MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROTOCOLO DEL ALTA PUERPERAL Y NEONATAL PRECOZ Y SEGUIMIENTO POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PASSIR Y PROGRAMA DEL NIÑO SANO) EN EL ÁMBITO DEL GIRONÉS - PLA DE L'ESTANY

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: Dirección Clínica de Ginecología y obstetricia del ámbito territorial del Gironés - Pla de l'Estany. ICS Gerona. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Gerona
- Domicilio social (incluido Código Postal): Av. de França s/n 17007 Gerona
- CCAA: Cataluña
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto[1]:
  Nombre y apellidos: Agnes Magret Martinez
  E-mail: amagret.girona.ics@gencat.cat
  Teléfonos: 609373663

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento…)
	Zona básica de salud
X	Otro (especificar): Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Gerona. Dirección clínica de ginecología y obstetricia del ámbito territorial del Gironés- Pla de l'Estany y los equipos de primaria de las 7 ABS de referencia ICS Girona.

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 1 enero 2014
- Actualmente en activo: si
- Prevista su finalización: revisión permanente y actualización

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA	➢ Calidad asistencial y gestión de servicios
	➢ Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio
	➢ Coordinación institucional (entre niveles asistenciales, sectores y administraciones)

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La academia Americana de Pediatría [1](APP) define como a alta hospitalaria precoz aquella que tiene lugar antes de las 48 horas después de un parto vaginal. El procedimiento de búsqueda de la evidencia científica en la que nos hemos basado para realizar el análisis de situación previo a la implantación de la experiencia, nos ha demostrado que existe una gran variabilidad en relación al tiempo recomendado de la estancia hospitalaria después del parto vaginal de un recién nacido a termino sano.

En nuestro medio las políticas en el alta puerperal precoz seguidas por diferentes centros tienen como a objetivo no solo disminuir los costos globales de la atención postparto, sino también adecuarse a la actual demanda de la sociedad en relación a la menor medicalización en la atención al parto normal, facilitando el retorno precoz al núcleo familiar [2,3,5] y disminución de la intervención sanitaria de un proceso fisiológico que en la mayor parte de los casos no comporta complicaciones.

Los beneficios de la alta precoz [4,7,9] en el parto vaginal de recién nacidos sanos incluyen: mayor incidencia y durada de la lactancia materna a largo plazo [13], facilitando el vínculo materno,

Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD BPP Buenas Prácticas

mayor implicación del padre en les curas del recién nacido, mayor sentimiento de autoconfianza materno y disminución de la tasa de depresión postparto.

No obstante, no existe evidencia científica suficiente sobre resultados adversos asociados a las políticas relacionadas con el alta precoz como consecuencia de las limitaciones metodológicas de los estudios clínicos [10,11], aunque la bibliografía consultada indica que no existen repercusiones materno-fetales relevantes si la selección de los candidatos se realiza de forma protocolizada

También hemos valorado los **aspectos éticos**, la garantía sobre los principios en los que se apoya el modelo de experiencia, que ponga en el centro de su atención a la puérpera, la salvaguarda de su dignidad, sus derechos y su autonomía en la toma de decisiones.

8. OBJETIVOS

Objetivo general

- Implantar el alta hospitalaria precoz en los casos que cumplan los criterios seleccionados.
- Garantizar el circuito asistencial durante les 48 horas posteriores a alta por la matrona de PASSIR y la enfermera pediátrica.

Objetivos específicos

- Disminuir los días de hospitalización materna y del recién nacido, aumentando el grado de satisfacción de la puérpera.
- Reducir los costos hospitalarios, gestión de servicios
- Potenciar la coordinación asistencial entre los diferentes niveles asistenciales (hospital - primaria)

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Ámbito Territorial: Región Sanitaria de Girona: PASSIR Gironés y Pla de l'Estany. Hospital Universitario de Gerona Dr. Josep Trueta., incluye las 4 ABS de Girona ciudad, y las ABS de Sarriá de Ter, Celrà de Ter y Banyoles. La población del territorio que damos asistencia es de 79.089 mujeres de las cuales, el estudio hace referencia a 38.847 mujeres en edad fértil.

Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BPS Buenas Prácticas

2014

Población Diana: Población asignada a los EAP según SIAP (Base de datos del ICS) 2014 del PASSIR Gironés- Pla de l'Estany

Uab Ref PASSIR	Mujeres	<=1año	0 a 14 años	15 a 16 años	15 a 24 años	15 a 49 años	15 a 69 años	20 a 65 años	25 a 69 años	65 a 69 años	>=70años
GIRONÉS-PLA DE L'ESTANY	79089,	1574,	13124,	1450,	7805,	38847,	55817,	49511,	48012,	3304,	10148,
EAP GERONA 3	18048,	361	3073,	342	1864,	8936,	12764,	11275,	10900,	720	2211,
EAP GERONA 4	7307,	148	1298,	131	677	3459,	5117,	4543,	4440,	310	892
EAP SARRIÀ DE TER	6676,	152	1192,	98	580	3181,	4613,	4094,	4033,	301	871
EAP BANYOLES	15281,	312	2581,	317	1518,	6913,	10280,	9030,	8762,	648	2420,
EAP CELRÀ	4552,	101	837	113	454	2230,	3134,	2771,	2680,	165	581
EAP GERONA 1	12355,	196	1604,	172	1163,	6451,	9172,	8250,	8009,	549	1579,
EAP GERONA 2	14870	304	2539,	277	1549,	7677,	10737,	9548,	9188,	611	1594,

Este estudio nos ha permitido, fomentar la colaboración entre los diferentes sectores implicados, promoviendo la continuidad de cuidados mediante la coordinación de los servicios sanitarios, entre los diferentes niveles asistenciales hospital - primaria de nuestro ámbito territorial. La intervención nos ha obligada a unificar los TCIS, protocolos y circuitos, mejorando la eficacia y optimizando los recursos existentes.

Hemos tenido en cuenta **la sostenibilidad** del sistema para mantenerse en el tiempo con los recursos disponibles (humanos, materiales) adaptándose a las distintas necesidades sociales, económicas y medioambientales del contexto en el que se desarrolla y hemos tenido el apoyo de las instituciones implicadas. Y al mismo tiempo se ha respectado a los profesionales implicados su rol profesional, sin modificar su ámbito de trabajo y contando con los recursos existentes si ninguna ampliación de plantilla.

Profesionales que intervienen (en la Dirección Clínica de ginecología y obstetricia (DCGiO) y en la Dirección Clínica de Pediatría de nuestro territorio (DCP)

- Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital universitario Dr. Josep Trueta.
- Servicio de Pediatría y Neonatología del hospital universitario Dr. Josep Trueta.
- Auxiliares administrativas del hospital universitario Dr. Josep Trueta y Atención Primaria
- Equipo de l'ASSIR del Gironés y Pla de L'Estany
- Equipo de pediatría de los centros de Atención Primaria del área de referencia del hospital Universitario Dr. Josep Trueta:
- Girona 1. CAP Santa Clara.
- Girona 2. CAP Can Gibert del Pla.
- Girona 3. CAPs Montilivi y Vilarroja.
- Girona 4. CAPs de Taialà,
- ABS de Banyoles
- ABS de Sarrià de Ter
- ABS de Celrà de Ter

La experiencia implantada ha promocionado redes y alianzas con el resto de los equipos sanitarios de atención primaria y hospitalaria, fortaleciendo vínculos entre los diferentes niveles asistenciales y entre la gran diversidad de profesiones sanitarias. Y al mismo tiempo ha contribuido ha la disminución de la variabilidad en la práctica clínica (organización de procesos, sistemas de información y registro, estructuras, acceso y utilización de servicios, formación de profesionales) y la intervención implantada ha mejorado el acceso y el uso de servicios reduciendo las barreras existentes (geográficas y socioeconómicas).

