatal No invasivo.

Ampliar las indicaciones de DPNI a los casos de riesgo intermedio en el cribado combinado de anomalías cromosómicas.

En última instancia y lo más importante, disminuir el número de técnicas invasivas y con ello, el número de abortos post-amniocentesis, sin por ello disminuir nuestras tasas de detección de aneuploidías (hoy en día, el 90%).

MÉTODO

Reuniones conjuntas con los responsables del Diagnóstico Prenatal de los demás centros públicos de Aragón para incorporar el DPNI a la Estrategia de cribado de cromosopatías de Aragón. De acuerdo con el servicio de Informática del Hospital de Barbastro, incorporar los resultados del cribado combinado y del DPNI a la Intranet del sector. Realizar un estudio coste-beneficio sobre el gasto que supondría la incorporación de estas pruebas en las pacientes con riesgo intermedio de cromosopatía por el cribado combinado (riesgos entre 1/271-1/1000) y el ahorro teórico por la disminución de pruebas invasivas y el aborto asociado a las mismas. Publicar nuestros resultados en revistas científicas tras la incorporación del ADN fetal al año de seguimiento. Comunicaciones y posters a congresos. Optar al galardón "Buenas Prácticas en atención al parto normal y salud reproductiva" que organiza el Ministerio de Sanidad en la convocatoria de 2016, cuando llevemos un año de aplicación de la prueba.

INDICADORES

Número de cribados combinados positivos, tasa de falsos positivos.

Tasa de detección de cromosopatías. Número de estudios de ADN fetal realizados. Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal.

Número de amniocentesis.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: mayo 2015.

Fecha de finalización: mayo 2016.

Mayo 2015: reunión conjunta de todos los responsables de Diagnóstico Prenatal de los centros públicos de Aragón.

Mayo 2015: divulgación del nuevo folleto informativo de Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria.

Junio 2015: publicación de los resultados obtenidos hasta el momento con el cribado combinado en revistas científicas.

Junio 2015: asistencia al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao y comunicación en forma de poster.

Septiembre 2015: incorporación de los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector.

Septiembre 2015: reunión conjunta con el resto de responsables del Diagnóstico Prenatal de otros centros públicos de Aragón.

Enero 2016: reunión conjunta Ginecología-Análisis Clínicos para

revisión de los resultados en el primer año de la prueba.

Marzo 2016: comunicación de los resultados en las jornadas de calidad del sector.

Marzo 2016: incorporar los casos de cribado combinado con riesgo intermedio al DPNI, de acuerdo con la Gerencia del sector.

Abril 2016: convocatoria para la identificación, recogida y difusión

de Buenas Prácticas en la Estrategia del SNS de Atención al parto normal y Salud Reproductiva.

Abril 2016: envío a publicaciones científicas de los resultados obtenidos en el primer año de DPNI en nuestro sector.

Reuniones periódicas con las matronas de Atención Primaria para poner en común la información que debemos dar a las embarazadas del sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.
A los pacientes seleccionados se les daba una encuesta preoperatoria the voice handicap index y la escala Hamilton. El primero para ver la calidad de vida con el grado de disfonía y el segundo para valorar su estado emocional.
Se han realizado 2 cursos para enfermeras del sector durante este año de manejo del paciente traqueotomizado. También se ha hecho especial hincapié en la enseñanza en nuestra planta y en la UCI para los cuidados y manejo de las cánulas de estos pacientes, estando con las enfermeras en su limpieza y cambios.
Se han elaborado unos folletos que se han entregado al paciente sobre sus cuidados en casa, en el que se tratan también las dudas que puedan surgir.
Derivamos a los pacientes a la logopeda para empezar el aprendizaje de la voz erigmofónica y tratamiento de posibles disfagias que puedan surgir.
También se les informa de las asociaciones de laringectomizados de la zona, donde se les ayuda en todos los ámbitos de su nueva vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.
La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.
Los tests escogidos son los de referencia internacional para valorar la calidad de vida y el estado emocional de estos pacientes.
Se están consiguiendo los objetivos iniciales pero faltaría otro año para poder evaluar todos los aspectos en conjunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lo primero de todo es que el proyecto de calidad es absolutamente gratuito para el salud y se soporta en nuestro trabajo y esfuerzo para conseguir el objetivo final.
En segundo lugar, debido a que la evolución de la calidad de vida y estado emocional se va viendo con los meses según van aprendiendo la voz erigmofónica y se van integrando en su vida cotidiana, las encuestas realizadas aún les queda para ser realizadas y poder evaluar la efectividad de nuestro proyecto, a pesar de lo cual se están consiguiendo ya grandes avances.
Es un proyecto que se debería continuar en el tiempo, por su fácil aplicación y reproductibilidad.
Aporta una rápida y próspera inserción de estos pacientes pudiendo alcanzar una vida normal con buena calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/19 ===== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a laringuectomías totales y traqueotomías definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas. La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones. La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente. Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO

Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomía total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomía. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES

Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

"The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma, siendo la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" únicamente aplicable a pacientes con voz erigimofónica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.

