

INDICE PROYECTOS 061_2006

034_2006 “Elaboración y puesta en práctica de un protocolo de limpieza y desinfección de superficies y materiales de la Unidad Móvil de Emergencias de Ejea de los Caballeros-061 Aragón”	Pág. 2 a 6
035_2006 “Implantación de un sistema de gestión de la calidad según la norma UNE-EN-ISO 9001:2000: verificación de la implantación” de la Gerencia 061	Pág. 7 a 11
056_2006 “Registro extrahospitalario de síndrome coronario agudo” del 061 Aragón	Pág. 12 a 17
018_2006 “La continuidad asistencial en urgencias extrahospitalarias” de UME Ejea	Pág. 18 a 21

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN Y PUESTA EN PRACTICA DE UN PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y MATERIALES DE LA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE EJEA DE LOS CABALLEROS – 061 ARAGÓN

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **Sergio García Murillo**

Profesión **Enfermero de Emergencias**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

UME de Ejea de los Caballeros (061 Aragón)

Correo electrónico:

mugase@eresmas.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-677975 (TELÉFONO DIRECTO)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José A. Gallego Catalán	Médico	UME EJEA
Rafael Castro Salanova	Médico	UME EJEA
Eduardo Mir Ramos	Enfermero	UME EJEA
Marta Palacios Laseca	Enfermera	UME EJEA

4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "metodos de deteccion y priorizacion empleados"

La importancia de este proyecto radica en que la **limpieza y desinfección (LD)** constituyen estrategias basicas para prevenir la transmisión de infecciones en el ámbito de las **emergencias extrahospitalarias (EEH)**. Este proyecto pretende ser una herramienta útil y práctica que permita aplicar los principios de LD a las superficies e instrumental que habitualmente se utilizan en el ambito de las EEH.

Como método de deteccion del problema durante una reunion de equipo de los miembros de la UME de Ejea se propone a través de una lluvia de ideas una serie de oportunidades de mejora . De entre todas las ideas resultantes y mediante priorizacion a través del método de ponderacion se ha elegido la presente como una de las más utiles y prácticas.

5 - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**6 - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Elaboración y puesta en marcha de un protocolo de actuación para la LD de las superficies e instrumental utilizados en las EEH que permita tener operativa la UVI móvil de la manera posible mas sencilla, rapida, segura, eficiente y respetuosa con el medio ambiente y materiales utilizados

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Lineas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	40%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	40%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El desarrollo metodológico por parte del personal de EEH de las técnicas de LD es muy variable, debido a que se ha realizado un aprendizaje desestructurado y en base a mecanismos de transmisión de actitudes y pautas de comportamiento de unos profesionales a otros, en ocasiones de manera poco justificada.

La labor diaria en EEH presenta una serie de características especiales que van a influir en la aplicación de las técnicas de LDE:

1. Atención a pacientes críticos (politraumatizados, quemados, neonatos, pacientes pluripatológicos...) susceptibles de contraer infecciones.
2. Rapidez en la activación tras un servicio. Exige que todos los profesionales del equipo estén familiarizados y participen en la LDE de superficies e instrumental
3. Atención a pacientes potencialmente contaminantes (politraumatizados).
4. Reducidas dimensiones del habitáculo de los vehículos de SVA que unido a la celeridad con la que hay que actuar en algunos casos facilitan la contaminación de gran parte de las superficies
5. Diversidad de instrumental utilizado. El riesgo potencial de infección de dicho instrumental y la distinta naturaleza de los materiales empleados obligan a tener claro el nivel de desinfección y productos a utilizar
6. Entrada en el mercado de nuevos desinfectantes menos nocivos para la persona y más cuidadosos con los materiales.

Por lo tanto creemos necesario la elaboración de un proyecto de LD en EEH con las características expuestas en el punto 5 y basado en opiniones de personal sanitario competente en la materia y bibliografía lo más actualizada posible.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar

- Diariamente y después de cada servicio se procederá a la LD de las superficies de la UME que lo requieran según el protocolo de actuación y se dejará constancia de las superficies sometidas a LD y productos químicos utilizados en el libro de observaciones
- Después de su uso en un servicio y con la periodicidad determinada en el protocolo de actuación se procederá a la LD del instrumental utilizado que lo requiera. Igualmente se anotará en el libro de observaciones el instrumental sometido a LD y productos químicos utilizados (o proceso de esterilización si lo precisa). En el caso del instrumental que tenga "caducidad de desinfección o esterilización" se anotará en la base de datos de caducidades de farmacos ya existente
- Cada tres meses se revisará el libro de observaciones y la base de datos de caducidades de farmacos para valorar el cumplimiento de los anteriores apartados

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Febrero de 2006 ; Fecha de finalización: 30 de Noviembre de 2006

Calendario:

- Del 1 al 28 de Febrero: revision bibliografica y peticion de colaboracion a personal competente en la materia.
- Del 1 al 31 de Marzo: elaboracion del articulo y protocolo de actuacion de LD de materiales y superficies en EEH
- Del 1 de Abril al 30 de Noviembre: puesta en practica del protocolo de actuacion de LD de materiales y superficies en EEH.
- Revisiones del libro de observaciones y de la base de datos de caducidades: 30 de Junio, 29 de Septiembre y 30 de Noviembre

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En enero de 2004 comenzó en el 061 ARAGÓN un proyecto que consiste en la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad tomando como referencia los requisitos establecidos en la norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

Durante el año 2004 se desarrollaron las siguientes fases del proyecto:

- Análisis previo y funcional de la organización
- Realización de las reuniones de información.
- Elaboración de la documentación, definición de procesos.

A lo largo del año 2005 la fase de elaboración de la documentación se ha solapado con la fase de implantación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad realizándose reuniones de implantación con las distintas unidades y departamentos e incorporando las sugerencias de mejora y los cambios producidos en los procesos a través de la elaboración e implantación de nuevas versiones de documentos.

Para garantizar el cumplimiento del sistema con respecto a los requisitos de la norma, los requisitos de sus clientes / usuarios y de todas las partes interesadas, el 061 ARAGÓN se ha propuesto la planificación y realización de actividades de análisis, medición, seguimiento y mejora del sistema, estableciendo una sistemática para la gestión de la mejora continua que se concreta entre otras actividades en la realización de auditorías internas y en la certificación del sistema con respecto a los requisitos establecidos en la norma UNE-EN-ISO 9001:2000 mediante la realización de una auditoría externa realizada por una entidad acreditada, como reconocimiento del esfuerzo invertido y del buen hacer de la organización.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad nos ha permitido definir los procesos que contribuyen al logro de un servicio aceptable para el ciudadano y el establecimiento de métodos para mantener estos procesos bajo control así como establecer un marco de referencia que posibilite el compromiso de los profesionales con el proyecto posibilitando su participación en la mejora continua de la organización.

Hasta el momento se han desarrollado las siguientes fases:

1. Realización del análisis previo y funcional de la organización.
2. Información a los profesionales de las distintas unidades y dptos de la organización.
3. Elaboración de la documentación relativa al Sistema de Gestión de la Calidad.
4. Realización de reuniones de implantación en las distintas unidades y dptos de la organización.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Evaluar la capacidad y eficacia del sistema para satisfacer los objetivos previstos y establecer acciones correctivas y preventivas ante las no conformidades detectadas.

Certificar el sistema con el objetivo de determinar su capacidad para satisfacer los requisitos de la norma UNE-EN-ISO 9001:2000 y obtener el reconocimiento público al esfuerzo invertido en el proyecto y al buen hacer de la organización.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	25
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	25
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realización de auditorías internas:

El Responsable de Calidad elaborará el Plan anual de auditorías internas.

La Dirección aprobará el Plan anual de auditorías internas y designará los miembros del equipo auditor.

- Preparación de la auditoría: el equipo auditor elaborará un plan de auditoría para cada una de las auditorías que se realizarán.
- Realización de la auditoría: el equipo auditor recogerá los datos y evidencias objetivas, constatará los hallazgos y consignará las no conformidades detectadas.
- Documentación de la auditoría: el equipo auditor elaborará el informe de auditoría.
- Conclusión o cierre de la auditoría: el responsable de la unidad o departamento auditado junto con el Responsable de Calidad y la Dirección determinará las acciones correctivas y/o preventivas a implantar para eliminar las no conformidades detectadas estableciendo un plazo para su implantación así como las actividades de seguimiento para verificar la implantación y eficacia de dichas acciones.

Certificación del sistema:

- Presentación de la solicitud a la entidad certificadora.
- Realización de la oferta por parte de la entidad certificadora.
- Aprobación de la oferta por la organización.
- Envío de la documentación del sistema a la entidad certificadora.
- Visita previa de la entidad certificadora y envío del plan de auditoría.
- Aprobación por la organización del plan de auditoría
- Realización de la auditoría de certificación.
- Realización del informe de auditoría por la entidad certificadora en el que se reflejan las no conformidades detectadas.
- Envío del informe elaborado por la organización con las acciones a desarrollar para solucionar las no conformidades detectadas.
- Concesión del certificado por parte de la entidad certificadora.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar

Nº de no conformidades detectadas respecto a los requisitos establecidos en la norma UNE-EN-ISO 9001:2000

Se han establecido acciones correctivas y/o preventivas para cada una de las no conformidades detectadas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Septiembre 2006

Calendario:

Febrero: Realización y aprobación del Plan anual de auditoría. Designación del equipo auditor.

Marzo – Abril: Realización de auditorías y presentación de resultados. Establecimiento de acciones correctivas y preventivas.

Marzo 2006: Contacto con entidades acreditadas.

Junio 2006: Realización de la auditoría externa.

Septiembre 2006: Obtención de la certificación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Registro Extrahospitalario de Síndrome Coronario Agudo

Para evaluar el tratamiento de repercusión farmacológica (fibrinólisis) del infarto agudo de miocardio en Aragón de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST/SCACEST) es imprescindible desarrollar un **Registro Continuo de Pacientes**, aplicación informática de bases de datos relacionadas, que nos permita evaluar la asistencia prestada e identificar las opciones de mejora.

Analizaremos de manera específica la efectividad de la fibrinólisis evaluando en términos de supervivencia el impacto de este proceso asistencial

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Enrique López Puente

Profesión:

Médico de Emergencias del 061 Aragón

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc):

061 Aragón UME Calatayud

Correo electrónico:

elopezpuente@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976881787 (Base Calatayud)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gloria Calahorra	Médico de emergencias	061 Aragón
Guadalupe de Inza	Médico de emergencias	061 Aragón
Eva Sebastian	Médico de emergencias	061 Aragón
Jorge Sanclemente	Médico de emergencias	061 Aragón
Pilar Laguarda	Médico de emergencias	061 Aragón
Enrique Alonso	Médico de emergencias	061 Aragón
Yolanda Pueyo	Médico de emergencias	061 Aragón

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

1. Creación de un **Registro Continuo de Pacientes** que monitorizará los procesos asistenciales asociados a la cardiopatía isquémica en el ámbito prehospitalario: factores de riesgo, actividades asistenciales, tanto preventivas como curativas, sistemas de información conjuntos y relacionados entre atención primaria y especializada. Permitirá evaluar y detectar opciones de mejora.
2. Aportar un instrumento de coordinación y calidad dirigido a actuar sobre el síndrome coronario agudo en colaboración con el Proyecto Triamar
3. Estándares de tratamiento consensuados por los diferentes servicios y universales a toda la población, con criterios de inclusión y exclusión definidos.
4. Ámbito de aplicación a toda la población de la Comunidad Autónoma.
5. Creación de una red asistencial (061, UCI, Urgencias Hospital, S. Hemodinámica) que coordina (CCU 061) todos los recursos asistenciales para garantizar el tratamiento específico útil, para cualquier paciente con síndrome coronario agudo que cumpla los criterios de inclusión, en cualquier parte del territorio de la Comunidad
6. Elaboración del procedimiento Alerta Hemodinámica para garantizar la angioplastia primaria en el menor tiempo posible.
7. Asignación de responsabilidades
8. Definición de objetivos.
9. Desarrollo de una metodología de trabajo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Garantizar unos tiempos de respuesta asistencial, acorde los estándares propuestos por las Guías de Práctica Clínica (SEC, AHA)
2. Mejorar la efectividad del tratamiento de repercusión farmacológica, evitando los falsos diagnósticos e indicaciones inadecuadas y aumentando el porcentaje de candidatos bien indicados.
3. Implantar mediante protocolos y procedimientos la colaboración con los diferentes niveles asistenciales: Intensivos, Cardiología, Urgencias Hospitalarias, S. Hemodinámica.
4. El desarrollo de un Registro de Información de los usos y prácticas de la asistencia real, permitirá determinar la implantación de la fibrinólisis, la adecuación a los protocolos, los grados de variabilidad, evaluación de riesgos-beneficios, grados de aceptación del tratamiento por los pacientes... etc.
5. Los Sistemas de Información basados en datos reales (registro continuo de pacientes) son herramientas imprescindibles para la toma de decisiones en la práctica asistencial y en la optimización de los recursos

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Instrumento: Implantar un Registro Continuo de Pacientes, en una base de datos específica (Access), creada en tecnología web, alojada en un servidor, que permita el acceso a través de la red internet en tiempo real a todo el equipo encargado de la recogida de datos. Cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos para el almacenamiento y tratamiento de datos de carácter sanitario. Acceso restringido a personas específicamente designadas por gerentes-responsables del servicio. Solo se mostrarán datos disociados de carácter científico, excluidos datos identificativos (base encriptada)
2. Objetivo: Estudio de resultados de salud, prospectivo, observacional de cohortes de la efectividad, fiabilidad y seguridad de la trombolisis prehospitalaria en el IAM con elevación del ST.
3. Análisis de los retrasos en el abordaje del IAM.
4. Análisis de la supervivencia de estos pacientes.
5. Control de calidad del proceso asistencial del IAM, analizando el impacto en resultados sanitarios de los diferentes Servicios Sanitarios implicados en el proceso asistencial de estos pacientes
6. Ambito de aplicación: Todos los habitantes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
7. Sujetos de aplicación: pacientes diagnosticados de IAM, código 410.** (CIE 9-MC) por los médicos de emergencias del 061.
8. Variables a registrar: Los datos se extraen de los informes clínicos asistenciales originales. Las variables están agrupadas por campos siguiendo la lógica de la práctica médica: Filiación que permita el seguimiento del paciente. Diagnóstico con criterios de inclusión y exclusión de la trombolisis prehospitalaria. Criterios de inclusión y exclusión de angioplastia coronaria urgente. Tratamiento. Complicaciones. La definición de estas variables se ajusta a las definiciones del proyecto CARDS, promovido por la Unión Europea para todos los servicios sanitarios (Cardiology Audit and Registration Data Standars) y al Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007 del Ministerio de Sanidad.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar

1. Análisis de los Retrasos en la asistencia: Lo mediremos como mediana en minutos. Inicio de síntomas-contacto con el sistema. Inicio de los síntomas-ECG realizado. Inicio de la asistencia- inicio de fibrinólisis. Inicio de la asistencia- llegada al hospital.
2. Manejo general del IAM, entendido como una puntuación obtenida por la aplicación de medidas básicas (recomendación tipo I en las GPC): Tasa de infartos atendidos por los diferentes Servicios (medirá el impacto de los diferentes servicios en el proceso asistencial). El análisis de este indicador nos aportará datos sobre la cobertura real del 061 en las diferentes áreas del mapa sanitario.
3. Efectividad de la fibrinólisis extrahospitalaria realizada por los equipos de emergencias mediante la estimación de: Tasa de Trombolisis inadecuadas realizadas (mide las trombolisis que no debieron realizarse). Tasa de trombolisis indicadas no realizadas (mide el grado de implantación de la trombolisis prehospitalaria del 061). Analizaremos dos tasas concretas que constituyen los objetivos del proyecto asistencial del 061: Tasa de fibrinólisis en los primeros 60 minutos de evolución, 15% del total. Tasa de fibrinólisis en las dos primeras horas, 50% del total. Mortalidad inicial (primeras 24 horas) y al mes.
4. Seguridad de la trombolisis, evaluada por las complicaciones hemorrágicas mayores y menores.
5. Evaluación clínica de la seguridad: Los pacientes, tanto en la fase prehospitalaria como en la hospitalaria, serán controlados para detectar la aparición de acontecimientos adversos, hemorragias endocraneales y hemorragias graves. La aparición de cualquiera

de ellos, acontecimiento centinela, será analizado conjuntamente por el 061 Aragón y la Unidad receptora del paciente (Unidad de Coronarias, Servicio de Urgencias, Unidades de Hemodinámica) Porcentaje de Accidentes Cerebro Vasculares Agudos de causa hemorrágica sufridos en el período transcurrido desde la infusión de tenecteplasa hasta pasadas 72 horas desde su administración

6. Tasa de cumplimentación de datos: mediremos la fiabilidad en la recogida de datos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 16-01-2006

Fecha de finalización: 01-01-2009

Calendario:

1. Enero 2006: Se constituirá un Grupo de Trabajo integrado por representantes de las diferentes bases. Sus funciones (todavía en período de definición):
 - Revisar y ajustar los términos y definiciones empleadas en el registro
 - Revisar y ajustar el funcionamiento de la base de datos
 - Definir los criterios de calidad exigibles para la valoración final de los datos introducidos y velar por la calidad general del registro
 - Impulsar la realización de una auditoria interna
 - Supervisar el desarrollo del proyecto
 - Control de los seguimientos de los pacientes
 - Resolución de dudas y consultas de los centros participantes.
 - Elaboración de informes parciales del estudio.
 - Remitir a los centros cuestiones y sugerencias sobre la calidad de los datos.
2. A los 6 meses del inicio del proyecto: Evaluación del proyecto y opciones de mejora
3. Duración del período de recogida de datos: 3 años.
4. Auditoria interna para control de calidad de los datos al año del inicio del proyecto (Historias clínicas, Informes asistenciales, Informes de alta, ECG originales) utilizando criterios e indicadores previamente establecidos.
5. Análisis final de los datos, al término de la recogida total de datos, realizada por el Grupo de Trabajo con el apoyo especializado para un análisis estadístico.
6. Comunicación de los datos al Servicio Aragonés de Salud y a la Comunidad Científica.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La importancia y utilidad del proyecto se deriva de la mejora que supone un abordaje integral de la asistencia de los pacientes.

Como método de detección del problema se desarrolla una reunión de los miembros de la UME de Ejea y se propone la idea de realizar una continuidad asistencial que nos parece interesante a todos los miembros

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Se ha mejorado las relaciones tanto con los Centros de Salud de nuestra zona de influencia como con los hospitales a los que trasladamos a nuestros pacientes.

Se han presentado casos clínicos relacionados con el proyecto realizado.

Los pacientes cuyo seguimiento se ha ido realizando se han mostrado satisfechos

Con la atención recibida y con la preocupación mostrada por nosotros.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Afianzar los resultados obtenidos y potenciar la cooperación entre los distintos niveles asistenciales.

Realizar un abordaje integral de los problemas de salud de los pacientes.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	20%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	45%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	5%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Continuar con el programa establecido en la anterior convocatoria:

- Continuar la base de datos con los pacientes que se vayan incluyendo en el estudio garantizando y salvaguardando la confidencialidad de los datos obtenidos.
- Contactar con el hospital a donde se ha realizado el traslado del paciente para recabar información sobre su estado de salud, diagnósticos, pruebas complementarias, etc.
- Averiguar las posibles secuelas o complicaciones tardías en los pacientes sujetos a estudio a los 6 y doce meses tras el alta hospitalaria.
- Utilizar los casos seleccionados para las sesiones clínicas.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar

- Numero de casos (al menos uno cada trimestre).
- Número de contactos realizados con el hospital.
- Porcentaje de contactos / casos

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Continuar el programa establecido en la anterior convocatoria