10. METODOLOGÍA

Mujeres objetivo del programa:

El programa se ha ofrecido a todas las puérperas y recién nacidos de nuestro ámbito territorial o que hayan parido antes de las 20:00 horas del día, que cumplan todos los criterios de inclusión y no tengan ninguno de los criterios de exclusión que se especifican a continuación

Criterios de inclusión:

1) **Criterios clínicos obstétricos**

- Gestaciones únicas a termino (≥ 37 semanas de gestación) con un peso del recién nacido adecuado por la edad gestacional.

- Las gestaciones de riesgo que una vez finalizado el parto no requieran control:
  - Amenaza de parto pre término (APP)
  - Anemia lleve o moderada (Hb ≥ 9g / 100ml o igual a 25%)
  - Aumento de peso excesivo durante la gestación (>15 kg) o escaso (< 5 kg)
  - Serologías positives
  - Cesárea anterior
  - Escaso control de la gestación
  - Parto vaginal:
    - Presentación cefálica y/o nalgas
    - Parto espontáneo o inducido
    - Dilatación con o sin medicación (oxitocina, misoprostol, analgésica peridural)
    - Con episiotomía o sin
    - Eutócico o instrumentado
- Condiciones clínicas durante el puerperio:
  - Buen estado general con constantes normales (normotensa y afebril)
  - Perdida hemática normal
  - Involución uterina adecuada
  - Dolor controlado
  - Episiotomía - perineo con buen aspecto
  - Loquios normales en cantidad y cualidad
  - Orina normal y peristaltismo presente

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BBPP
Buenas Prácticas

Deambulación correcta

Glándulas mamarias en buen estado

- Lactancia materna instaurada adecuadamente, valorada por la matrona de sala de partos y enfermería de planta. "Ficha de observación de las tomas"
- Administración de Gammaglobulina anti-D durante el postparto, si precisa

2) Criterios clínicos neonatales

- Recién nacidos a termino de peso adecuado por la edad de gestación
- Cribado analítico de infección realizado y negativo si precisa
- Grupo sanguíneo y Rh del recién nacido sin riesgo de incompatibilidad
- Más de 24 horas de vida
- Examen clínico normal previo al alta
- Capacidad para mantener la homeostasis térmica en una cuna abierta y ropa adecuada
- Normalidad de los signos vitales: frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria
- Capacidad para alimentar-se por vía oral y coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración mientras se alimenta
- Buena técnica de lactancia materna
- Perdida de peso máxima en 24 horas no superior al 5% del peso del nacimiento
- Al menos una deposición y una micción normales previas al alta
- No ictericia, niveles de bilirrubina comprobados
- Se habrá valorado que los padres tienen capacidad de solucionar cualquier duda relacionada con las curas del recién nacido y que entienden las informaciones que se han dado por escrito, en la alta de enfermería.
- Cribado auditivo realizado con normalidad

3) Criterios sociales

- Ayuda familiar asegurada

4) Criterios organizativos

Circuito asistencial de visitas al alta garantizada:

- A las 48 horas visita domiciliaria por matrona del PASSIR
- A las 48-72 horas visita del recién nacido por enfermera pediátrica que realizará las pruebas metabólica

Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD
RBPP
Buenas Prácticas

Criterios d' exclusión:

1) Criterios clínicos maternos

- Estados hipertensivos del embarazo
- Diabetes gestacional
- Isoimmunización Rh
- VIH materna
- Infección materna activa
- Enfermedades de base graves (a criteri0 del ginecólogo)
- Parto múltiple
- Parto pre término (< 37 semanas)
- Alumbramiento manual de la placenta
- Desgarros vaginales de grado III i IV
- Complicaciones durante el parto (a criterio del ginecólogo)
- Grupo sanguíneo materno y del recién nacido (si se precisa)
- Puerperio patológico (a criterio del ginecólogo)
- Hemorragia puerperal, hemograma de control: Hb<9g/100ml, o disminución del hematocrito ≥25%
- Estado emocional inestable

Circuito clínico y de programaciones de les visitas al alta

- Información sobre los criterios del alta puerperal de la DCGiO i DCP a les gestantes durante la visita de les 36 semanas de control del embarazo y en los grupos de Educación Maternal.
- La enfermera responsable, el ginecólogo y el pediatra de la planta realizaran la selección de las madres y recién nacidos que cumplan con los criterios de inclusión / exclusión consideradas en el protocolo, y que cumplan **las 24h del parto y sea antes de las 20:00h** del día correspondiente a la alta
- A la alta materna se programara des de el hospital una visita domiciliaría (**citación DOM**) para la matrona del PASSIR según el ABS que pertenezca dentro de nuestra área de referencia Gironés-Pla de l'Estany antes de las 48h del alta.
- Al alta del recién nacido se programará desde el hospital, mediante mail des de la secretaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia, a la Unidad de atención al Ciudadano mail: uacp.girona.ics@gencat.cat, y se programara una visita con la enfermera pediátrica de referencia a los 2-3 días al CAP de referencia.

Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD BBPP

- Una vez realizada la prueba metabólica los respectivos equipos de primaria enviaran al Departament de Salut , hospital Clínico de Barcelona
- En caso de lactancia materna se aconsejara asistencia al **Grupo de Suporte a la lactancia materna** del hospital Dr. Josep Trueta.
- Se facilitara a la madre el teléfono de urgencias del PASSIR: 972210414 y el teléfono del Servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital Trueta: 972 940 259 (extensión: 2259).
- En caso de disponer de ordenador y conexión a Internet en el domicilio se ofrecerá el **Programa de Atención Telemática al Postparto** y se comunicara al PASSIR para que sea dada de alta al Skype Manager, preferiblemente para la matrona que ha controlado la gestación.
- Al alta, se entregaran los documentos de la alta del ginecólogo, la alta de enfermería, carnet de salud del recién nacido y el sobre con la documentación para realizar la prueba del diagnostico precoz, para entregar a la enfermera pediátrica.
- Cada día, a primera hora (8h) la administrativa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, enviara un mail a PASSIR (assir.girona.ics@gencat.cat) comunicando las pre-altas del día siguiente.
- Los lunes comunicara las altas que se han producido el sábado, domingo y el propio lunes, y avanzara la pre-alta del martes.
- Informara del nombre de la paciente, el CIP y confirmara la dirección de totes les puérperas que sean del territorio.
- Se programara la visita domiciliaria (**DOM)** a todas las altas precoces y a todas las restantes que sean de riesgo (cesarías, gemelos, adolescentes y cualquier riesgo social).
- A las puérperas que se hayan dado de la alta durante los fines de semana o festivos sin saber les horas. Des de el PASSIR contactaran telefónicamente para confirmar el domicilio a igual que des de primaria se li comunicara la hora de la enfermera pediátrica
- A todas las puérperas del territorio (altas precoces y no precoces) se programara una visita de puerperio (**CPP**) en una semana.
- Para la programación de la visita con la enfermera pediátrica no se modificara el circuito establecido: continuaran enviando un mail a la unidad de atención al ciudadano DAP Girona, i solicitara una visita para la **enfermera pediátrica** del ICS, de tota la provincia de Girona.
- Para el resto de recién nacidos que pertenezcan a otros proveedores, continuara realizando llamadas a los diferentes centros, para programar la visita a la enfermera pediátrica

11. EVALUACIÓN

- **INDICADORES.**

Para su evaluación se han utilizado:

1. **Para realizar el estudio sobre la calidad asistencial y gestión de servicios**, se ha realizado una explotación de datos, mediante el sistema SAP de las altas precoces echas, realizando un estudio comparativo con el año anterior, en el cual no se realizaban dichas altas, y al mismo tiempo un estudio sobre la estancia media hospitalaria comparándola con el año anterior.
2. Referente a la línea estratégica de **la promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio**, se ha realizado un cuestionario de satisfacción en el proceso del alta precoz
3. Y los indicadores que hacen referencia a la **Coordinación institucional** (entre niveles asistenciales), se ha valorado el esfuerzo, mediante los profesionales, han participado en la elaboración de protocolos y la formación necesaria para poder incorporar diferentes TICs

- **RESULTADOS.**

1- Calidad asistencial y gestión de servicios

Después del año de estudio, se han valorado en que medida han llegado a cumplirse los objetivos planteados, partiendo de los resultados iniciales, para que se pueda realizar un análisis comparativo entre la situación inicial y final tras la implantación de la alta precoz, Presentamos los datos que corroboren la mejora producida respecto a la situación de partida entre 2013 en el cual dábamos las altas de obstetricia de los partos vaginales a partir de las 48h y los datos del 2014 en el cual dábamos las altas obstétricas correspondientes a los **partos vaginales entre las 24 y 48h del parto.**

Altas precoces 24 - 48 horas 2014

Intervalos	Tipos parto	N altas	% del total
entre 24 i 48 h	Espátulas	14	1.09
	Eutócico	104	8.09
	Forceps	3	0.23
	ventosa	8	0.62
Total entre 24 - 48 h		**129**	**10,03**

Fuente: SAP 2014. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona

Desde el 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014 se realizaron 129 altas precoces, entre las 24 h y las 48h posteriores al nacimiento, resultando un 10,03% de las altas totales. Durante el 2014, se realizaron 1001 altas correspondientes a partos vaginales.

Durante el año anterior 2013, en el cual no se realizaban las altas precoces y todas las altas del grupo de partos vaginales 972 puérperas, fueron dadas de alta a partir de las 49h del nacimiento.

La estancia media bruta acumulada de obstetricia en partos vaginales a finales de diciembre del 2014 fue de 2,87 después de haber realizado las 129 altas precoces

En cambio, a finales de diciembre del 2013 sin realizar las altas precoces, la estancia media bruta acumulada de obstetricia en partos vaginales fue de 2,98, resultando una diferencia de -3,65% a favor del 2014 donde se inicio el estudio del alta precoz.

Casuística - Gestión de estancias

Fuente de datos: BI

Código GRD			Acum. Diciembre 14	Acum. Diciembre 13	dif %
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	Altas convencionales	464	431	7,66
		Altas depuradas	429	399	7,52
		EM (bruta)	3,23	3,33	-3,15
		EM depurada	2,89	2,91	-0,70
		EM esperada (EMAF)	2,60	2,60	0,00
		EMAC	2,89	2,91	-0,70
		RFE	1,1116	1,1194	-0,7018
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	Altas convencionales	537	541	-0,74
		Altas depuradas	520	520	
		EM (bruta)	2,57	2,70	-5,03
		EM depurada	2,52	2,65	-5,06
		EM esperada (EMAF)	2,38	2,38	-0,00
		EMAC	2,52	2,65	-5,06
		RFE	1,0571	1,1134	-5,0596
Resultado total		Altas convencionales	1.001	972	2,98
		Altas depuradas	949	919	3,26
		EM (bruta)	2,87	2,98	-3,65
		EM depurada	2,69	2,77	-2,82
		EM esperada (EMAF)	2,48	2,48	0,16
		EMAC	**2,61**	**2,71**	**-3,92**
		RFE	1,0829	1,1162	-2,9770

Fuente de datos BI (2013-2014) Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona

Consejo Interterritorial SISTEMA NACIONAL DE SALUD BBPP

2- Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio

Durante la realización del estudio, se garantizó el estricto cumplimiento de la ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos personales. Mediante el resultado de un cuestionario de satisfacción, comprobamos que esta experiencia promueve a través de sus acciones o recomendaciones, el empoderamiento de mujeres y hombres como agentes de su propia salud. Nos facilitan nuevos procedimientos de actuación frente a los utilizados habitualmente en el área a la que se refiere (promoción, prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación, formación, etc.).

Se realizó una encuesta a las 129 altas precoces sobre satisfacción percibida durante la experiencia del proceso del su puerperio. Para la encuesta se utilizó un cuestionario específico ad-hoc que nos permitió estudiar diferentes ítems: la información que tenía previamente al parto, si hubiera preferido una estada hospitalaria superior, si fue suficiente la información recibida. Finalizando el cuestionario con una escala de puntuación y dejando espacios abiertos para la recogida de sugerencias.

Cada subvariable se midió con una escala de Likert que contiene 4 ítems (muy satisfactorio, satisfactorio, insatisfactorio, muy insatisfactorio) finalizando la encuesta de satisfacción con una escala de puntuación global sobre la satisfacción del parto y de los profesionales (1 como puntuación más negativa a 10 como más positiva). Anexo1

Los resultados del cuestionario de satisfacción fueron:

De 129 participantes respondieron a la entrevista telefónica 51 mujeres (39,5% tasa de respuesta de la muestra), 78 mujeres (60,5%) no fueron localizadas por cambios de teléfono o dirección tras tres intentos de llamadas.

Un 92% respondieron que se sintieron muy acompañadas por su matrona, un 66,7% tuvieron una información muy satisfactoria en el hospital, un 90,2% no alargaría su estancia en el hospital, un 98% no cambiaria la atención recibida por su matrona en la visita domiciliaria, un 98% no cambiaria las visitas de la matrona realizadas posteriormente, un 98% no cambiaria las visitas realizadas por la enfermera pediátrica, un 98% se ha sentido segura durante todo el proceso, y un 98% ha tenido la percepción de haber estado bien atendida.

De los casos estudiados con una información muy satisfactoria, el 71,7% no alargarían la estancia hospitalaria frente al 20% que si lo haría. La puntuación media de la satisfacción en las posteriores visitas de la matrona, la enfermera pediátrica, la seguridad y la percepción de haber estado bien atendidas se ha mantenido en 8,77.

La valoración global del proceso de la alta precoz durante el puerperio, entre la puntuación de 1 a 10, ha resultado ser de 8.77 en 49 casos, de 9 en un caso y un caso no respondió a la pregunta.

En conclusión el nivel de satisfacción en las participantes en este primer periodo del alta precoz fue muy elevado, 7 de cada diez mujeres manifestaron que no alargarían la estancia hospitalaria.

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BBPP

3- Coordinación institucional (entre niveles asistenciales, sectores y administraciones)

Desde inicio del programa en el 2013 se han realizado reuniones conjuntas de coordinación con todos los equipos implicados de forma trimestral. A parte, la elaboración del protocolo se realizó de manera conjunta con todos ellos y , además, las sesiones clínicas y de formación continuada también han tenido la misma disposición, incluyendo todo el personal implicado en el proceso.

Con todo ello se ha pretendido la máxima implicación de todos los profesionales que participan en todo el proceso.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Calidad asistencial y gestión de servicios-

Los resultados obtenidos en la evaluación nos permiten establecer unos resultados obtenidos positivos. La estancia media bruta acumulada de obstetricia en partos vaginales fue de 2,98, resultando una diferencia de -3,65% a favor del 2014 donde se inicio el programa del alta precoz.

Obteniendo una gran mejora en la gestión de servicios, favoreciendo el ahorro en el presupuesto hospitalario.

Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio

El resultado del cuestionario, para valorar la satisfacción de nuestras usuarias, no parecen tener efectos adversos en la lactancia materna o la depresión materna cuando están acompañadas por una política de ofrecimiento a las mujeres de al menos una visita domiciliaria de una matrona después del alta. Es necesario realizar estudios clínicos que incluyan un gran número de participantes y que tengan un diseño adecuado de los programas de alta temprana que incorporen la evaluación del proceso para examinar la captación de las co-intervenciones y que utilicen métodos estandarizados para evaluar los resultados.

Coordinación asistencial

La intervención realizada promueve la continuidad de cuidados mediante la coordinación de los diferentes niveles sanitarios, la colaboración entre los diferentes sectores implicados, organizaciones o instituciones de diferente ámbito asistencial de nuestro ámbito territorial, los recursos tecnológicos nos han ayudado a mejorar la coordinación. La intervención se ha realizado por los diferentes sectores de manera conjunta, es decir, participando todos en la acción. Mejorando los procesos asistenciales contribución a la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, optimizando los recursos existentes y reduciendo las barreras arquitectónicas

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.