Se han realizado otros dos cursos (Noviembre y Abril) de manejo de traqueotomía para enfermeras.

Se ha continuado con el apoyo en planta del personal sanitario y de los familiares.

Entrega de folleto explicativo.

Derivación a logopeda.

Poner en conocimiento de las asociaciones de laringectomizados.

Y rellenar las encuestas pertinentes: escala de hamilton y the voice handicap index.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.

La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.

Este año ha servido para asentar y afianzar los conocimientos adquiridos el año anterior.

Hemos recogido los datos de 7 pacientes sometidos a laringectomía cuya edad media era de 75 años. Todos tenían soporte social y comorbilidades asociadas por la que se descartó el tratamiento con quimioradioterapia.

Inicialmente, en el test Hamilton tenían en su mayoría una puntuación total entre 13-17 puntos es decir una gravedad del cuadro de menos de depresión mayor. Un paciente tuvo depresión mayor con riesgo de autolisis. Estos resultados son derivados de la reacción de enterarse de padecer cáncer con el riesgo vital que ello conlleva y por otro lado, tener que pasar un proceso mutilante que te puede limitar en el habla y la comida.

Los resultados del test Hamilton después de 1 año y de 6 meses en algunos pacientes tras la cirugía son muy reveladores. Todos los pacientes pasaron a un estado normal, salvo uno que tuvo una depresión menor. Esto es debido a la falta de complicación o secuelas permanentes derivadas de la laringectomía. Los pacientes obviamente no podrán hablar normal, pero ninguno presenta disfagia ni fístulas traqueoesofágicas. Se dan cuenta de que a pesar de la cirugía, llevan una rutina activa con una muy buena calidad de vida: podían seguir yendo al huerto, pasear, conducir, comer con normalidad etc.

Hay que tener en cuenta que son pacientes mayores que llevaban en su mayoría una vida tranquila anteriormente. Y en los resultados de the voice handicap index se valoró inicialmente que todos ellos presentaban una disfonía severa antes de la cirugía por la tumoración. A 2 de estos pacientes se les realizó de urgencia y antes de la cirugía una traqueotomía de urgencia por disnea aguda por su tumor.

El aprendizaje de la voz erigimofónica en pacientes mayores es más lenta y dificultosa que en gente joven.

Salvo un paciente que por distancia y poca accesibilidad a la logopeda (vivía en Benasque) no quiso aprender a hablar, el resto han seguido nuestras instrucciones y han mejorado ostensiblemente su comunicación.

De los 6 pacientes restantes, 5 tienen una incapacidad moderada para hablar a pesar de que ellos consideran que se comunican sin problemas y 1 paciente (el más joven de 57 años), habla con fluidez y ha aprendido perfectamente la voz erigimofónica.

Salvo el joven, todos siguen yendo a la logopeda donde también se les desbloquea la musculatura cervical, les favorecen y enseñan a usar la musculatura en su nueva situación tanto para tragar como para hablar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido un éxito. El seguimiento realizado a los pacientes, la colaboración con el personal sanitario y los familiares ha reforzado nuestra labor.

Ha sido un proyecto que no ha necesitado de gastos ni de recursos extras y de los cuales considero que los paciente se han beneficiado enormemente.

Creo que el trabajo en equipo y multidisciplinar ha sido la clave del éxito.

Además, es fácilmente reproducible y se puede seguir aplicando en nuestra práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

*** ===== Resumen del proyecto 2015/19 ===== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a laringuectomías totales y traqueotomías definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas. La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones. La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente. Así pues nuestro objetivo es realiza un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Así pues nuestro objetivo es realiza un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO

Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomía total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomía. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES

Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

"The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

según el modelo de voz erigmofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" únicamente aplicable a pacientes con voz erigmofónica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **