



LIDERANDO LA TRANSFORMACIÓN

24^º
Congreso
Nacional de



HOSPITALES
y Gestión
Sanitaria

28 AL 30 DE MAYO DE 2025

Zaragoza

LIBRO DE
COMUNICACIONES





COMUNICACIONES ORALES

AT1: STAKEHOLDERS

32	ANÁLISIS DE PESO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIDO POR GMA, COMPARANDO PACIENTES NACIONALES Y EXTRANJEROS EN UNA GERENCIA	27
42	ÁREAS DE MEJORA EN NEURORREHABILITACIÓN: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS STAKEHOLDERS	28
45	ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS HERIDAS CRÓNICAS CON LOS STAKEHOLDERS, TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EQUIPO	29
102	DELIRIO Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS HOSPITALIZADOS: EVALUACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS	30
114	DIAGNÓSTICO PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD EN BASE A METODOLOGÍAS DE COCREACIÓN	31
143	ENTRENAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL EN RESILIENCIA: BARRERAS Y FACILITADORES DESDE LA VISIÓN DE LOS GESTORES	32
177	GESTIÓN DE CAMAS: ANÁLISIS Y ESTRATEGIA	33
188	GESTIÓN EN OBRAS Y REFORMAS: ESTRATEGIAS Y RESULTADOS	34
223	IMPACTO DE LOS STAKEHOLDERS EN LA APERTURA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA. TENDIENDO PUENTES	35
232	IMPACTO ECONÓMICO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN ADYUVANCIA DEL MELANOMA: UN PROYECTO PILOTO.	36
235	IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA BPSO® DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO CONTRA LA MUJER EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE -----	37
246	IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRADA EN ZONAS VULNERABLES: COMPARACIÓN INTERNACIONAL Y APLICABILIDAD EN MADRID	38
260	INDICADORES DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: UN SCOPING REVIEW.	39
268	INNOVACIÓN EN LA MEJORA DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: UN SISTEMA PARTICIPATIVO Y EFICAZ.	40
275	INTEGRACIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO	41
281	LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS: UN DESAFÍO CRECIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.	42
306	MEDICIÓN DEL VALOR SOCIAL APORTADO POR UN HOSPITAL A SUS GRUPOS DE INTERÉS	43
318	MÉTODO DE DIRECCIÓN FACULTATIVA DE OBRAS.	44
326	MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD, SEGURIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS EN LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTÍNUA	45
370	PLATAFORMA DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA LA MONITORIZACIÓN REMOTA Y MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA	46
387	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA	47

410	RESULTADOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN PDCA ADAPTADO A DISTINTOS NIVELES ESTRATÉGICOS	48
424	SISTEMA DE INFORMACIÓN, CONTROL Y TRAZABILIDAD TEXTIL EN UN HOSPITAL	49
431	TALLERES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIARES	50
488	NIÑOS QUE NUNCA SE CURAN... NECESIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	51
508	CONSOLIDACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVANCE ESTRATÉGICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD	52
518	COMISIÓN QUIRÚRGICA SEMANAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE EFICIENCIA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL I	53
519	REPENSANDO LA GESTIÓN HOSPITALARIA: LECCIONES DE LAS ESCUELAS DE NEGOCIOS EN ENTORNOS DE SIMULACIÓN	54
520	EL SISTEMA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL COMO RESPUESTA AL ECOSISTEMA EN CONSTANTE EVOLUCIÓN.	55
535	OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN LOGÍSTICA HOSPITALARIA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN.	56
543	UNIDAD DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD ÓSEA (FLS) PROYECTO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA.	57

AT2: VALOR

7	ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO	58
16	ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE VITAMINA D COMO EJEMPLO DE "NO HACER" GESTIÓN EFICIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	59
33	ANÁLISIS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA.	60
34	ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTES EN UN MODELO HOSPITALISTA DE PACIENTES FORÁNEOS	61
35	ANÁLISIS MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN DEL PROCESO QUIRÚRGICO. MEDIDAS ADOPTADAS Y RESULTADOS EN INDICADORES	62
37	APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA GENERAR VALOR EN LA ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS.	63
39	APORTACIÓN DE CUESTIONARIOS DE EXPERIENCIA AL PACIENTE AL DEFINIR ACUERDOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA	64
40	APORTANDO VALOR A LAS ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD.	65
50	AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE PEDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA	66
52	AVANCES EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ENFOQUE COLABORATIVO E IMPLICACIÓN ACTIVA DE LA DIRECCIÓN	67
54	BENEFICIOS DE IMPLANTAR UN SISTEMA DE TURNOS INFORMATIZADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE	68
64	CERTIFICACIÓN SEGÚN NORMA UNE-EN ISO 9001 DE UNA UNIDAD DE ANESTESIA CARDIO-TORÁCICA: CLAVES Y RETOS.	69
65	CIBERSEGURIDAD EN IOT MÉDICO.	70



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



4

67	CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL EN EL PACIENTE CRÓNICO POLIMEDICADO: DEL INGRESO HOSPITALARIO A LA ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMACOPOLIS	71
68	CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: DESAFIANDO LOS LÍMITES DE LA AMBULATORIZACIÓN	72
72	CÓMO INTEGRAR UN DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA EN UN ORGANIGRAMA HOSPITALARIO GENERANDO VALOR Y SINERGIAS HOSPITALARIAS	73
82	CONTRIBUCIÓN DE VALOR DE OMAVELOXOLONA PARA LA ATAXIA DE FRIEDREICH MEDIANTE ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTICRITERIO.	74
86	CREACIÓN DE LA UNIDAD DE INMUNOPREVENCIÓN EN HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA INNOVACIÓN, IA Y MEDICINA PERSONALIZADA.	75
94	CUADROS DE MANDO INTELIGENTES: VISUALIZACIÓN DINÁMICA E INTERACCIÓN EN TIEMPO REAL.	76
95	CUIDADO HUMANIZADO: LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO POR CESÁREA	77
97	DEFINICIÓN DE CUADROS DE MANDO DE GESTIÓN HOSPITALARIA PARA EL SEGUIMIENTO DE CUESTIONARIOS EN SALUD	78
98	DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN: EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE INGRESO HOSPITALARIO COMO BASE PARA UN NUEVO PROTOCOLO DE INGRESOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS.	79
113	DIABETES GESTACIONAL: ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA COLABORACIÓN INTERNIVEL	80
117	DIGITALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD: MEJORANDO LA GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE PROCESOS CON TECNOLOGÍA OPEN SOURCE	81
132	EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA DENTRO DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN.	82
145	ES POSIBLE INNOVAR EN UN SERVICIO CLÍNICO: LA GESTIÓN DE PROCESOS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA, EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS	83
146	ESTIMACIÓN DEL EFECTO ESTACIONAL SOBRE EL ABSENTISMO EN CONSULTAS DE UN ÁREA DE SALUD. COSTE-EFECTIVIDAD DEL SISTEMA RECORDATORIO DE CITAS	84
148	ESTRATEGIA ÚNICA DE GESTIÓN DE RIESGOS: UN ENFOQUE 360º EN LA COMPAÑÍA.	85
156	ESTUDIO EDER: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS DERIVACIONES Y SUS RESPUESTAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL	86
162	EVALUACIÓN Y FEED BACK EN LA IMPLANTACIÓN DE CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA	87
175	GEMELO DIGITAL PARA LA GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: UTILIZACIÓN Y UTILIDAD	88
176	GESTIÓN BASADA EN VALOR: TRANSFORMANDO LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN UN HOSPITAL CON RECURSOS LIMITADOS.	89
181	GESTIÓN DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO	90
187	GESTIÓN EFICIENTE DE UN SERVICIO HOSPITALARIO SIN JEFATURA: EL ROL DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.	91
192	GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y RESULTADOS PRELIMINARES	92
201	HERRAMIENTA DIGITAL DE CONTROL DE LAS DERIVACIONES DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS A LOS CENTROS CONCERTADOS	93
207	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN ATENCIÓN INTERMEDIA: UNA ALTERNATIVA ACTUAL Y DE FUTURO.	94

208	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA - MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA HUMANIZADA-HADP-MASH-M	95
212	IMPACTO DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE LAS MADRES LACTANTES.	96
214	IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE A. PRIMARIA Y A. DIGESTIVO Y SU REPERCUSIÓN EN LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTA Y LA DEMORA MEDIA	97
216	IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO TRAUMA EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON TRAUMA GRAVE: ANÁLISIS DE TRES AÑOS DE EXPERIENCIA.	98
220	IMPACTO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA DEL PROCESO QUIRÚRGICO EN LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD Y DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE COMPLEJIDAD ALTA.	99
228	IMPACTO DEL DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN DE PACIENTES EN LA EFICIENCIA Y LA GESTIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.	100
231	IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO A UN PROTOCOLO DE COMPARTICIÓN DE VIAL DE FARICIMAB EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EN EL HOSPITAL DE SAGUNTO.	101
238	IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE TELECONSULTA INTRAHOSPITALARIA PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS.	102
248	IMPLEMENTACIÓN DE PROMS Y PREMS PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE EL USO DE UNA PLATAFORMA DIGITAL	103
250	IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE RELACIÓN ASISTENCIAL EN RED: IMPACTO EN LA ATENCIÓN ONCOHEMATOLÓGICA Y EFICIENCIA.	104
251	IMPLEMENTACIÓN DE UNA SISTEMÁTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA	105
252	IMPLEMENTACIÓN EFICIENTE Y SOSTENIBLE DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LOS ACCESOS VENOSOS	106
263	INNOVACIÓN DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ADHERENCIA AL REGISTRO CLÍNICO EN HOSPITALIZACIÓN	107
264	INNOVACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE SOMETIDO A PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSCATÉTER (TAVI).	108
269	INNOVACIÓN, ABORDAJE Y PRIMEROS PASOS EN LA ATENCIÓN REMOTA: TELECUIDADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DEL -----	109
271	INTEGRACION ASISTENCIAL ÁREA DE SALUD DE TUDELA. SERVICIO NAVARRO DE SALUD	110
272	INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS FONDOS DE COHESIÓN EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	111
273	INTEGRACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PROYECTO PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA INTRAHOSPITALARIO	112
276	INTEGRANDO LEAN HEALTHCARE E ISO 9001 PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES	113
278	INTERCONSULTAS DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS	114
286	LA GESTIÓN CLÍNICA COMO MOTOR DEL CAMBIO PARA UNA MEDICINA BASADA EN VALOR.	115
287	LA GESTIÓN DEL PACIENTE MUSCULOESQUELÉTICO. DE UNA NECESIDAD A UNA OPORTUNIDAD	116

293	LA OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LA GESTIÓN DE CAMAS DE UN HOSPITAL COMARCAL EN ÉPOCAS DE SATURACIÓN	117
300	LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EL ROL ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	118
302	LUCES Y SOMBRAS TRAS 15 AÑOS DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO	119
308	MEDIR PARA MEJORAR: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SANITARIA EN UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO AUTONÓMICO EN 2024	120
312	MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA	121
313	MEJORA DE LA EFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS ENTRE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y REUMATOLOGÍA BASADO EN LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL Y EL USO DE PROMS	122
316	MEJORAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA PARA REDUCIR INCIDENCIAS Y AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	123
319	METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE APLICADA A LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO	124
321	METODOLOGÍA PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EFICIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROGRAMA MARCO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL	125
325	MOMENTOS CLAVE EN EL VIAJE DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE AFECTAN A LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA	126
332	NUEVA MANERA DE VISUALIZAR LAS LISTAS DE ESPERA PARA APOYAR LA TOMA DE DECISIONES DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS	127
334	NUEVO MODELO ASISTENCIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	128
338	OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DERMATOLÓGICA EN UN ÁREA DE MADRID MEDIANTE E-CONSULTA: REDUCCIÓN DE ESPERAS Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA	129
340	OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA: AUTOMATIZACIÓN DEL REGISTRO Y CÁLCULO DE INDICADORES EN LA EXCELENCIA DE CUIDADOS	130
341	OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DE ENFERMEDADES RARAS DERMATOLÓGICAS: PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA	131
342	OPTIMIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE PERSONAL EN UN SERVICIO DE SALUD: DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA AUTOMATIZADA	132
343	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES: IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DIGITAL CORPORATIVA	133
344	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESOS DE LOGÍSTICA DE PUESTO DIGITAL MEDIANTE MODELOS DE ALMACÉN Y TALLER PROVINCIAL	134
345	OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ICTUS ISQUÉMICO: IMPACTO EN LA GESTIÓN SANITARIA BASADA EN VALOR	135
348	OPTIMIZANDO LA ATENCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES	136
366	PLAN INTEGRAL DE CONTINGENCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS	137
368	PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REFERENCIA A NIVEL PROVINCIAL PARA EL ÁREA DE PARITORIO	138

369	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA: VALOR Y SOSTENIBILIDAD DESDE LA EXCELENCIA EN CUIDADOS	139
381	PROGRAMA DE HEMATOGERIATRIA TRANSVERSAL INTERNIVEL: INNOVACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE MAYOR CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLOGICAS	140
394	PROYECTO DE MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:UN ENFOQUE HOLÍSTICO DE LA GESTIÓN	142
395	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE	143
397	PROYECTO ESALUT: TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL MODELO ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LOS RESULTADOS EN SALUD	144
413	REVISIÓN DE DOCUMENTOS CLÍNICOS MEDIANTE MODELOS DE LENGUAJE GENERATIVOS (LLM): UN ENFOQUE METÓDICO Y AUTOMATIZADO	145
414	REVOLUCIÓN EN ACCESOS VASCULARES: INNOVACIÓN Y EXCELENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ...	146
415	SABER QUE SE PUEDE, QUERER QUE SE PUEDA: REDUCCIÓN ESTABLE, SOSTENIDA Y EFICIENTE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)	147
436	TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL MEDIANTE EL USO DE DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN REMOTA.	148
437	TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LA GESTIÓN ECONÓMICA EN ENTORNOS SANITARIOS: EXPERIENCIA EN LA AUTOMATIZACIÓN INTELIGENTE DE PROCESOS CON RPA	149
441	TRANSFORMACIÓN DIGITAL: HACIA UNA GESTIÓN SIN PAPEL	150
447	TRANSFORMANDO LA MATERNIDAD: HIDROTERAPIA PARA UN PARTO HUMANIZADO Y NATURAL	151
456	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN ABIERTA DE PSIQUIATRÍA COMO MODELO DE ASISTENCIA HUMANIZADA. UN PROYECTO COLABORATIVO	152
457	UNIDAD DE MEJORA LEAN DE PROCESOS PARA LA EFICIENCIA Y MEJORA CONTINUA DE UN CENTRO SANITARIO.	153
458	UNIDADES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN. UNA NUEVA VISIÓN QUE APORTA VALOR	154
461	USO DE UN SISTEMA DE AYUDA A LA DECISIÓN CLÍNICA PARA EL CRIBADO OPORTUNISTA DE HEPATITIS C OCULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA - ESTUDIO CRIBADO C.	155
463	VALOR: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS INTRA HOSPITALARIOS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA Y EFICIENCIA DEL MISMO.	156
464	VALORACIÓN CONJUNTA Y SU IMPACTO EN LA GESTIÓN EFICIENTE DE LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS.	157
470	INNOVACIÓN COLABORATIVA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN FARMACIA ONCOLÓGICA ..	158
472	DETECCIÓN DE ATROSCLEROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A RETINOGRAFÍA.	159
473	HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DEL DOLOR AGUDO INTERDISCIPLINAR	160
476	¿ES POSIBLE UNA LISTA DE ESPERA CERO EN OFTALMOLOGÍA?	161
477	INTEGRACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDA REPORTADOS POR LOS PACIENTES EN LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA	162
480	URGENCIAS HOSPITALARIAS: EL TIEMPO CUENTA Y CUESTA.	163
493	LA ROBOTIZACIÓN AL SERVICIO DE LA MEJORA DE LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	164

500	DESPLIEGUE DE LA INTEGRACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA Y ENTREGA A DOMICILIO DE SENSORES DE GLUCOSA	165
507	ABORDAJE DE TERAPIAS CAR-T EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS E IMPACTO ECONÓMICO.	166
510	APORTANDO VALOR EN LA MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES	167
514	IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO BASADO EN UNIDADES DE PRÁCTICA CLÍNICA INTEGRADA. UNA APUESTA POR LA ORIENTACIÓN AL VALOR	168
515	PLAN ESTRATÉGICO DE RENOVACIÓN E INNOVACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA	169
522	ROMPER EL MOLDE: TRANSFORMACIÓN ORGANIZATIVA Y CULTURAL EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL MODELO DE LEWIN	170
524	PROYECTO AUDIOVISUAL MIPA: MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE	171
527	PARTITURA COMPARTIDA EN LAS GUARDIAS DEL ÁREA MÉDICA: DANDO EL DO DE PECHO.	172
528	CREACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.	173
531	DEL PACIENTE AL PROCESO: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO EN CARDIOLOGÍA	174
534	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FACTURACIÓN 2023-2024 EN HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA: EVOLUCIÓN, IMPACTO Y FACTORES EXPLICATIVOS	175
538	GESTIÓN INTELIGENTE DE LAS SALAS DE EXTRACCIONES: MÁS EFICIENCIA, MENOS ESPERAS Y MAYOR SEGURIDAD.	176
544	NUEVAS EXPERIENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. ESTUDIO PILOTO.	177

AT3: CONOCIMIENTO, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

20	ALTAS PRECOCES SÍ, PERO NO A CUALQUIER PRECIO. HUMANIZACIÓN DE LAS ALTAS PRECOCES CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL	178
23	ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	179
27	ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LA E-CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA CON UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	180
28	ANÁLISIS DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS EN UN HOSPITAL TERCARIO	181
44	ASOCIACIÓN ENTRE LONGITUDINALIDAD Y ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	182
57	CAPACITACIÓN Y HUMANIZACIÓN DIGITAL, CLAVES PARA LA SALUD DIGITAL DEL SIGLO XXI	183
62	CASO DE USO DE MODELOS DE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL HOSPITALARIO.	184
73	CÓMO PASAR DE "SUFRIR LA GESTIÓN" A "PODER GESTIONAR" LA FORMACIÓN DE RESIDENTES.	185
89	CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA VALORAR EL ÁMBITO DE CONTROL DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA.	186
91	CREACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE UN CENTRO DE SIMULACIÓN EN UN HOSPITAL TERCARIO: RETOS Y OPORTUNIDADES	187
93	CRIBADO OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE ECG DE UN SOLO CANAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA	188



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



9

99	DEL CENTRO SOCIOSANITARIO AL HOSPITAL: RADIOGRAFÍA DE LOS INGRESOS EN TALAVERA 2024	189
106	DESARROLLO DE UNA RED DE CONOCIMIENTOS MEDIANTE LA FIGURA DEL ENFERMERO REFERENTE EN UCI . . .	190
119	DISEÑO DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO	191
137	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN EL REGISTRO DEL GRADO DE DOLOR	192
140	ENFERMERA GESTORA EN UROLOGÍA: EFICIENCIA EN DERIVACIONES Y ALTAS EN LA PRIMERA CONSULTA ESPECIALIZADA	193
141	ENFERMERÍA DE INVESTIGACIÓN: LIDERANDO LA TRANSFORMACIÓN HOSPITALARIA	194
154	ESTUDIO DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y PERSONAS USUARIAS DE LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	195
155	ESTUDIO DE LAS TASAS DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.	196
157	EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CONCORDANCIA DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INTERPRETACIÓN DE RETINOGRAFÍAS FRENTE A MÉDICOS DE FAMILIA CAPACITADOS	197
159	EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SANITARIO EN EUROPA (PROCURE).	198
161	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA DE URGENCIAS EN SU ENTORNO LABORAL: COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN Y LA EVALUACIÓN EXTERNA DE COMPETENCIAS, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA	199
164	EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN CUIDADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL NURSING RESEARCH CHALLENGE: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2021-2024	200
165	EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD	201
171	FORMACIÓN DE PRECISIÓN: PERSPECTIVA DESDE EL PROYECTO MAPAS DE DEMANDA TEMPRANA DE ANDALUCÍA.	202
172	FORMACIÓN E-LEARNING EN LACTANCIA MATERNA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	203
174	GAMIFICACIÓN EN CIRUGÍA VASCULAR: ENTRENANDO EL CÓDIGO AORTA.	204
186	GESTIÓN E INVESTIGACIÓN. PROYECTO NURSING RESEARCH CHALLENGE® PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA	205
194	GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA TRAS UNA REVERSIÓN; RETOS DE CONVIVENCIA	206
211	IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE PACIENTES Y SU IMPACTO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS DENTRO DE UN ENTORNO PROA	207
213	IMPACTO DE LA FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN REGISTROS CLÍNICOS Y CODIFICACIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	208
221	IMPACTO DE LAS UNIDADES MÓVILES DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA	209
230	IMPACTO DEL PROGRAMA PATIENT BLOOD MANAGEMENT EN INDICADORES DE HISTERECTOMÍA 2020-2023. .	210
242	IMPLEMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA	211
253	IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DE UN EQUIPO TRIMODAL SPECT/CT/PET EN UN CENTRO EXTRAMETROPOLITANO: EFICIENCIA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	212

256	IMPULSO DIGITAL A LA SIMULACIÓN CLÍNICA: ESTRATEGIAS DE MARKETING BASADAS EN DATOS EN IAVANTE	213
257	INCA: PARA UNA SALUD INTEGRAL DE LOS PACIENTES MULTIMORBIDOS	214
259	INDICACIÓN ENFERMERA EN EL HOSPITAL: OPTIMIZANDO LA GESTIÓN Y EL VALOR ASISTENCIAL.	215
262	INGRESOS ECTÓPICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: CARACTERÍSTICAS, FACTORES Y EFECTOS ASISTENCIALES	216
266	INNOVACIÓN EN LA ACCESIBILIDAD DE LISTAS DE ESPERA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA CON VISIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL	217
267	INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA: IMPLEMENTACIÓN E IMPACTO DEL NURSING RESEARCH CHALLENGE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.	218
270	INNOVACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN EN LA EXPLOTACIÓN DE DATOS DE ENFERMERÍA CON HERRAMIENTAS BÁSICAS	219
277	INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE PACIENTES CANDIDATOS A ENSAYOS CLÍNICOS	220
290	LA INTRANET COMO BALUARTE DE CONOCIMIENTO	221
291	LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA, IMPULSADAS POR UNA FUNDACIÓN HOSPITALARIA, COMO MOTORES DEL CRECIMIENTO PROFESIONAL Y ORGANIZATIVO. IMPACTO EN LA FORMACIÓN MIR	222
297	LIDERAR EN TIEMPOS DE IA: IMPLEMENTACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA: PERSPECTIVAS ORGANIZACIONALES.	223
298	LIDERAZGO FEMENINO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA: MAYORÍA SIN EQUIDAD	224
304	MÁS ALLÁ DEL PROCEDIMIENTO: CÓMO LA EDUCACIÓN EN AUTOCUIDADO MEJORA LOS RESULTADOS EN CIRUGÍA MENOR.	225
314	MEJORA DEL PROCESO DE NIVELES DE FÁRMACOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	226
337	ONCOLOGÍA PARA FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.	227
339	OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA MEDIANTE MODELOS PREDICTIVOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ADMISIONES EN URGENCIAS: PROYECTO INURGE.	228
346	OPTIMIZACIÓN DEL TRIAJE EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL	229
350	PARTICIPACIÓN EN UN ENSAYO CLÍNICO EUROPEO COMO HERRAMIENTA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROA EN UN HOSPITAL	230
356	PLAN DE ACTUACIÓN FORMATIVO PARA LA MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	231
358	PLAN DE DESARROLLO COMPETENCIAL PARA LOS MANDOS INTERMEDIOS DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL	232
371	PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE CHATGPT-4 EN EL ANÁLISIS DE INFORMES DE ALTA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL.	233
377	PROGRAMA CIENTÍFICOS EN PRÁCTICAS EN LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS DE LA RED.	234
382	PROGRAMA DE MENTORÍA EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	235

422	SINERGIA ENTRE HOSPITAL Y UNIVERSIDAD: UN MODELO MULTIDISCIPLINAR PARA LA INNOVACIÓN EN SALUD.	236
438	TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA GESTIÓN DE GUARDIAS MÉDICAS: IMPACTO EN EFICIENCIA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	237
455	UNA EXPERIENCIA DE ÉXITO DE UN CDSS PARA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA.	238
481	GENOMAE HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE DATOS, MONITORIZACIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES Y CONSEJO FARMACOGENÓMICO PARA IMPLEMENTAR MEDICINA PERSONALIZADA	239
482	ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS QUE CAUSAN CONSULTA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	240
498	HACIA UNA GESTIÓN HOSPITALARIA EFICAZ: USO DE LA IA EN EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CLAVE EN LOS INGRESOS POR FACULTATIVO EN URGENCIAS GENERALES	241
509	CONTINGENCIA INVERNAL: CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS ASISTENCIALES DE LOS EPISODIOS DE INGRESO	242

AT4: PERSONAS

10	ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA A LOS CENTROS SANITARIOS	243
11	ACCESIBILIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS USUARIAS Y PROFESIONALES	244
46	ATENCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO SOCIAL PUNTO CLAVE DE TRANSFORMACIÓN	245
70	COMISIÓN INTERNIVELES DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y SU DISTRITO	246
80	CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ECADOL	247
90	CREACIÓN DEL COMITÉ DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS	248
92	CREACIÓN, DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DE UN CENTRO SANITARIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	249
101	DEL DESAFÍO A LA EXCELENCIA: OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.	250
105	DESARROLLO DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES PARA LA MEJORA CONTINUA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS	251
129	EL PACIENTE INFORMADO: HACIENDO LA INFORMACIÓN SANITARIA MÁS ACCESIBLE Y COMPRENSIBLE	252
136	EL USO DE "BUNDLES" COMO HERRAMIENTA EN CUIDADOS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA	253
138	ENCUESTAS A TIEMPO REAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	254
149	ESTRATEGIAS DE BIENESTAR PARA PROFESIONALES: UN ENFOQUE INTEGRAL.	255
151	ESTRATEGIAS PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DE DIA	256
158	EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA LIDERAZGO PARA LA GESTORA ENFERMERA: DESARROLLO DE UN TEST DE JUICIO SITUACIONAL	257
170	FEMINIZACIÓN SANITARIA: SITUACIÓN ACTUAL EN NUESTRA ÁREA.	258
173	FORMANDO LÍDERES EN ENFERMERÍA: PLAN DE DESARROLLO COMPETENCIAL PARA MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA.	259



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



12

185	GESTIÓN DEL CAMBIO EN UN HOSPITAL DE 4000 TRABAJADORES HACIA UN MODELO DE TELEMEDICINA: UN ENFOQUE INTEGRAL	260
191	GESTIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA: LIDERANDO LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO EN EL SECTOR SANITARIO.	261
197	GRUPOS DE REFERENTES EN ENFERMERÍA: ENFOQUE EN LA CORRESPONSABILIDAD DESDE EL SISTEMA ORGANIZACIONAL TEAL	262
202	HOSPITAL LIQUIDO ROMPIENDO BARRERAS	263
225	IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJARON CON PACIENTES COVID DURANTE LA PANDEMIA.	264
254	IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDAD DE CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA: UN ENFOQUE HOMOGÉNEO PARA LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS.	265
265	INNOVACIÓN EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES INTERPERSONALES	266
283	LA EXPERIENCIA DE PACIENTES PARA LA MEJORA DE ATENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA	267
296	LIDERANDO LA GENERACIÓN DE INICIATIVAS DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO	268
299	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL: IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA	269
305	ME DEJAS MULTIPLICAR EL VALOR DE TU VIDA. GESTIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE TRASPLANTES	270
317	MENTTE: DE LA PATOLOGÍA AL POTENCIAL. TRANSFORMANDO LA SALUD MENTAL JUVENIL MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO	271
320	METODOLOGÍA LEAN PARA LA REINGENIERÍA DE PROCESOS EN LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL.	272
328	MOVIMIENTO SOCIAL PARA PARA IMPULSAR BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIONES	273
351	PATIENT JOURNEY. EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.	274
354	PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL LIDERAZGO CENTRADO EN LAS PERSONAS	275
355	PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA DEL CLIMA LABORAL	276
360	PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD	277
365	PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL.	278
367	PLANIFICACIÓN DE LA PLANTILLA MÉDICA EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO, IMPACTO POST- COVID Y PROYECCIÓN DE NECESIDADES	279
372	PRESCRIPCIÓN DIGITAL.	280
391	PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	281
408	RESPIRARED: INNOVACIÓN SOCIAL EN TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD).	282
418	SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	283
426	SOLIDARIDAD SANITARIA. CÓMO HEMOS GESTIONADOS LA AYUDA SANITARIA VOLUNTARIA EN LA DANA DESDE UN HOSPITAL NO AFECTADO	284

444	TRANSFORMANDO EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO: DEL DESAFÍO DE LA ESTABILIZACIÓN A UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO	285
466	ZERO PROJECT	286
499	“NO SÉ QUÉ ME PASA, PERO AQUÍ VOY A ESTAR BIEN”: EL IMPACTO MODERADOR DE LA INCERTIDUMBRE PERSONAL ESPECÍFICA EN LA RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE JUSTICIA ORGANIZACIONAL Y RESULTADOS EN PACIENTES DE SERVICIOS SANITARIOS	287
513	LANZAMIENTO DE UN CANAL DE YOUTUBE EN UN HOSPITAL PÚBLICO PARA GENERAR CONTENIDO AVALADO Y FIABLE EN SALUD	288
521	BEHUMANEST: PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES ANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.	289
523	LIDERAR DESDE EL MARGEN: EXPERIENCIAS DE GESTORES JÓVENES EN LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.	291
536	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DURANTE 12 HORAS DIARIAS SEGÚN CURVA DE FRECUENTACIÓN	292
545	CUIDAMOS DE TI. POR EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.	293

AT5: SOSTENIBILIDAD Y AGENDA 2030

4	“NO MIRES ARRIBA” UN ESCENARIO CATASTRÓFICO, QUE PUEDE EVITARSE.	294
6	“VARIACIONES EN LAS CUANTÍAS DE PRESTACIONES FACTURABLES A TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU DIFÍCIL JUSTIFICACIÓN”	295
26	ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	296
38	APLICACIÓN DE NUDGES PARA FOMENTAR ELECCIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN MÁQUINAS DE VENDING.	297
58	CAPTURA DE GASES ANESTÉSICOS EXHALADOS. HUELLA DE CARBONO ZERO.	298
85	COSTURA SOSTENIBLE HOSPITALARIA	299
96	CULTURA SOSTENIBLE INNOVADORA: SALUD Y PLANETA UNIDOS.	300
107	DESCENTRALIZACIÓN DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN ENTORNO INSULAR.	301
108	DESCENTRALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DIGESTIVA: IMPACTO ECONÓMICO Y REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD.	302
109	DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA A TRAVÉS DE ACUERDOS DE GESTIÓN: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS	303
124	ECORESPIRA: PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD EN TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)	304
125	EFICACIA DE UN MODELO DE MARKOV PARA LA EVALUACIÓN DE COSTE-UTILIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO	305
150	ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA ENERGÉTICA EN CENTROS HOSPITALARIOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO.	306
160	EVALUACIÓN DE LA MEJORA EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.	307



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



14

168	EXPERIENCIAS EN TRAZABILIDAD Y GESTIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	308
204	HOSPITAL VERDE: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EMISIONES	309
280	JOINT COMMISSION INTERNACIONAL Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES: GESTIÓN DE MATERIALES PELIGROSOS	310
282	LA DEPRESIÓN AISLADA EN NIVELES ALTOS (DANA) DE OCTUBRE DE 2024 Y SU IMPACTO SOBRE LA GESTIÓN DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD DE DEMARCACIÓN GEOGRÁFICA RURAL.	311
311	MEJORA DE LA CALIDAD DEL AIRE INTERIOR EN ENTORNOS HOSPITALARIOS: PROYECTO BREATHING WELL. . .	312
322	MODELO MEDIOAMBIENTAL SANITARIO DE COMPROMISO Y CONCIENCIA CLIMÁTICA: UNA APUESTA ACTUAL Y DE FUTURO	313
327	MOVILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, EN UNA GRAN CIUDAD.	314
336	OBJETIVO, PLÁSTICO ZERO	315
361	PLAN DE SEGREGACIÓN Y RECICLAJE DE MATERIAL QUIRÚRGICO DE UN SOLO USO: EJEMPLO DE SOSTENIBILIDAD EN LA GESTIÓN SANITARIA HOSPITALARIA	316
363	PLAN DE SOSTENIBILIDAD EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA	317
378	PROGRAMA DE APOYO ENERGÉTICO: UN IMPULSO SOLIDARIO Y SOSTENIBLE PARA LA SALUD	318
390	PROYECTO ALINEADODS. IMPULSO DE LA SOSTENIBILIDAD SANITARIA A TRAVÉS DEL LIDERAZGO GESTOR . . .	319
407	REDUCCIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE HIGIENE EN SECO	320
425	SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PERFILES E INTERVENCIÓN.	321
430	SOSTENIBILIDAD, JUSTICIA CLIMÁTICA Y DESCARBONIZACIÓN.	322
433	TERAPIAS SOSTENIBLES PARA UNA SALUD Y PLANETA MÁS VERDES.	323
448	TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y SOSTENIBLE COMPLEJO HOSPITALARIO	324
451	UN HOSPITAL NETZERO EN EMISIONES DIRECTAS, EN EL CAMINO A LA NEUTRALIDAD TOTAL	325
452	UN HOSPITAL SOSTENIBLE ES POSIBLE	326
469	COMPROMISO CON LA SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO . . .	327
475	GUÍA DE 100 CRITERIOS DE VALORACIÓN MEDIOAMBIENTAL Y EFICIENCIA ENERGÉTICA EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN ESPAÑA	328
512	HARMONIZACIÓN DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ESPECIAL IMPACTO SANITARIO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.	329
516	CENTRO HOSPITALARIO DE CUIDADOS Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL: INFRAESTRUCTURA SANITARIA SOSTENIBLE	330
517	AMBIENTE SEGURO EN QUIRÓFANO PARA PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX: LÁTEX FREE EN QUIRÓFANO 24/7	331
525	CONSTRUYENDO COMPROMISO CON LOS ODS DESDE EL SECTOR SALUD A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS ESG	332

PÓSTERS

AT1: STAKEHOLDERS

19	ALIANZAS INTERCENTROS COMO ESTRATEGIA PARA RETENER EL TALENTO, PROMOVER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD.	334
31	ANÁLISIS DE LOS STAKEHOLDERS CLAVE EN LA GESTIÓN DE TERAPIAS CON ALTOS RESIDUOS PLÁSTICOS	335
71	COMO IMPLEMENTAR UN PROTOCOLO DE USO DEL QUIRÓFANO DE URGENCIAS. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	336
77	CONSENSO MULTIDISCIPLINAR DELPHI SOBRE LA GESTIÓN DEL PACIENTE CON OSTEOPENIA.	337
110	DESPLIGUE DE LA ESTRATEGIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA CON LA METODOLOGÍA HOSHIN KANRI . .	338
115	DIFICULTADES EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS POR EMPRESAS EXTERNAS	339
139	ENFERMERA EXPERTA EN MATERIAL SANITARIO Y EQUIPAMIENTO SANITARIO COMO HERRAMIENTA DE SOPORTE PARA LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS	340
153	ESTUDIO DE FACTURAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, UN ASUNTO EFICIENTE	341
169	FACTURACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO POR VIRUS SARS-COV2 EN PERSONAL DE UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	342
179	GESTIÓN DE EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN PARA MEJORAR TRANSPARENCIA Y COORDINACIÓN	343
301	LINKEDIN, PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN LA COMUNICACIÓN HOSPITALARIA	344
401	PROYECTO PILOTO G12-SAYGON IMPLEMENTACIÓN DE TURNOS DE 12 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL	345
419	SCIROCCO ENCUESTA DISEÑADA ESPECÍFICAMENTE PARA EVALUAR LA MADUREZ DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN INTEGRADA CON LOS STAKEHOLDERS	346
474	EVOLUCIÓN DEL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS REUMATOLÓGICAS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS.	347
501	PLAN DE NEGOCIO PARA LA SOSTENIBILIDAD Y CRECIMIENTO PARA LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.	348
504	BENCHMARKING EN EL USO DE SIMULACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA: NUEVAS TECNOLOGÍAS DE SIMULACIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO	349

AT2: VALOR

5	"OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA".	350
9	ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA: TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HUMANIZACIÓN Y LA EFICIENCIA	351
12	ACOMPANIAMIENTO 24/7 PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A CUIDADORES DE PACIENTES EN SEDACIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA	352

15	ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS CUESTIONARIOS EORTC AL CATALÁN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	353
24	ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN EN LA CONFIGURACIÓN DE LA COMPRA DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES DE ADALIMUMAB DESDE UN ÓRGANO DE CONTRATACIÓN PÚBLICO REGIONAL DURANTE EL PERÍODO 2014-2024	354
36	APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS CLAVES EN LA GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO HOSPITALARIA	355
48	AUTOCUIDADOS Y TELEMONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO INTEGRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	356
49	AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CITAS HOSPITALARIAS, PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS, MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE UN ROBOT DE LLAMADAS	357
51	AUTOMATIZACIÓN Y GESTIÓN POR VALOR EN ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA: EFICIENCIA, SEGURIDAD Y SOSTENIBILIDAD	358
56	CANALIZACIÓN INTERHOSPITALARIA DE PACIENTES A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (SELENE) EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD	359
59	CARPETA COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, REHABILITACIÓN, RAQUIS, Y LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA	360
69	COMISIÓN DE TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A EDAD ADULTA COMO GARANTÍA DE CONTINUIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL	361
74	COMPRA BASADA EN VALOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: UN ENFOQUE APLICADO A LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN	362
78	CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN CENTRO DE SALUD	363
87	CREACIÓN DE UN SOPORTE INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE GUARDIA HOSPITALARIA	364
100	DEL CIBERATAQUE A LA CIBERSEGURIDAD: IMPULSANDO LA RESILIENCIA ORGANIZATIVA Y LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL	365
104	DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA: INTEGRACIÓN DE INGENIERÍA Y MEDICINA	366
111	DETECTOR DE TEJIDOS CUTÁNEOS (DTC) INTELIGENCIA ARTIFICIAL, REDES NEURONALES Y DEEPLARNING, PARA LA TOMA DE DECISIÓN DEL CUIDADO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS	367
116	DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE LA FACTURACIÓN A TERCEROS	368
120	DISEÑO DEL MODELO PROPIO DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA ASISTENCIAL	369
133	EL PROTOCOLO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE REPUTACIÓN E IMAGEN	370
135	EL SISTEMA DE INFORMACIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE ¿... Y AHORA QUÉ HACEMOS?	371
144	EQUIDAD EN EL ACCESO A LA INNOVACIÓN: DIGITALIZACIÓN CONSENSUADA DE PROMS EN REUMATOLOGÍA	372
147	ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO E INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	373
166	EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS EXTERNAS: EVALUACIÓN DE SU PERCEPCIÓN.	374
183	GESTIÓN DE VACACIONES Y SUPLENCIAS: EFICIENCIA EN EL CONTROL DE GASTOS DE PERSONAL.	375

193	GESTIÓN QUIRÚRGICA DIGITAL INTEGRADA: RFID Y CONTROL DE INVENTARIOS AUTOMATIZADOS	376
195	GHOSTING EN CONSULTAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA. PREVALENCIA Y COSTE DEL NO-SHOW	377
203	HOSPITAL PROMOTOR DE LA SALUD DE TERCER NIVEL	378
206	HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA Y CAMAS SOCIOSANITARIAS GESTIONADAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III	379
210	IDENTIFICACIÓN DE ASISTENCIAS PRESTADAS A PACIENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA), LIQUIDABLES SEGÚN ORDEN DEL 24 DE MAYO DE 2024 DE PRECIOS PÚBLICOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.	380
215	IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA METODOLOGÍA DE TRABAJO CON SISTEMA KANBAN CON RADIOFRECUENCIA (RFID) EN LA GESTIÓN DE ALMACENES	381
224	IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA (PROA) EN EL CONSUMO Y COSTES DE ANTIMICROBIANOS EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: ANÁLISIS COMPARATIVO 2023-2024 . . .	382
237	IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE TRAZABILIDAD TEXTIL EN EL SERVICIO SANITARIO	383
239	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ANÁLISIS INMEDIATO DE RESOLUCIÓN EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA (AIREE)	384
243	IMPLEMENTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN HOSPITALES: EVALUACIÓN POST-IMPLEMENTACIÓN	385
249	IMPLEMENTACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL Y AUMENTADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA.	386
261	INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENFERMERÍA	387
284	LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA HOSPITALIZACIÓN EN RESIDENCIAS COMO MODELO ALTERNATIVO A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	388
285	LA GESTIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD TRANSVERSAL DE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS.	389
288	LA IMAGEN EN NÚMEROS. CÓMO REALIZAR UNA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	390
307	MEDIDAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA.	391
309	MEJORA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN CLÍNICA: PROYECTOS ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	392
310	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL MODELO DE RECONOCIMIENTO SACYL EXCELENTE.	393
323	MODELO NORMALIZADO DE CALIDAD E INOCUIDAD EN COCINAS HOSPITALARIAS: MÉTODO COCINHEX.	394
329	NET EMOTIONAL VALUE (NEV) EN PSIQUIATRÍA: CUANTIFICANDO LA EXPERIENCIA EMOCIONAL EN EL TRASLADO.	396
331	NUEVA FIGURA EN LOS COMITÉS DE TUMORES: GESTORES DE CASOS ADMINISTRATIVOS	397
335	NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS EN UN ÁREA QUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	398
379	PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DEL GOBIERNO DIGITAL	399

385	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO EN TIEMPO REAL DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO	400
386	PROGRESIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO	401
389	PROYECTO "ACREDITACION" 2015 - 2024: ESTÁNDARES PARA UNIDADES DE CALIDAD DE CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES	402
399	PROYECTO GLAUCCARE: CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL, RESULTADOS Y EXCELENCIA EN GLAUCOMA	403
400	PROYECTO INTEGRAL DE DEMANDA ESTRUCTURADA (PIDE) GESTIÓN DEPÓSITOS ASISTENCIALES	404
406	REDUCCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS	405
416	SALUD EN RED - UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA COLABORAR EN LA DISCUSIÓN DE CASOS	406
420	SEGUIMIENTO TELEFÓNICO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL DE PACIENTES CON DESCOMPENSACIÓN AGUDA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA	407
435	TRANSFORMACIÓN DE UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA	408
439	TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA GESTIÓN SANITARIA CON LA METODOLOGÍA BIM	410
440	TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SALUD: REDES SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE VALOR, APLICACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	411
442	TRANSFORMACIÓN LEAN BASADA EN VALOR EN EL MODELO DE GESTIÓN QUIRÚRGICA. DATOS PRELIMINARES	412
443	TRANSFORMANDO EL PROCESO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE UROLÓGICO: LA IMPORTANCIA DEL DISPOSITIVO DE INGRESO DÍA 0 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	413
445	TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN SANITARIA: LA EXPANSIÓN DE LA FISIOTERAPIA COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES EMERGENTES DE SALUD	414
446	TRANSFORMANDO LA GESTIÓN SANITARIA: HERRAMIENTA PROPIA PARA LA EVALUACIÓN DE COSTES HOSPITALARIOS	415
449	TRANSVERSALIDAD EN EL DISEÑO DE UN NUEVO COMPLEJO HOSPITALARIO SISTEMA ROOM BY ROOM	416
450	TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO	417
459	UNIDOS POR LA IMAGEN: IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA GESTIÓN CONJUNTA Y DE LA CONEXIÓN INTERHOSPITALARIA DE LOS SISTEMAS DE RADIODIAGNÓSTICO	418
462	UTILIDAD DEL CMBD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: IMPULSANDO LA GESTIÓN Y LA CALIDAD ASISTENCIAL	419
467	PROYECTO SECACREDITA EN UNA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	420
468	ANILLO DE IMAGEN MÉDICA DIGITAL	421
471	GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS EN MOMENTOS DE SATURACIÓN: ESTRATEGIAS Y EXPERIENCIAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	422
483	TRANSFORMAR UN GRUPO COHESIONADO EN UNA ASOCIACIÓN SIN ANIMO DE LUCRO DENOMINADO RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SOSTENIBILIDAD	423
487	DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN: UNA HISTORIA DE ALERTAS BIEN GESTIONADAS	424

489	PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PERINATAL: EL ROL DE LA MATRONA GESTORA	425
491	OPTIMIZACIÓN DEL COMITÉ DE TUMORES DE CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE UNA SOLUCIÓN DIGITAL	426
492	DISEÑO DE UN MODELO ORGANIZATIVO CON COMMAND CENTER Y VIDEOCONSULTAS PARA ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y ENFERMEDADES RARAS: HACIA UNA ATENCIÓN MÁS EFICIENTE Y PERSONALIZADA.	427
502	CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES. ESTRATEGIAS DE CRECIMIENTO	428
532	DIGITALIZACIÓN CLÍNICA EN EL ENTORNO SANITARIO: REGISTRO ÚNICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL.	429
537	CUIDO MI DIABETES.	430
546	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE CLÍNICO PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN DE CONSULTAS PREFERENTES DERIVADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	431
547	IMPACTO DEL RECORDATORIO POR SMS EN LA REDUCCIÓN DE LA INASISTENCIA A CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	432
549	PERFIL DEL PACIENTE QUE NO ACUDE A CONSULTA EXTERNA: FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO	433

AT3: CONOCIMIENTO, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

1	¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTAR CON UNA UNIDAD DE DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL?	434
21	ANÁLISIS DE LA DEMANDA ESTACIONAL, EL "EFECTO TURISMO" Y SUS CONSECUENCIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	435
22	ANÁLISIS DE LA DEMORA DEL DIAGNÓSTICO E INICIO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES INCLUIDAS EN EL EN EL CRIBADO DE SALUD PÚBLICA DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE EL AÑO 2024.	436
30	ANÁLISIS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS ENTRE EL AÑO 2025 EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	437
43	ASISTENCIA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES CUTÁNEAS	438
84	COORDINADOR FACULTATIVO SANITARIO DE FACTURACIÓN (COBRO) A TERCEROS EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	439
112	DETERMINACIÓN DE LA CRITICIDAD DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO EN UN HOSPITAL DE 650 CAMAS	440
130	EL PAPEL CLAVE DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL EN UNA COMUNIDAD UNIPROVINCIAL	441
163	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES 2024.	442
189	GESTIÓN INTEGRADA DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA CON DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DEL ASMA GRAVE: IMPACTO EN ADHERENCIA, VISITAS HOSPITALARIAS Y SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL	443
200	HACIA LA EXCELENCIA ASISTENCIAL: IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN EL HOSPITAL	444
205	HOSPITAL VIRTUAL VALDECILLA: UN EJEMPLO DE ÉXITO DE LA SIMULACIÓN TRAS 15 AÑOS DE EXPERIENCIA	445
217	IMPACTO DE LA INNOVACIÓN FARMACÉUTICA EN EL AUMENTO DEL CONSUMO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO	446

218	IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA GESTIÓN ENFERMERA	447
219	IMPACTO DE LA MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN LOS RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	448
222	IMPACTO DE LOS NUEVOS FÁRMACOS E INDICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS.	449
226	IMPACTO DE UNA APP EN LA RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN TUMOR OVARIO	450
227	IMPACTO DEL AUMENTO DE LA ACREDITACIÓN DOCENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	451
347	OPTIMIZACIÓN PROCESOS ADMINISTRATIVOS SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	452
353	PERFIL DEL MULTIFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITAL METROPOLITANO	454
357	PLAN DE APOYO AL TRABAJADOR EN EL USO DE APARATAJE Y TECNOLOGÍAS	455
380	PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN ÁREA SANITARIA.	456
383	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA MAYOR DEL ADULTO	457
405	RED DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE APOYO A LA ASISTENCIA URGENTE Y EMERGENTE DE LAS ILLES BALEARS	458
412	REVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO DE ORIGEN LABORAL: IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO	459
453	UN MODELO DE GESTIÓN PARA UN CENTRO DE SIMULACIÓN CLÍNICA	460
484	OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ITU MEDIANTE UN CDSS	461
506	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ALUMNADO DE 3º DE ESO	462
526	MONITORIZACIÓN DE RESPUESTA CON ECOGRAFÍA DE ASAS TRAS ESTRATEGIA SWITCH EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN	463
539	TESELA: DIFUSIÓN CIENTÍFICA PARA LA GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	464
540	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN PREOPERATORIA EN LA ADHERENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	465
541	ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL DOMICILIO: MEJORANDO LA EXPERIENCIA Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.	466
548	TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN DERMATOLOGÍA: IMPACTO DE UN MODELO DE TELEDERMATOLOGÍA SISTEMÁTICA	467
13	ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y MEDIDAS AMBIENTALES PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CARDIOVASCULARES: UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL	468

AT4: PERSONAS

2	"DE LA IDEA A LA REALIDAD": TRABAJO EN EQUIPO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS.	469
3	"HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD". COMO CONVERTIR UN PROGRAMA INSTITUCIONAL EN UNA EXPERIENCIA ESPECIAL PARA EL PROFESIONAL	470
8	ABORDAJE INTEGRAL Y CONTINUADO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ENFOQUE INTERNIVELES E INTERINSTITUCIONAL	471



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



21

29	ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES ASISTENCIALES EN UN ÁREA SANITARIA DURANTE LOS AÑOS 2020-2024	472
47	AULA DE CUIDADORES EN EL HOSPITAL: ASEO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN CAMA	473
60	CARRERA PROFESIONAL: LA RECUPERACIÓN DE UN DERECHO	474
66	CIMENTOS DE ESFUERZO, OBRAS Y HISTORIAS DE UNA TRANSFORMACIÓN	475
79	CONTABILIZACIÓN DE GASTO GENERADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXTERIORES	476
103	INTERCONEXIÓN DEPARTAMENTAL PARA GESTIÓN DEL PROCESO DE EMBARAZO EN GRAN CANARIA	477
122	DISMINUCIÓN DE LA TASA DE LLAMADAS PERDIDAS EN LA CENTRALITA TELEFÓNICA	478
126	EL CAMINO AL BIENESTAR: RESIDENCIAS 360º	479
127	EL IMPACTO DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.	480
128	EL PACIENTE EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. CAUSAS DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	481
131	EL PAPEL DE LA ENFERMERA COORDINADORA NOCTURNA EN UN HOSPITAL COMARCAL	482
142	ENFERMERÍA PROACTIVA EN OFTALMOLOGÍA: TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE PACIENTES	483
152	ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA	484
167	EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	485
182	GESTIÓN DE LOS DESCUBIERTOS EN LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.	486
184	GESTIÓN DEL CAMBIO ANTE LA INCERTIDUMBRE	487
199	HABILITACIÓN DE UN ÁREA DE PREHOSPITALIZACIÓN DEPENDIENTE FUNCIONALMENTE DEL SERVICIO DE ADMISIÓN	488
209	HUMANIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA: UN COMPROMISO CON LA DIGNIDAD Y LA INCLUSIÓN	489
229	IMPACTO DEL INGENIERO INDUSTRIAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL	490
233	IMPLANTACIÓN DE DIETA ADAPTADA PARA PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA	491
245	IMPLEMENTACIÓN DE MICROSOFT TEAMS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN SANITARIA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO	492
258	INCORPORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL	493
279	INTRODUCCIÓN DEL TERCER SECTOR COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA	494
289	LA IMPORTANCIA DEL COLECTIVO ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: PRIMERA EDICIÓN DE UNA JORNADA PARA DAR PROTAGONISMO Y VISIBILIDAD.	495
292	LA LABOR DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	496
295	LEAN KATA:EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES COMO CLAVE DE ÉXITO	497
303	MANUAL DE ESTILO ATENCIÓN CONTINUADA. FORMAS DE COMUNICACIÓN Y ACTUACIÓN.	498

330	NEURODERECHOS Y EL RESPETO A LAS PERSONAS: UNA GESTIÓN ÉTICA Y LEGAL EN EL ÁMBITO DIRECTIVO SANITARIO	499
349	PACIENTE Y RESIDENTE: UNA INICIATIVA PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN	500
359	PLAN DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO	501
373	PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO DE PETICIONES DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL	502
375	PROFESIONALES 12: NUEVO HOSPITAL RESISTENCIA U OPORTUNIDAD	503
384	PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN: BUSCANDO LA RETENCIÓN DE TALENTO	504
388	PROTOCOLO O GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN SOCIAL EN LA ADMINISTRACIÓN	505
409	RESULTADOS DE EFECTIVIDAD, EFICIENCIA, CALIDAD Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER.	506
411	RETENER EL TALENTO ENFERMERO: NUEVOS RETOS	507
421	SERVICIO DE PRESENTACIÓN INTERACTIVA VIRTUAL DE INFORMACIÓN DE LAS NORMAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD A LOS PACIENTES Y FAMILIARES AL INGRESO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.	508
454	UN RESPIRO MUSICAL: "INNOVANDO LA RUTINA"	509
460	USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA GESTIÓN DE EQUIPOS	510
465	VIOLENCIA DE GÉNERO Y MEDIO SANITARIO: RETOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA.	511
478	PROYECTO LATIDO	512
497	ELECCIÓN AUTÓNOMO DE MENÚ POR QR: UN PASO EN LA HUMANIZACIÓN DEL USUARIO	513
503	HACIA UN HOSPITAL SALUDABLE: LA CLAVE DEL BIENESTAR DEL PERSONAL SANITARIO	514
505	LA SANIDAD EN FEMENINO: INTEGRACIÓN ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA GUÍA DE ABORDAJE DE LAS DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO	515
511	IMPACTO EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL EN LOS DÍAS INICIALES TRAS LA DANA	516
529	DESARROLLO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA LA OBESIDAD EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	517
530	ACOMPAÑANDO A LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR: LOS EQUIPOS REFERENTES LORE	518
533	ANÁLISIS DEL RECAMBIO GENERACIONAL EN GESTORES SANITARIOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO	519
542	MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA: CAMINO DE CERVANTES, RUTAS DE SENDERISMO PARA PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS.	520

AT5: SOSTENIBILIDAD Y AGENDA 2030

14	ACTUACIONES SOBRE EL USO DE GASES ANESTÉSICOS PARA DISMINUCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO EN UN HOSPITAL	521
25	ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD POR POBLACIÓN PEDIÁTRICA	522
55	BOMBAS INTELIGENTES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS OPINIONES TRAS SU PUESTA EN MARCHA	523
61	CASO DE ÉXITO EN EL CÁLCULO DE LA HUELLA DE CARBONO CORPORATIVA Y SU APLICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS	524
63	CENTROS DE SALUD, FARMACIAS Y ENTIDAD DEL TERCER SECTOR, UNA SINERGIA CONTRA LA POBREZA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA	525
75	COMPRA PÚBLICA INNOVADORA Y SU EFECTO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD	526
81	CONTRATACIÓN PÚBLICA SOSTENIBLE DURANTE TODO EL PROCESO	527
83	CONVENIOS: UNA FORMULA DE PARTICIPACIÓN DE ASOCIACIONES EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD	528
118	DIGITALIZANDO LA ACOGIDA HOSPITALARIA AL PACIENTE Y SU FAMILIA: GUÍAS DE INFORMACIÓN EN FORMATO QR.	529
121	DISEÑO Y EJECUCIÓN DE UN PROYECTO DE GESTIÓN DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS ENTRE CENTROS HOSPITALARIOS.	530
196	GRADO CONOCIMIENTO Y ACTITUDES PROFESIONALES SANIDAD EN SALUD AMBIENTAL	531
198	GUÍA DE DESCARBONIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS	532
236	IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE TEMPERATURAS EN LA RED DE FRÍO DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN.	533
240	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS ORGÁNICOS EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	534
244	IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA BIM, UN ENFOQUE INTELIGENTE EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS	535
247	IMPLEMENTACIÓN DE NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.	536
255	IMPORTANCIA DE REGISTROS DOCUMENTALES EN UNA PRESTACIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE LIMPIEZA HOSPITALARIA	537
333	NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	538
352	PERFECCIONAMIENTO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RESIDUOS SOSTENIBLES	539
362	PLAN DE SOSTENIBILIDAD EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS NO PELIGROSOS DEL SERVICIO DE FARMACIA	540
364	PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL, PROYECTOS DE REFORMA Y AMPLIACIÓN HOSPITAL MEDIOAMBIENTALMENTE SOSTENIBLE.	542
374	PRODUCCIÓN DE RADIOFÁRMACOS PET EN UNA UBICACIÓN CON LIMITACIONES DE TRANSPORTE	543
393	PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE MENAJE REUTILIZABLE: NO MÁS	544

403	PRUEBA PILOTO DE RECICLAJE DE SUEROS COMO MEDIDA DE DESCARBONIZACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO. RETOS E IMPLICACIONES	545
417	SANIDAD SIN BARRERAS: REHABILITACIÓN DOMICILIARIA COMO HERRAMIENTA DE INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	546
423	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: SGI-SHERPA	547
427	SOSTENIBILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN CONFIDENCIAL VERSUS GESTIÓN PAPEL/CARTÓN DE RECICLAJE	548
428	SOSTENIBILIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS	549
429	SOSTENIBILIDAD EN UCI: ESTRATEGIAS CON GRAN IMPACTO PARA LA DESCARBONIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	550
432	TELEPRESENCIA: TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE BASADA EN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL	552
434	TRANSFORMACIÓN DE CAJAS DE POREXPAN EN EL SECTOR SANITARIO: UN PROYECTO DE ECONOMÍA CIRCULAR PARA LA SOSTENIBILIDAD	553
485	INFORMÁTICA DE LA SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO: HACIA UNA TRANSFORMACIÓN DIGITAL SOSTENIBLE DEL SISTEMA SANITARIO	554
490	HACIA EL HOSPITAL VERDE: LA SENDA DE SOSTENIBILIDAD	555
494	UNIDAD MÓVIL RX.	556
495	CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO SOSTENIBLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO A TRAVÉS DE ACCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.	557

COMUNICACIONES ORALES



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



26

32 ANÁLISIS DE PESO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIDO POR GMA, COMPARANDO PACIENTES NACIONALES Y EXTRANJEROS EN UNA GERENCIA

Sánchez Pardo, Antonio¹; Laguía Almansa, Lorenzo²; Blanco Gómez, Antonio²; Barnés Torrente, Miguel Ángel²; Andrés Ortega, Begoña Inmaculada²; Moreno García, Concepción²

¹ GAI de Almansa; ² Hospital General de Almansa

INTRODUCCIÓN

La atención primaria atiende a una población que incluye una gran diversidad de nacionalidades. Este proyecto analiza el peso medio de carga asistencial que supone para la atención primaria los pacientes nacionales y no nacionales usando los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA).

OBJETIVO

Analizar qué diferencias y similitudes existen entre la carga asistencial de dos grupos de población conviviente en la misma zona geográfica.

MATERIAL

Análisis de base de datos GMA durante un año natural con referencia a nacionalidad según tarjeta sanitaria.

Análisis de pirámides de población.

Análisis de patologías crónicas registradas.

RESULTADOS

EDAD	NACIONAL	NO NACIONAL
95-99	0,43%	0,00%
90-94	1,24%	0,09%
85-89	2,20%	0,34%
80-84	3,52%	0,50%
75-79	4,20%	1,10%
70-74	4,99%	2,13%
65-69	6,78%	2,38%

EDAD	NACIONAL	NO NACIONAL
60-64	8,18%	3,62%
55-59	7,96%	5,77%
50-54	7,90%	7,55%
45-49	7,87%	10,25%
40-44	6,22%	10,73%
35-39	5,24%	9,91%
30-34	5,30%	9,66%

EDAD	NACIONAL	NO NACIONAL
25-29	4,95%	8,33%
20-24	5,13%	5,91%
15-19	5,34%	5,70%
10-14	4,86%	6,32%
5-9	4,26%	5,47%
0-4	3,42%	4,23%

PESOS MEDIOS GMA 2023 EN LA GERENCIA			
		POBLACIÓN GENERAL	PACIENTES ATENDIDOS
NACIONALES	MENOS 14 AÑOS	9,94	8,82
	ENTRE 15 Y 65 AÑOS	7,53	6,47
	MAS DE 65 AÑOS	13,18	12,95
	TOTAL	9,19	8,17
NO NACIONALES	MENOS 14 AÑOS	9,17	5,55
	ENTRE 15 Y 65 AÑOS	7,16	3,93
	MAS DE 65 AÑOS	8,91	6,93
	TOTAL	7,64	4,37

CONCLUSIONES

La población no nacional disminuye el peso medio de la carga asistencial en atención primaria.

Entre los pacientes registrados la diferencia es menor excepto en las edades avanzadas en la que los nacionales son mucho más complejos.

Es determinante la distinta composición en la pirámide de población como elemento diferenciador de carga asistencial. (Mayores edades entre la población nacional)

Utilidad del análisis para trabajo prevención y seguimiento de grupos patológicos.

42 ÁREAS DE MEJORA EN NEURORREHABILITACIÓN: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS STAKEHOLDERS

Viña García-Bericua, María¹; Viña García-Bericua, María²; Flaquer, Terrasa²; Gebbia, Jelitza Antonella²

¹Hospital Sant Joan de Déu Palma-Inca; ²Hospital Sant Joan de Déu

INTRODUCCIÓN

La neurorrehabilitación (NRHB) es la atención integral e interdisciplinar dirigida a las personas que han sufrido alguna afectación derivada de una lesión neurológica. En nuestro centro la calidad de la atención siempre ha sido excelente, sin embargo, tras la pandemia las encuestas de satisfacción reflejaban una disminución de la calidad percibida. Para identificar los cambios que provocaron este impacto negativo se estudió la situación desde la perspectiva de los stakeholders, analizando la experiencia del usuario (paciente y familia) y la opinión de los profesionales. La mirada que aporta la participación de estas partes interesadas es necesaria para el diseño de estrategias efectivas, identificando las áreas de mejora en la atención.

OBJETIVO

Analizar la percepción de los stakeholders sobre la atención ofrecida por NRHB para identificar oportunidades de mejora que aseguren la calidad asistencial.

MATERIAL

Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo basado en:

- Análisis DAFO del servicio de NRHB (n≈50) con la participación de médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y neuropsicólogos.
- Grupos focales con pacientes y familiares (altas entre 1 mes y 12 meses previas al estudio del año 2022)
- Reclamaciones, sugerencias y agradecimientos recibidos.
- Encuestas de satisfacción con Net Promoter Score (NPS) a pacientes y familiares (n=36).
- Evaluación de indicadores de calidad.

Se llevó a cabo una categorización de temas que se enmarcaron en las líneas estratégicas del hospital.

RESULTADOS

Los principales hallazgos en la percepción de los profesionales muestran:

- 172 debilidades, destacando:
 - La comunicación y la coordinación entre profesionales.
 - La gestión del tiempo
 - La disponibilidad y gestión de los recursos.
- 101 amenazas, incluyendo:
 - La competencia con otros hospitales.
 - La dificultad en la contratación de profesionales cualificados.
- La gestión de los servicios de ambulancias.
- 58 fortalezas, destacando:
 - El trabajo interdisciplinar.
 - La cohesión del equipo.
 - La comunicación interprofesional.
 - La formación continua ofrecida por organización.
 - La integración de nuevas tecnologías en NRHB.
- 26 oportunidades, incluyendo:
 - El trabajo en red con asociaciones de pacientes.
 - La innovación, la investigación y la docencia.
 - La experiencia del paciente.
 - La consolidación como centro de referencia en NRHB en la comunidad autónoma.

Los principales hallazgos en la percepción de los pacientes y sus familias muestran:

- Áreas de mejora relacionadas con:
 - La comunicación entre profesional y usuario, especialmente con médicos, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
 - La información ofrecida en el ingreso y al alta.
- La calidad de la comida y el tamaño de las habitaciones.
- Las actividades de ocio, especialmente los fines de semana.
- Áreas que aportan valor:
 - La acogida en el hospital y la presentación de los profesionales.
 - La confianza en la organización.
 - El papel clave de la rehabilitación en el proceso de recuperación.

CONCLUSIONES

El análisis de la calidad de la atención desde la visión y percepción de los stakeholders de NRHB permitió identificar y describir las áreas en la que podemos mejorar. Los resultados del estudio señalan que las estrategias a seguir deben perseguir la consolidación del modelo asistencial, potenciando la atención integral centrada en la persona e incorporando la experiencia del usuario. Se concluye que es necesario contar con profesionales formados (apostando también por la docencia, la investigación y la innovación), comprometidos y motivados, facilitando la comunicación, la coordinación y la cohesión del equipo. Incorporar las vivencias, experiencias y opiniones de las partes interesadas enriquece el proceso y resulta clave para diseñar estrategias de mejora que estén alineadas con los objetivos de la organización y que aseguren que la atención sea eficaz y de calidad.

45 ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS HERIDAS CRÓNICAS CON LOS STAKEHOLDERS, TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EQUIPO

Rosendo Fernández, José Manuel¹; García Fernández, Ana¹; Esperón Güimil, José Antonio¹; Castaños Zamanillo, Alejandra²; Muñoz Espasandín, Ana²

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; ² Instituto de Investigación Galicia Sur

INTRODUCCIÓN

La habilidad, los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios repercuten de manera importante en su capacidad para evaluar la complejidad de una herida, controlar los síntomas del paciente y tratar los problemas asociados. Sin embargo, con demasiada frecuencia, el tratamiento se basa en las tradiciones y costumbres y las decisiones se apoyan en una información subjetiva, no normalizada y sin evidencia científica. Entre agosto y septiembre de 2024, en Irlanda, España y Polonia se evaluó la preparación de los sistemas sanitarios para soluciones integradas de cuidado de heridas.

OBJETIVO

Determinar la madurez de los sistemas sanitarios de Irlanda, Polonia y España para la atención integrada para comprender sus perspectivas, necesidades y expectativas con respecto a la atención integrada para la gestión de las heridas crónicas.

MATERIAL

El enlace de la encuesta se compartió con partes interesadas clave en el campo de la atención integrada, incluidos proveedores de atención médica, formuladores de políticas e investigadores Stakeholders. Estas partes interesadas fueron identificadas durante un taller de mapeo de partes interesadas celebrado en julio de 2024 en los tres sitios piloto. Los participantes fueron seleccionados intencionalmente en función de su conocimiento, experiencia y experiencia en atención integrada y manejo de heridas. Durante el primer taller para la participación de las partes interesadas se identificaron listas de participantes elegibles, y las partes interesadas identificadas formaron el grupo central objetivo de esta evaluación.

La encuesta tenía como objetivo recopilar comentarios sobre las condiciones existentes e identificar áreas potenciales de mejora para garantizar una implementación exitosa de la solución de atención integrada desarrollada por el proyecto

RESULTADOS

Un análisis exhaustivo era llevado a cabo siguiente la recolección de datos. El primer paso implicó un análisis cuantitativo, donde la media, la mediana y el porcentaje de respuestas para cada pregunta eran calculado para determinar la mayor frecuencia de clasificaciones seleccionadas.

Este proporcionó una descripción general de las tendencias de respuesta al otro lado del conjunto de datos.

A continuación, se realizó un análisis cualitativo para examinar las justificaciones proporcionadas por los stakeholders, teniendo en cuenta los objetivos de cada dimensión. Estas justificaciones ofrecieron una visión más profunda del razonamiento detrás de las respuestas seleccionadas.

Para garantizar la precisión del análisis cualitativo, se tradujeron las justificaciones de las evaluaciones polaca y española. Luego se pidió a investigadores nativos de esas regiones que revisaran la precisión de las traducciones. Una vez realizadas las correcciones necesarias, se inició el análisis cualitativo.

CONCLUSIONES

En términos de infraestructura digital, España está avanzando pero enfrenta desafíos de integración, Polonia se encuentra en una etapa fundacional y el sistema fragmentado de Irlanda obstaculiza el progreso.

Para la coordinación de procesos, España está desarrollando protocolos de atención, Polonia está fragmentada e Irlanda enfrenta importantes limitaciones de recursos.

La financiación sigue siendo un desafío para los tres: España depende de proyectos piloto, Polonia carece de fondos específicos e Irlanda enfrenta obstáculos operativos.

En la eliminación de barreras, España está avanzando con las reformas, Polonia apenas está comenzando e Irlanda permanece aislada a pesar de los éxitos locales.

En cuanto a la salud de la población, España sobresale en el manejo de enfermedades crónicas, Polonia carece de estratificación de riesgo e Irlanda muestra resultados locales positivos, pero sigue fragmentada.

En empoderamiento ciudadano, España tiene herramientas pero lucha con su implementación, Polonia está rezagada e Irlanda está evolucionando pero carece de pleno empoderamiento.

102 DELIRIO Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS HOSPITALIZADOS: EVALUACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS

Moro-Tejedor, María Nieves¹; Moro Tejedor, M^a Nieves¹; Artés Rodríguez, Antonio²; López Martínez, Raul¹; Sánchez Puerto, Daniel³; Álvarez Rubio, Ana³; García De San José, Sonia¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Universidad Carlos III; ³Unidad de Apoyo a la Innovación IiSGM

INTRODUCCIÓN

El delirio es una complicación frecuente y grave en pacientes hospitalizados mayores de 65 años, asociada con estancias prolongadas y mayores costes. Su detección temprana y la instauración de medidas preventivas pueden reducir su incidencia en un 30-40%, mejorando los resultados clínicos. En un contexto como el actual con escasez de profesionales y pacientes con patologías más compleja, los modelos de aprendizaje automático permiten predecir permiten optimizar los recursos y dar respuestas más rápidas y eficaces desde el momento que el paciente acude al hospital

OBJETIVO

Evaluar y comparar el rendimiento de diferentes modelos de aprendizaje automático en la predicción de incidentes hospitalarios (agitación, delirium, arrancamiento de dispositivo y caídas) en urgencias y durante el episodio de hospitalización.

MATERIAL

El proyecto se organizó en dos etapas. Fase I se utilizó el conjunto de datos completo para el entrenamiento y la prueba, se incluyeron más de 12,000 episodios clínicos y 900,000 evolutivos documentados entre 2019 y 2023, con datos demográficos, resultados de escalas y parámetros analíticos de pacientes mayores de 65 años ingresado en unidades de hospitalización médica de un hospital de un hospital de alta complejidad. Se implementaron algoritmos de clasificación de riesgo para delirio, caídas y cambios de conducta, categorizados en tres niveles (leve, moderado, severo). Fase II se entrenaron los modelos con 200 pacientes y fue probado con otros 50 para evaluar mejor la generalización, unidades de similares características del mismo hospital

Los datos se analizaron utilizando métricas de rendimiento precisión, curvas ROC, F1-Score, sensibilidad y especificidad. Se utilizaron modelos de redes neuronales, modelos basados en árboles, máquinas de vectores de soporte (SVM) y regresión logística.

RESULTADOS

En el ingreso hospitalario, los modelos basados en árboles fueron los más efectivos para predecir incidentes. El modelo para la agitación, obtuvo una precisión del 86.93%, ROC:89.01%, F1-Score: 83.06%, sensibilidad del 67.86%, especificidad del 94.65%. En el delirium, se obtuvo una precisión del 90.82%, ROC:88.88%, F1-Score:90.79%, sensibilidad del 85.71%, especificidad del 95.92%. El arrancamiento de dispositivo, presento una precisión del 85.49%, ROC: 86.53%, F1-Score: 81.42%, sensibilidad del 75.81%, especificidad del 88.81%. En cuanto a las caídas, el modelo alcanzó una precisión del 84.67%, ROC:87.00%, F1-Score:84.51%, sensibilidad del 95.59%, especificidad del 73.91%.

Durante el ingreso, los resultados indican que las redes neuronales fueron las más efectivas para predecir incidentes de agitación, mientras que los modelos basados en árboles destacaron en la predicción de delirium, arrancamiento de dispositivo y caídas. Así, para la agitación, la red neuronal logró una precisión del 83.23%, ROC:90.26%, F1-Score:80.85%, sensibilidad del 83.21%, especificidad del 83.24%. En el caso del delirium, alcanzó una precisión del 93.88%, ROC:97.33%, F1-Score:93.88%, sensibilidad del 95.92%, especificidad del 91.84%. El arrancamiento de dispositivo, el modelo obtuvo una precisión del 88.07%, ROC:88.39%, F1-Score:84.26%, sensibilidad del 76.21%, especificidad del 92.13%. En las caídas alcanzó una precisión del 89.71%, ROC:95.65%, F1-Score: 89.65%, sensibilidad del 97.06%, especificidad del 82.35%.

El análisis de co-ocurrencia muestra que ciertos incidentes tienden a desencadenar otros o a ocurrir simultáneamente en las primeras 48 horas. La estancia media en el hospital para los casos de delirium fue de 5.84 días frente los pacientes sin incidentes 3.77 días.

CONCLUSIONES

Los modelos de aprendizaje automático demostraron ser efectivos para predecir incidentes hospitalarios en pacientes mayores de 65 años. Estos modelos mejoran la detección temprana de incidentes como agitación, delirium, arranque de dispositivo y caídas, optimizando los recursos y reduciendo la duración de las hospitalizaciones. La implementación de estos modelos puede contribuir significativamente a mejorar los resultados clínicos y la eficiencia hospitalaria, proporcionando respuestas más rápidas y eficaces desde el momento en que el paciente ingresa al hospital.

114 DIAGNÓSTICO PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD EN BASE A METODOLOGÍAS DE COCREACIÓN

Romero Piqueras, Carlos¹; Juste Lasierra, Sara¹

¹ Fractal Strategy

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las organizaciones de salud operan en un entorno cambiante que exige respuestas innovadoras. Los retos que enfrentan las organizaciones de salud van desde la digitalización a la escasez de personal, pasando por la capacidad de respuesta ante situaciones de crisis, como pandemias o emergencias sanitarias. Estos factores impulsan procesos de cambio y reestructuración que requieren una gestión efectiva. Para orientar este cambio, es común la aplicación del análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), una herramienta estratégica que permite diagnosticar la situación actual de la organización y planificar acciones de mejora.

Este estudio propone una metodología para la elaboración del DAFO, basada en la cocreación e integrando diversas técnicas cualitativas, como entrevistas, grupos de enfoque, encuestas y sesiones de trabajo colaborativo. Este enfoque facilita un diagnóstico más profundo y desagregado por colectivos, promoviendo una gestión del cambio más participativa y efectiva.

OBJETIVO Desarrollar un enfoque metodológico basado en la participación activa de los profesionales de la organización de salud, utilizando herramientas de cocreación para obtener un diagnóstico que facilite la toma de decisiones en procesos de reestructuración organizativa.

MATERIAL

El método propuesto se desarrolla en dos fases:

1. Investigación: Se conforma un equipo motor que contextualiza el proyecto y apoya la orientación de las tareas de investigación. Se combinan metodologías cualitativas, como entrevistas semiestructuradas con actores clave, grupos de enfoque con colectivos internos y externos, y análisis documental sobre modelos organizativos y carteras de servicios.
2. Análisis: La información recopilada se organiza y examina, dando lugar a una matriz DAFO, la construcción de arquetipos para identificar necesidades por colectivos y el desarrollo de escenarios organizativos. Estos resultados se contrastan con toda la organización mediante encuestas para validar y priorizar las conclusiones.

RESULTADOS

El método se aplicó en una Dirección General del Departamento de Sanidad de un Gobierno Autonómico, la cual deseaba acometer este proceso de reestructuración ya que enfrentaba dificultades en la atracción y retención de talento y la falta de relevo generacional. En la fase de investigación se realizaron:

En la fase de investigación se realizaron: 10 entrevistas semiestructuradas con informantes clave, 5 grupos de enfoque con distintos colectivos de la organización, 1 sesión con un experto en modelos organizativos, una revisión documental de la cartera de servicios y literatura relevante. En la fase de análisis se sintetizaron los resultados en 2 matrices DAFO, 5 arquetipos y 3 escenarios de reestructuración. Posteriormente, más de 200 profesionales participaron en una encuesta para contrastar y priorizar las conclusiones. Durante el proceso, se llevaron a cabo siete sesiones de trabajo con el equipo motor.

CONCLUSIONES

La metodología propuesta demuestra su utilidad para captar las percepciones de los diversos colectivos implicados en la reestructuración, facilitando la gestión del cambio y la toma de decisiones informadas. La combinación de metodologías cualitativas y participativas permite identificar necesidades y motivaciones críticas, contribuyendo a un análisis más completo de los escenarios posibles. Además, el proceso favorece la legitimación del cambio, al involucrar activamente a los profesionales en la definición del nuevo modelo organizativo.

143 ENTRENAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL EN RESILIENCIA: BARRERAS Y FACILITADORES DESDE LA VISIÓN DE LOS GESTORES

Báez León, Carmen¹; Báez León, Carmen¹; Pantoja Zarza, Carmen¹; Muñoz Sahagún, Pedro²; Martínez Jover, Ignacio³; Ceñal Pérez, Guillermo⁴; Consorcio Xr²esilience, Proyecto Europeo⁵

¹Hospital Universitario Infanta Leonor; ²SUMMA ¹¹²; ³Hospital Universitario Del Henares; ⁴Hospital Universitario Infanta Sofía; ⁴⁵Consorcio Europeo Internacional

INTRODUCCIÓN

Se estima que en 2030 habrá un déficit de 10 millones de trabajadores sanitario (OMS). Preocupa Enfermería por ser un colectivo especialmente expuesto a riesgos psicosociales y afectado por estrés laboral. Es necesario diseñar y establecer medidas para prevenir riesgos de condiciones laborales tanto a nivel organizacional como a nivel individual mediante la formación y entrenamiento de los profesionales en la mejora de su resiliencia.

En 2024 se ha iniciado el proyecto multicéntrico europeo XR2ESILIENCE, que busca mejorar la resiliencia de Enfermería mediante formación y entrenamiento a través de realidad virtual extendida. Participan 12 organizaciones de cinco países europeos (España, Portugal, Croacia, Austria y Alemania). Por España, participan los centros xxxxxx. Se trata de un proyecto de 4 años con metodología mixta (cualitativa y cuantitativa).

El primero de los estudios se basa en un análisis cualitativo mediante grupos focales, con un grupo focal integrado por directivos y otro por mandos intermedios.

OBJETIVO

Identificar los factores facilitadores y de barrera a nivel de mandos intermedios y directivos para el diseño e implantación de un programa de entrenamiento en resiliencia para Enfermería, basado en realidad virtual extendida.

MATERIAL

Estudio cualitativo multicéntrico basado en grupos focales en los centros sanitarios nacionales del equipo xxx.

En la preimplantación hay 2 grupos focales por cada centro participante del xxxxx, uno de Enfermería asistencial y otro de mandos intermedios, directivos y otro personal para el diseño e implementación del programa.

Cada grupo focal tiene 5-9 participantes en cada centro participante.

RESULTADOS

Se presentan los resultados preliminares de los grupos focales preimplantación realizados en los 4 centros de mandos intermedios, directivos y figuras clave de la organización. Se abordan y exponen las percepciones de sus integrantes para:

- Identificar los beneficios y obstáculos percibidos ante la puesta en marcha del programa de entrenamiento en resiliencia mediante realidad virtual extendida en enfermería.
- Explorar y analizar la influencia de la relación con la tecnología en la implantación y desarrollo de la experiencia en los procesos organizativos
- Explorar el grado de aceptación de la tecnología y la posible experiencia del usuario
- Analizar el nivel de concienciación sobre la salud mental de los profesionales.

Tras la implantación del programa se volverán a llevar a cabo los grupos focales para analizar la percepción de los grupos tras la experiencia de entrenamiento en resiliencia.

CONCLUSIONES

El uso de nuevas tecnologías como la realidad virtual extendida permitirá a las organizaciones sanitarias el entrenamiento de los trabajadores consiguiendo una mejora de su salud mental, disminuyendo los niveles de estrés y enseñando técnicas de afrontamiento de aquellas situaciones difíciles que puedan presentarse en la actividad laboral diaria.

Para lograr que una iniciativa así tenga éxito es imprescindible considerar la percepción de los gestores y directivos en su diseño e implantación. La visión estratégica al más alto nivel es crucial, y en este proyecto los cuatro centros nacionales que conforman el equipo xxx ponen de manifiesto con su implicación el compromiso con la mejora del bienestar de sus profesionales.

177 GESTIÓN DE CAMAS: ANÁLISIS Y ESTRATEGIA

Rosselló Galmes, Joan Arnau¹; Aguirre Salegui, Oihana¹; Granados Ulecia, Cristina¹; Herding, Eva Marie¹; Romero Delgado, Susana¹

¹ Hospital Son Espases

INTRODUCCIÓN

La gestión eficiente de camas hospitalarias es un desafío crítico en el ámbito de la salud pública en todo el mundo. La desproporción entre la oferta y la demanda ha llevado a la saturación de los servicios hospitalarios, lo que afecta negativamente la calidad de la atención y la eficiencia operativa de los hospitales.

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es analizar la implementación de nuevos circuitos y de una enfermera gestora de camas en la reducción de las estancias hospitalarias largas (principalmente las superiores a 100 días).

MATERIAL

Se ha optado por un enfoque cuantitativo, es decir, medir y analizar variables como es el número de estancias máximas de pacientes ingresados y estancias medias para identificar patrones y respuestas a las distintas medidas.

- Plan estratégico: Implementación de nuevos circuitos (revisión semanal de paciente programados quirúrgicos, revisión de pacientes con estancias largas, coordinación con hospitales de atención intermedia, reunión con enfermeras gestoras de casos, coordinación con servicio de ambulancias, etc.).

Para poder realizar todas estas tareas, se incorpora en octubre de 2024 una nueva figura, la enfermera gestora de camas, que permite hacer el seguimiento de todos los protocolos establecidos de forma coordinada con el personal administrativo, supervisoras de enfermería y Dirección.

- Ámbito y tiempo de estudio: enfocado en las unidades de hospitalización de adultos, excluyendo pediatría. Se ha decidido recoger los datos de la situación del hospital cada viernes de cada semana desde 01/01/2023 a 31/12/2024.
- Recursos y sistemas de información: Datos hospitalarios, extraídos a través del programa PowerBi.

RESULTADOS

La media de pacientes de más de 100 días en 2023 fue de 6.13 pacientes, en 2024 de 4,44. Si nos centramos específicamente en comparar el segundo semestre de 2023 y 2024 las diferencias son todavía más llamativas, 6.46 por 3.69 respectivamente.

Si estudiamos la mediana tenemos resultados similares. La mediana de 2023 es 6 mientras que la de 2024 es 4.5. Comparando de nuevo un semestre con otro la mediana de 2023 es de 6.5 mientras que la de 2024 es de 3.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados de la implementación de nuevos circuitos y la incorporación de una enfermera gestora de camas indican ser estrategias efectivas para mejorar la gestión de camas y reducir las estancias hospitalarias prolongadas.

188 GESTIÓN EN OBRAS Y REFORMAS: ESTRATEGIAS Y RESULTADOS**Avellaneda Zamorano, Manuel¹**; Ramos, Manuel Clemente¹; García, Eduardo¹¹ Servicio Murciano de Salud, Hospital Virgen del Castillo de Yecla**INTRODUCCIÓN**

El presente caso expone la situación de consultas y habitaciones con deficiencias en aislamiento térmico y acústico. Se detectó una notable entrada de frío y una baja calidad en la insonorización, problemas derivados de la antigüedad del edificio, que cuenta con más de cuarenta años desde su construcción. Ante esta situación, se identificó la necesidad de realizar una intervención que resolviera estas deficiencias de manera eficaz y con el menor impacto posible en la operatividad del hospital. El objetivo primordial fue minimizar la afectación al funcionamiento del centro, evitando el cierre total de una planta y reduciendo al máximo la ocupación de espacios durante la obra.

OBJETIVO

El análisis de la problemática reveló que la insuficiencia de aislamiento térmico y acústico era la causa principal de las molestias. En consecuencia, la solución propuesta se enfocó en mejorar la envolvente térmica del edificio para optimizar su eficiencia energética y acústica.

Este proyecto se desarrolló en alineación con la Directiva UE 2024/1275 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de abril de 2024 sobre eficiencia energética en edificios, así como con el Plan Nacional Integrado de Energía y Clima, en el marco de los objetivos del Horizonte 2030.

MATERIAL

El diseño de la intervención consideró varios factores clave: programación de la obra, gestión de espacios, optimización de costos y minimización del impacto en pacientes y personal del centro.

Para la planificación temporal, se implementó la estrategia de construir un tabique provisional que permitiera aislar el área de obra del resto del hospital, asegurando la continuidad de las actividades clínicas. Se establecieron tiempos de organización y un riguroso control sobre el desarrollo de las actuaciones.

En cuanto a la gestión de espacios, se priorizó que la obra no interrumpiera la operatividad del centro, permitiendo el funcionamiento de las instalaciones con una adecuada gestión de residuos y recursos. La optimización de la inversión económica se logró mediante la participación de stakeholders y la aplicación de metodologías de gestión ágil, como Lean, Scrum y Kanban.

Identificación de Stakeholders

- Internos: Empleados, Consejería, Servicio de Salud.
- Externos: Proveedores y empresas contratistas.
- Primarios: Pacientes, personal sanitario, gerencia, dirección de gestión.
- Secundarios: Administrativos, personal financiero.
- Directos: Mantenimiento, limpieza y otros servicios relacionados.
- Indirectos: Pacientes y personal no directamente involucrado en la obra.

La correcta identificación y coordinación de estos grupos permitió mejorar la gestión de contrataciones externas, materiales, suministros y sus respectivos costos y plazos.

RESULTADOS

El proyecto logró optimizar el tiempo de ejecución, reducir la ocupación de espacios y minimizar el impacto en la actividad hospitalaria. Se alcanzó una menor inversión y una mejora significativa en la eficiencia energética y acústica del centro.

Los beneficios obtenidos pueden dividirse en dos ámbitos: el cumplimiento de los objetivos del Horizonte 2030 y la optimización del proceso de gestión de la obra.

CONCLUSIONES

La intervención permitió mejorar el aislamiento térmico y acústico sin interrumpir la actividad del centro, optimizando tiempos, costos y recursos. La planificación eficiente y la gestión adecuada de los stakeholders fueron claves para cumplir con los objetivos de sostenibilidad y eficiencia energética en el marco del Horizonte 2030.

223 IMPACTO DE LOS STAKEHOLDERS EN LA APERTURA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA. TENDIENDO PUENTES

Rubio Batanás, Ana María¹; Serratusell Sabater, Estefanía¹; Vila Amengual, Mercedes¹; Pallarés Ruiz, Marta¹; Mingorance Carrascosa, María José¹

¹ Servei de Salut Illes Balears

INTRODUCCIÓN

La alta complejidad que presentan las personas con enfermedades crónicas complejas (PCC) y avanzadas (PCA) ha impulsado la necesidad de generar nuevos recursos de atención intermedia con un modelo de atención propio. El trabajo interdisciplinar para realizar el abordaje integral, valorando las necesidades y expectativas de estas personas, y la coordinación eficaz con los diferentes ámbitos asistenciales y sociales, requiere la participación de todas las partes implicadas. Para asegurar el éxito en la apertura de un nuevo centro de atención intermedia (CAI), su integración y la coordinación con los recursos ya existentes, se requiere la implicación de todos los stakeholders.

OBJETIVO

Determinar el impacto de la incorporación de los stakeholders en la apertura de un CAI para garantizar el éxito del proyecto, la calidad de la atención y la optimización de recursos.

MATERIAL

Se elaboró un plan de comunicación y coordinación con las partes interesadas basado en:

- Identificación de stakeholders: Se identificaron los actores clave, su grado de compromiso y su responsabilidad en la creación de este nuevo CAI.
- Reuniones multiprofesionales: Se estableció un cronograma de reuniones con los stakeholders identificados para la toma de decisiones consensuada y se crearon grupos de trabajo para la definición de circuitos, gestión de recursos y evaluación del impacto asistencial y económico.
- Creación de circuitos asistenciales coordinados: Se definieron los procesos de identificación de pacientes, ingreso, seguimiento y alta en coordinación con aquellas partes implicadas, asegurando una derivación adecuada.
- Formación: Se diseñó un programa con formación en geriatría, cronicidad, atención centrada en la persona (ACP) y soft skills, y una estancia formativa en un CAI ya consolidado.

RESULTADOS

- Datos de los primeros cuatro meses de actividad del CAI:
 - Implicación de los stakeholders identificados: Se logró su compromiso y colaboración en la planificación y toma de decisiones.
 - Coordinación sociosanitaria: Se generó un modelo colaborativo de coordinación entre los diferentes ámbitos.
 - Reducción de estancia media: Gracias a los circuitos de derivación se redujo la estancia media en hospitalización de agudos, disminuyendo la presión sobre los servicios hospitalarios convencionales.
 - Garantía de la continuidad asistencial: Se logró el 100% de continuidad de cuidados en traslados y altas.
 - Engagement: Plantilla estable con el 100% de profesionales formados, 0% de renuncias, índice de absentismo del 4,38%, que demuestra sentimiento de pertenencia, compromiso con el nuevo modelo de atención y cohesión del equipo.
 - Mejora en indicadores de calidad: 100% de pacientes con valoración enfermera al ingreso, 100% de pacientes con valoración geriátrica integral, ganancia funcional media del 28,3% (el 100% se van de alta con dependencia leve), 100% de informe enfermero realizado al alta.
 - Disminución de costes: Se evidenció el ahorro económico que supone situar a estos pacientes en el recurso adecuado, siendo menor el coste por estancia hospitalaria en el CAI que en una unidad de agudos.

CONCLUSIONES

La experiencia en la planificación y apertura de este CAI ha demostrado la relevancia de la participación de los stakeholders desde el inicio y el impacto positivo que su implicación ha tenido en los pacientes y los profesionales. La colaboración entre los ámbitos sanitario y social, así como el trabajo interdisciplinar y el desarrollo de circuitos asistenciales integrados pueden replicarse en otros contextos sociosanitarios para mejorar la atención a PCC y PCA. Además, el análisis del impacto económico evidencia que este modelo de atención no solo mejora la calidad asistencial, sino que aporta ventajas en el terreno de la eficiencia y la gestión, optimizando los recursos y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

232 IMPACTO ECONÓMICO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN ADYUVANCIA DEL MELANOMA: UN PROYECTO PILOTO

Herrería Laherrán, Ramón¹; García Gómez, María Del Castañar¹; García-Avello Fernández-Cueto, Adela¹; Villacañas Palomares, María Victoria¹; Martínez Callejo, Virginia¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente conocido que la inclusión de pacientes en ensayos clínicos permite el acceso temprano a tratamientos en investigación. Un aspecto menos estudiado es el ahorro económico derivado del suministro gratuito de medicamentos en investigación y las ramas control. Con el fin de estimar el coste evitado en medicamentos de ensayos clínicos se realizó un estudio piloto en una patología y línea de tratamiento concreta (adyuvancia de melanoma) en los pacientes incluidos en ensayos en 2024 en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVO

Evaluar el ahorro económico derivado de incluir a los pacientes con melanoma sometidos a resección completa de la enfermedad, con criterios de alto riesgo, en un ensayo clínico abierto en el centro.

El tratamiento estándar es Pembrolizumab o Nivolumab adyuvante, administrados en ciclos de 21 o 14 días, respectivamente, durante 1 año. En el caso de Nivolumab se limita a pacientes con estadíos IIIC y IIID o enfermedad metastásica, mientras que Pembrolizumab permite estadio IIB, IIC o III.

MATERIAL

El único ensayo abierto en nuestro centro con esta indicación es un estudio doble ciego que aleatoriza a los pacientes a recibir Pembrolizumab o Fianlimab+ Cemiplimab, administrados en ciclos de 21 días durante un año. El promotor aporta todos los fármacos.

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de melanoma de alto riesgo con resección completa de la enfermedad y que fueron incluidos en el ensayo clínico, recibiendo dosis entre el 1/01/2024 al 31/12/2024. Se revisó el número de pacientes y las dosis administradas durante el periodo de estudio dentro del ensayo y se calculó el gasto que hubiera supuesto el tratamiento fuera del mismo.

Se consideró que el tratamiento recibido por los pacientes fuera del ensayo hubiera sido Pembrolizumab 200 mg cada 21 días, ya que éste es el brazo control del ensayo. Para el cálculo del ahorro económico se utilizó el precio de venta de laboratorio (PVL) del año 2024.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 6 pacientes recibieron tratamiento dentro del ensayo clínico y se administraron un total de 49 dosis.

Si los pacientes no hubieran estado incluidos en el ensayo habrían recibido 98 viales de Pembrolizumab 100 mg. Por tanto, el ahorro en 2024 por la participación de estos pacientes en el estudio es de 349.468 euros; 58.244 euros de media por paciente.

CONCLUSIONES

Este análisis sirve como estudio piloto del ahorro económico en medicación que se obtiene de la participación del centro hospitalario en los ensayos clínicos, siendo siempre mayor en los que el promotor facilita tanto la medicación en investigación como la correspondiente a la rama control. De hecho, observamos cómo, a pesar del pequeño número de pacientes, el ahorro conseguido es muy importante.

Una limitación de este trabajo es el uso del PVL como referente del precio de pembrolizumab, sin tener en cuenta los acuerdos económicos nacionales ministeriales u otros potenciales acuerdos locales con los hospitales.

El objetivo futuro es ampliar el estudio a otras patologías para descubrir cuál es el ahorro total que generan los ensayos clínicos en el centro y poner en valor el fácil acceso a tratamientos innovadores que puede suponer la participación en estos estudios.

235 IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA BPSO® DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO CONTRA LA MUJER EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE -----

Cañizares Sánchez, Rubén¹; Corral Pedraz, Olga María¹; Ruano García, Carmen¹; Rodríguez Calderón, Montserrat¹; Sánchez Matesanz, Sergio¹; Sánchez Romero, Verónica¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La prevención del maltrato contra la mujer es un pilar fundamental en la atención sanitaria, y su abordaje estructurado mediante guías basadas en la mejor evidencia disponible es esencial para optimizar la detección y el manejo de casos.

En este contexto, la guía de Buenas Prácticas en la Prevención del Maltrato (BPSO®, Best Practice Spotlight Organization) ha sido tradicionalmente implantada en distintos niveles asistenciales, principalmente en atención primaria.

Sin embargo, su aplicación en servicios de urgencias hospitalarias es una novedad sin precedentes. Este estudio describe la implantación de la guía BPSO® en el Servicio de Urgencias del Hospital de -----, destacando su impacto y relevancia.

OBJETIVO

Evaluar la factibilidad, aceptación y efectividad de la implantación de la guía BPSO® en la detección y manejo del maltrato contra la mujer en el ámbito de urgencias hospitalarias.

MATERIAL

Se realizó un estudio de implantación basado en un enfoque cualitativo y cuantitativo, que incluyó las siguientes fases:

- **Formación del personal sanitario:** Se llevaron a cabo sesiones formativas dirigidas a, enfermeros, médicos, técnicos y personal de gestión sobre la aplicación de la guía y la detección precoz de situaciones de maltrato en la mujer.
- **Adaptación de protocolos y circuitos asistenciales:** Se integraron las recomendaciones de la guía en los circuitos asistenciales de urgencias. Se realizó un cribado a todas las mujeres que acudieron al servicio de urgencias.
- **Registro y seguimiento de casos:** Se estableció un sistema de registro de casos detectados y su derivación a recursos de primera asistencia.
- **Evaluación del impacto:** Se analizaron indicadores clave como el número de casos identificados, el grado de adherencia a la guía y la percepción del personal sobre su utilidad.

RESULTADOS

La implantación de la guía BPSO® en el Servicio de Urgencias de -----, liderada por Enfermería, dio como resultado un incremento significativo en la detección de casos de maltrato, con una mejora en la coordinación interinstitucional para la atención integral de las víctimas. El cribado, con datos iniciales, permitió detectar unos 10 casos de maltrato o de sospecha de maltrato al mes. La aceptación por parte del personal sanitario fue elevada, destacándose la importancia de la formación y los protocolos estructurados en la mejora de la respuesta asistencial.

CONCLUSIONES

La innovación de implantar la guía BPSO® en un servicio de urgencias hospitalarias ha demostrado ser viable y efectiva, evidenciando la necesidad de extender este modelo a otros centros para fortalecer la prevención del maltrato a la mujer en entornos de alta demanda asistencial. La continuidad de este proyecto permitirá evaluar su impacto a largo plazo y optimizar las estrategias de intervención.

246 IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INTEGRADA EN ZONAS VULNERABLES: COMPARACIÓN INTERNACIONAL Y APLICABILIDAD EN MADRID

Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, Ana María¹; Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, Ana María²; Varela-rodríguez, Carolina³; Arias Díaz, Javier⁴; Montiel-Llorente, Luis⁴

¹Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad; ²H.U. 12 de Octubre; ³H.U. 12 de Octubre/Instituto de investigación i+12; ⁴Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

Históricamente los entornos social y sanitario han estado descentralizados, además de financiados y controlados por diferentes administraciones. Por ello, y por múltiples factores la coordinación sociosanitaria de personas pluripatológicas ha sido inadecuada. Por otra parte, se han producido cambios socio demográficos importantes que han contribuido a que la atención sea deficiente, además de generar un incremento de las necesidades de atención sanitaria y social y, por tanto, un aumento del gasto público. La mala coordinación ha generado duplicidades entre los servicios de los dos ámbitos, además de estancias hospitalarias innecesarias aumentando la carga económica para el sistema.

OBJETIVO Buscar poblaciones vulnerables que hayan sido consideradas casos de éxito en la implantación de modelos de atención sociosanitaria integrada y compararlas con la población de zonas vulnerables específicas de la Comunidad de Madrid para determinar el grado de aplicabilidad del modelo.

Hipótesis: Determinar si un modelo de atención integrada podría ser superior al modelo de atención sociosanitaria coordinada. La respuesta se elaborará en base a experiencias previas, reflejadas en abundante literatura al respecto. La argumentación se apoyará en una metodología inductiva para ofrecer una respuesta sólida.

Es factible y beneficioso implementar ASI en poblaciones vulnerables de la Comunidad de Madrid. Su aplicación contribuye a una mejora significativa en el acceso a la atención sanitaria y social. Su intervención facilita una coordinación más efectiva entre los diferentes servicios de atención, además de una optimización en el uso de recursos sanitarios y sociales.

MATERIAL

Se empleó un enfoque de investigación analógico, comparando poblaciones donde se ha implementado el modelo ASI con éxito (entendiendo como éxito lo que se consideró localmente como una mejora en la atención), específicamente en Norrtälje (Suecia) y Canterbury (Nueva Zelanda). Se llevaron a cabo análisis tanto cuantitativos como cualitativos de las evidencias y resultados obtenidos antes y después de la implementación del modelo integrado.

RESULTADOS

Se comparan las poblaciones de Norrtälje y de Canterbury con lo que denominaremos población-diana, objeto de estudio, que corresponde con los distritos de Villaverde, Usera y Carabanchel de la ciudad de Madrid que son la población de referencia del Hospital Universitario 12 de Octubre. La principal diferencia es cultural: tanto Canterbury como Norrtälje se caracterizan por una sociedad anglosajona a diferencia de España (Véase la tabla comparativa en el archivo adjunto)

CONCLUSIONES

1. Los beneficios encontrados para el modelo ASI incluyeron también aspectos socioculturales como la integración cultural y social, evidenciados en un cambio significativo en la forma en que se gestionan y se comunican las iniciativas de cuidado dentro de la comunidad.
2. Las políticas que promueven la integración y la continuidad de la atención no solo son aplicables, sino que también son cruciales para mejorar los resultados de salud en zonas vulnerables. Los modelos de ASI, al promover una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención y asegurar una gestión integrada de los recursos, ofrecen un enfoque robusto para enfrentar los desafíos de las zonas con alta vulnerabilidad social y económica.
3. El modelo ASI podría ser aplicable en zonas vulnerables dependientes del sistema madrileño de salud, ya que poblaciones comparables en términos demográficos y de vulnerabilidad poblacional han experimentado cambios considerados exitosos tras la implantación de este modelo.
4. Las actuaciones aplicadas en poblaciones vulnerables tales como Norrtälje, Suecia, y Canterbury, en Nueva Zelanda, podrían adaptarse y ser efectivos en los distritos madrileños de Villaverde, Usera y Carabanchel.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****38**

260 INDICADORES DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: UN SCOPING REVIEW

Fuentes Bermúdez, Genny Paola¹; Mayorga Gutiérrez, Lesly Gabriela¹; Rueda Girón, Leydy Tatiana¹; Solano Flores, Adriel Mateo¹

¹ Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

La gestión del talento humano trasciende las tareas tradicionales de recursos humanos relacionadas con el reclutamiento y la selección de personal. Abarca la planificación estratégica, el desarrollo de competencias, la gestión del cambio y la alineación de los recursos humanos con los objetivos organizacionales. Por ende, implementación de indicadores cuantitativos y cualitativos para medir el desempeño de sus procesos y alcanzar los objetivos organizacionales; estas métricas permiten monitorear, evaluar y ajustar las estrategias, anticipando resultados y asegurando una mejora continua.

OBJETIVO

Identificar los indicadores utilizados en la gestión del talento humano en enfermería a nivel hospitalario reportados en la literatura científica.

MATERIAL

Se trata de una revisión de literatura de tipo Scoping Review bajo los lineamientos metodológicos de Joanna Briggs Institute (JBI). La estructura de la pregunta fue P: enfermería, C: indicadores de gestión de talento humano, C: hospitalario. Se incluyeron artículos publicados entre el 2014 y 2024 en idioma inglés, español y portugués.

Las bases de datos y fuentes utilizadas fueron Scopus, SciELO, Pubmed, Embase, CINAHL, Psycinfo, Web of Science, Ebsco, Cochrane. La estrategia de búsqueda fue la misma para todas las bases de datos.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 estudios, de los cuales se extrajeron 49 indicadores organizados en tres categorías: estructura, proceso y resultado.

En la categoría de estructura, se reconocieron tres grupos de indicadores. El primero se refiere a las características y competencias de las enfermeras, incluyendo el estilo de liderazgo y las demandas físicas y emocionales del personal. El segundo grupo aborda la naturaleza del trabajo y las condiciones laborales, considerando aspectos como la percepción del ambiente laboral, la situación salarial, la jornada laboral, el tipo de turno, la carga de trabajo, las horas asignadas para capacitación y las horas trabajadas. Finalmente, el tercer grupo se centra en las necesidades reales de personal, relacionado con la dotación de enfermeras y la cantidad de talento humano en función del número de pacientes a cargo. Este grupo incluye indicadores como la combinación de personal profesional y técnico (Skillmix), la distribución de recursos y los métodos de asignación de personal, tales como el Safer Nursing Care Tool y el WISN.

En cuanto a los indicadores de proceso, se mencionan la productividad, el rendimiento, el cuidado de enfermería no realizado, las relaciones interpersonales, la violencia física y verbal, la continuidad del equipo de trabajo, la capacidad de gestión de cambios organizacionales y el tiempo de respuesta a necesidades individuales del personal.

La dimensión de resultados agrupa el mayor número de indicadores reportados en la literatura. Estos indicadores están relacionados con el bienestar laboral e incluyen aspectos como la sobrecarga de trabajo, las horas extra trabajadas, el ausentismo, la rotación, la intención de renuncia, la atracción de personal, la satisfacción laboral, la promoción laboral, la percepción del empleado sobre el interés de sus jefes en su bienestar, así como la retención y estabilidad laboral. Además, se incluyen indicadores relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del cuidado de enfermería, como la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización, el control de enfermedades como la diabetes, la tasa de inmunización infantil, la calidad percibida por el paciente, y la mortalidad intrahospitalaria. También se destacan desenlaces asociados a la atención de enfermería, como las úlceras por presión, las infecciones relacionadas con la atención en salud y las infecciones del sitio operatorio, entre otros.

CONCLUSIONES

Existen indicadores clave en la gestión del talento humano en enfermería como competencias, condiciones laborales, productividad, dinámica del equipo, bienestar del personal y la calidad del cuidado. La implementación de estos indicadores permite monitorear y optimizar estrategias, fortaleciendo tanto el desempeño del equipo de enfermería como la atención al paciente.

268 INNOVACIÓN EN LA MEJORA DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: UN SISTEMA PARTICIPATIVO Y EFICAZ

Cerrillo Martín, Ana Isabel¹; Oñate Heredero, Carmen¹; García Gómez, Fernando¹; García Fidalgo, Beatriz¹; Sánchez-Celaya Del Pozo, Marta¹; García De San José, Sonia¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

En el contexto hospitalario, la alimentación es fundamental para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Una buena valoración de la comida influye positivamente en la evolución clínica y en la percepción de calidad del servicio y, por ende, del Hospital. La alimentación hospitalaria beneficiará al paciente solo si es suficientemente atractiva para asegurar el consumo adecuado.

OBJETIVO

General:

Mejorar la nutrición de pacientes y la satisfacción de pacientes y personal de guardia con la alimentación del Hospital.

Específicos:

Evaluar la calidad de los menús hospitalarios, identificando áreas de mejora en nutrición y experiencia sensorial.

Diseñar plan de modificaciones para mejorar la aceptación de los alimentos y adaptarlos a las necesidades de los pacientes.

Establecer proceso continuo de retroalimentación y seguimiento para garantizar la sostenibilidad y actualización de los menús según las preferencias de los pacientes.

MATERIAL

Para abordar las necesidades de mejora en la nutrición y satisfacción de los pacientes con los menús hospitalarios, se implementó un programa de catas de comida basado en un análisis exhaustivo de las Encuestas de Satisfacción de Pacientes y los Net Promoter Scores (NPS) sobre la alimentación del hospital. Este estudio emplea metodología cualitativa con enfoque de investigación-acción

RESULTADOS

Índice de participación elevado, interés de los profesionales, voz del paciente incluida (familiares).

Índice de satisfacción de pacientes con la comida 72,08%, índice de insatisfacción 9,34%. Número de pacientes insatisfechos disminuyó un 2%, la de pacientes satisfechos aumentó un 3% respecto al año anterior. Reducción reclamaciones de pacientes un 45%. Se han incluido platos saludables, adaptado consistencias para satisfacer las necesidades de pacientes con disfagia, modificaciones en recetas, menús, menaje, condimentaciones y composición de platos para satisfacer las necesidades de todos los pacientes, mejorando así la experiencia gastronómica y nutricional en el hospital.

Fase 1: Análisis Inicial

1. **Encuestas de Satisfacción** datos cuantitativos y cualitativos.
2. **Net Promoter Scores (NPS):** disposición de los pacientes a recomendar la alimentación del hospital, proporcionando una métrica adicional de satisfacción

Fase 2: Diseño del Programa de Catas

Frecuencia: semanal (dos meses), posteriormente quincenal, asegurando participación activa, continuidad y seguimiento regular (año y medio).

Participantes:

- **Primera Fase:** Dirección Gerencia y Dirección del hospital
- **Segunda Fase:** Inclusión personal sanitario (médicos, supervisoras, enfermeras, TCAES).

- **Tercera Fase:** Incorporación de familiares de pacientes.

Proceso de Cata:

1. Muestra

- **Cata Estándar:** selección aleatoria de dos bandejas representativas del menú, incluyendo todas las dietas del Hospital.
- **Catas Especiales:** intereses concretos o por solicitud de un Servicio, enfoque monográfico en la dieta concreta. Participan todos los trabajadores de la unidad y familiares interesados.
- 1. **Evaluación,** se valoran criterios nutricionales y organolépticos
- **Presentación:** Apariencia, emplatado, estado del menaje.

- **Sabor:** Aceptabilidad organoléptica.
- **Variedad:** Rotación de menús y diversidad de opciones.
- **Temperatura**
- **Valor nutricional**
- **Otros**
- 1. **Registro:** acta con acciones de mejora y planificación.

Fase 3: Implementación de Mejoras

- **Recolección y Análisis de Datos** identificando patrones y puntos críticos.
- **Propuestas de Acción,** se implantan según viabilidad.
- **Seguimiento** del impacto de las mejoras mediante nuevas evaluaciones y encuestas pacientes.

CONCLUSIONES

La implementación de catas periódicas en el servicio de alimentación hospitalaria mejora la calidad y el compromiso hacia pacientes y familias. Este enfoque integral satisface las necesidades dietéticas y el bienestar general, reduciendo reclamaciones y aumentando la satisfacción. La innovación en la alimentación hospitalaria es clave para una experiencia gastronómica y nutricional de alta calidad, contribuyendo a una recuperación más rápida y un entorno positivo. Involucrar a las familias en el proceso de cata permite una evaluación más completa y ajusta menús y recetas para que las comidas sean nutritivas y reconfortantes.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



40

275 INTEGRACIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Grau Corral, Clara¹; Aguayo Álvarez, Marta¹; Jarque Navajas, Xavier¹; Martínez Jiménez, Marina¹; Mora Salceda, Sergi¹; Martí Delgado, Ana¹

¹ Campus Hospital Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

El modelo habitual de participación ciudadana en hospitales se caracteriza por intervenciones aisladas, sin una estructura integrada.

La creación de una Oficina de atención a las asociaciones de pacientes fortalece la gestión de la participación. Establece la estrategia y aporta la infraestructura que facilita la comunicación institucional bidireccional estable en el tiempo, garantizando que las voces de pacientes y profesionales sean escuchadas y sus necesidades sean atendidas.

OBJETIVO

Promover la inclusión de las asociaciones de pacientes en los procesos hospitalarios para fortalecer la relación con los pacientes y optimizar la calidad asistencial, la experiencia del paciente, los resultados en salud y la investigación.

- Estructura: optimizar los recursos disponibles. Disponer de un registro único de entidades de pacientes y un catálogo de servicios que dé respuesta a todos los actores del sistema.
- Proceso: recoger los contactos existentes, incorporarlos al registro y aportar la sistemática para su actualización. Dar servicio como canal de comunicación bilateral institucional entre el hospital y las entidades de pacientes
- Actividad: dar solución a las peticiones, tanto de profesionales como de las asociaciones, en sus interrelaciones institucionales

MATERIAL

El proceso de implementación se estructuró en varias fases:

1. **Búsqueda de la literatura:** sobre modelos de participación en salud
2. **Análisis y planificación:** se identificaron de las necesidades de asociaciones de pacientes y profesionales a través de entrevistas y reuniones.
3. **Diseño y estructura:** se creó el registro de información que recoge asociaciones, profesionales y proyectos. La información se organiza a través de un sistema de codificación y de seguimiento de proyectos.
4. **Implementación y operativa:** se definió el circuito de solicitud de servicios para una atención proactiva y reactiva de las necesidades de los diferentes actores
5. **Evaluación:** se implementó un sistema de seguimiento, con informes trimestrales, que permiten medir la efectividad de la participación y la implementación de los servicios.

RESULTADOS

La Oficina, creada en 2022, es uno de los mecanismos clave para la integración de las necesidades y expectativas de los pacientes. Hasta febrero de 2025, la oficina ha permitido un incremento significativo en la participación de pacientes y profesionales

- Estructura: actualmente se dispone de
 - Una plataforma estructurada de registro de entidades
 - Un catálogo de servicios codificado para organizarlos y clasificarlos
 - Una comisión de lectura fácil basada en el binomio profesional-paciente.
 - Proceso: optimización de respuesta de la oficina mediante la automatización de procesos y el uso de herramientas de seguimiento, que permiten un control constante de los proyectos y la participación.
 - 432 entidades registradas, representando todas las áreas de conocimiento del hospital
 - 65 servicios definidos
 - Actividad
 - 249 proyectos colaborativos gestionados
 - 113 documentos con legibilidad mejorada y validada por la comisión de lectura fácil

El modelo ha facilitado la creación de una cultura de mejora continua, donde se evalúan y ajustan las estrategias en función de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

La creación de la oficina, el sistema de información estructurado y el enfoque proactivo en la gestión de proyectos, han sido fundamentales para mejorar la integración de las asociaciones de pacientes en nuestro día a día y garantizar una comunicación efectiva y fluida con los profesionales, promoviendo la participación activa desde los niveles más básicos de información. Este enfoque no solo mejora los resultados en salud y la calidad de la atención, sino que también fortalece el empoderamiento de los pacientes, un aspecto clave para su participación activa en el proceso asistencial, fomentando una cultura de participación equitativa y transversal que se traduce en resultados positivos alineados con las necesidades de los pacientes.

281 LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS: UN DESAFÍO CRECIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Ruiz Sainz-Aja, José Antonio¹; Cacho Crespo, Jaime¹; Pastor Del Rey, María José¹; Argos Yurrieta, María Eugenia¹; Morón Morón, Fernando¹; Serna Martínez, Carlos¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la contratación de servicios para sesiones de hemodiálisis en hospitales ha generado controversias entre la administración sanitaria y distintos operadores económicos, lo que ha llevado a la anulación de varias licitaciones. Estas licitaciones abarcaban prestaciones esenciales como el suministro de materiales fungibles (dializadores, líneas, cartuchos), equipamiento (monitores y mantenimiento), formación del personal, integración de sistemas de información y, en algunos casos, la construcción de nuevas unidades nefrológicas.

OBJETIVO

Evidenciar la complejidad y los desafíos que enfrenta la administración sanitaria en la contratación de servicios de hemodiálisis, resaltando la necesidad de revisar y mejorar los procesos de licitación para garantizar transparencia y eficiencia.

MATERIAL

Se han analizado 10 resoluciones emitidas en los últimos cuatro años por distintos tribunales contractuales (Estado, Madrid, Andalucía, País Vasco y Aragón) que han anulado licitaciones para la contratación de las prestaciones necesarias en sesiones de diálisis.

RESULTADOS

Los motivos de anulación de las licitaciones pueden sistematizarse de acuerdo a lo siguiente:

1. El establecimiento de prescripciones técnicas en términos genéricos, como la exigencia de *"un plan de formación continuada el personal sanitario"*.
2. El establecimiento de prestaciones no complementarias dentro del objeto del contrato con infracción del artículo 34.2 de la Ley de Contratos del Sector Público, como cuando se establece que *"el suministrador del fungible debe asumir la construcción de una nueva unidad de asistencia nefrológica"*.
3. La incorrecta calificación del contrato como suministro en vez de mixto cuando dentro de su objeto se incluyen prestaciones que merecen la calificación de servicio o de obra con infracción de los artículos 18 y 122 de la Ley de Contratos del Sector Público, como son *"la instalación de dos plantas de tratamiento de agua destinadas a las unidades de hemodiálisis"* o *"la adecuación de los espacios para la ubicación de los equipos cedidos"*.
4. La falta de división en lotes del contrato con infracción del artículo 99.3 de la Ley de Contratos del Sector Público, como cuando *"no se divide el contrato en lotes exigiendo que el único adjudicatario se haga cargo de todas las terapias de hemodiálisis"*.
5. La ausencia del desglose en el presupuesto base de licitación de las distintas prestaciones que se incluyen en el objeto del contrato con infracción de los artículos 100 y 102 de la Ley de Contratos del Sector Público, como cuando *"solo se presupuesta el suministro de los fungibles necesarios y no el arrendamiento de los equipos y su mantenimiento"*.
6. La falta de un precio cierto por las distintas prestaciones que se incluyen en el objeto del contrato con infracción del artículo 102 de la Ley de Contratos del Sector Público, como cuando *"solo se abona el fungible a suministrar"*.
7. El establecimiento del precio no atendiendo a los suministros entregados y recepcionados con infracción de los artículos 300, 301 y 198.4 de la Ley de Contratos del Sector Público sino en función de *"las sesiones de hemodiálisis realizadas"*.
8. El establecimiento de criterios de adjudicación que no guardan vinculación directa con el objeto del contrato con infracción del artículo 145.4 de la Ley de Contratos del Sector Público, como es *"la cesión de equipo de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO)"*.
9. Falta de justificación de los criterios de adjudicación previstos en la licitación con infracción de los artículos 116.4 y 145 de la Ley de Contratos del Sector Público.

CONCLUSIONES

La complejidad de estas prestaciones pone en evidencia los retos administrativos en la contratación de servicios especializados como la hemodiálisis. Esto subraya la necesidad de mejorar los procesos de licitación para garantizar transparencia y eficiencia.

306 MEDICIÓN DEL VALOR SOCIAL APORTADO POR UN HOSPITAL A SUS GRUPOS DE INTERÉS

González Gutiérrez, José Antonio¹; Altuna Gandarias, Arantza¹; De La Fuente Martínez, María Begoña¹; León Sáenz De Ibarra, Miriam¹; Ispizua Barayazarra, Idoia¹

¹Hospital Santa Marina

INTRODUCCIÓN

La medición del valor social ha sido un reto para todas aquellas organizaciones que generan este tipo de valor: fundaciones, ONG, empresas sociales y el Estado. Medir el valor social es mostrar el impacto de las inversiones y el rendimiento de cuentas **a los grupos de interés**. La financiación de las organizaciones sanitarias se ha visto como un gasto social, considerando sólo el beneficio de su labor asistencial. Una nueva perspectiva valora a estas organizaciones en términos más amplios, donde la calidad de la asistencia sanitaria es parte integral del valor social con múltiples beneficiarios.

OBJETIVO

Determinar el impacto económico y social del Hospital en sus grupos de interés en el año 2024, así como observar la evolución del valor social integrado del hospital.

MATERIAL

Nuestro hospital cuenta con 220 camas y presta servicios a la población residente en el Territorio Histórico de Bizkaia, algo más de 1,1 millones de habitantes, donde el 24% tiene más de 65 años. El estudio utiliza el **enfoque de valor socioemocional y la perspectiva poliédrica de la contabilidad social** en el Hospital. Un grupo de expertos compuesto por profesores Universitarios y directivos del hospital realizó un mapeo y selección de las partes interesadas, definidas como *"cualquier individuo u organismo que presta o recibe algún servicio para o por el Hospital"*. Posteriormente, se acordaron, mediante entrevistas, los aspectos del hospital que les aportan valor y los proxys que monetizan el valor aportado. En 2022 aprovechando la reflexión realizada para la elaboración del Plan Estratégico 2023-2025, se revisa el modelo, las partes interesadas, y se actualizan e incorporan nuevas variables de valor. Los resultados se presentan tanto de forma conjunta como estratificada por partes interesadas, en términos brutos, utilizando el euro (€) como unidad monetaria. Para facilitar la comprensión, se reportaron la Ratio de Retorno Socioemocional (SEROI) y la Ratio de Valor Social Integral (SROI.I). Se han identificado **9 partes interesadas** vinculadas al Hospital. A través de entrevistas dirigidas, se propusieron **12 variables de valor social** para su inclusión en los cálculos.

RESULTADOS

El valor aportado por el Hospital a sus Grupos de Interés en el año 2024 se detalla a continuación:

Partes interesadas:

- Pacientes y su entorno
- Personas (Profesionales)
- Tejido socio empresarial
- Residencias y cuidadores
- Estudiantes pre y post grado
- Entorno medio ambiental
- Administraciones públicas
- Entidades financiadoras
- Red de apoyo

Variables de valor social

- N° estancias Hospitalarias
- N° urgencias atendidas
- N° pacientes procedentes de hospitales
- N° horas de curso académico de alumnado en prácticas (pregrado)
- N° horas de curso académico de alumnado en prácticas (postgrado)
- N° visitantes
- N° estancias de pacientes no residenciales

- N° estancias de pacientes institucionalizados
- Toneladas CO2 capturadas
- N° horas de formación de profesionales
- N° comidas suministradas por el hospital y la cafetería a profesionales
- N° permisos por conciliación y otros

En este contexto, el SROI.I fue de **3,841** y el SEROI fue de **5,122**, lo que significa que de cada 100 euros que gasta el Hospital **aporta valor por 512€ a los grupos de interés**.

Valor Social de Mercado

- Valor económico directo
- Valor económico indirecto

37.988.386,39€

34.512.925,60€

3.475.460,79€

Valor Social de No Mercado

- Valor Social de Integrado**
- Valor Socioemocional**

106.049.100,50€

144.037.486,89€

192.065.655,93€

CONCLUSIONES

Se reservaba el término "bienes de capital" a aquellos cuya propiedad es transferible y aparecen en su balance. En los últimos años ya incluyen activos intangibles y no enajenables como la salud, la educación y las habilidades, que, en conjunto, forman el capital humano. Se evidencia que el Hospital ha experimentado un crecimiento continuo en su valor social, coherente con las nuevas políticas de salud que promueven la integración de la salud en todos los aspectos de la vida cotidiana y el fomento de la calidad de vida de la población. Los resultados están en consonancia con la creciente literatura, que sugiere que la atención sanitaria de calidad puede tener un impacto socioeconómico considerable más allá de los beneficios directos para la salud de las personas, contribuyendo al crecimiento económico, a la creación de empleo y a la cohesión social. Esto implica que, por cada 100 euros invertidos en el Hospital, la institución genera un valor equivalente a 512 euros para la sociedad, repartido entre las diferentes partes interesadas identificadas. No estamos exentos de limitaciones, en primer lugar, la dificultad de medir el valor socioemocional en términos monetarios. Si bien se ha intentado cuantificar este valor utilizando metodologías robustas, la cuantificación de los impactos emocionales ha sido objeto de debate en la literatura. En segundo lugar, se ha basado en la información disponible y los expertos seleccionados para la realización del análisis. Esto implica que podría no reflejar todas las perspectivas y que los hallazgos podrían ser diferentes si se incluyen otras perspectivas o fuentes de información. Proporciona evidencia sólida de que el Hospital genera un valor socioeconómico considerable para la sociedad vasca, más allá de su contribución directa a la salud de la población, reforzando la importancia de considerar un enfoque más amplio de la salud y subrayando el papel de las instituciones sanitarias como motores de desarrollo sostenible. Se necesitan más investigaciones para mejorar nuestra comprensión del valor socioemocional de las instituciones sanitarias y para explorar cómo se puede maximizar este valor para beneficio de toda la sociedad.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



43

318 MÉTODO DE DIRECCIÓN FACULTATIVA DE OBRAS

Avellaneda Zamorano, Manuel¹; Ramos, Manuel Clemente¹; García, Eduardo¹

Servicio Murciano de Salud, Hospital Virgen del Castillo de Yecla

INTRODUCCIÓN

La dirección de obras es un proceso complejo debido a la cantidad de factores implicados: empresas, trabajadores, estado del edificio, urgencia, servicios, planificación, materiales y disponibilidad. En entornos sanitarios, esta complejidad se acentúa, ya que es fundamental minimizar el impacto en la actividad asistencial.

Anteriormente, el ingeniero desempeñaba un papel central en la toma de decisiones, organización y gestión. Sin embargo, en el nuevo paradigma, la transformación viene del desarrollo de procesos de manera simultánea y autónoma mediante equipos colaborativos de distintas áreas, generando sinergias entre los diferentes servicios y optimizando la ejecución de la obra.

OBJETIVO

El objetivo es establecer un método eficaz de dirección facultativa de obras que pueda aplicarse a cualquier emplazamiento sanitario. Para ello, se implementan metodologías ágiles como Scrum, Kanban y Lean, combinadas con herramientas de planificación como paneles visuales, diagramas de Gantt y certificaciones de obra periódicas. Esto permite que todos los involucrados en el proceso dispongan de información actualizada y clara sobre cada actuación y fase de la obra.

MATERIAL

En obras hospitalarias, la gestión del espacio y del tiempo es crucial, ya que cualquier intervención puede afectar el normal funcionamiento de los servicios sanitarios. Para reducir el impacto, es fundamental definir de antemano el resultado final deseado. En este sentido, la planificación y la organización de los tiempos medios de ejecución juegan un papel clave.

Cuando surge la necesidad de una obra, el ingeniero responsable elabora un documento en el que detalla la justificación de la intervención y las especificaciones del producto final. A partir de esta documentación, se realiza una solicitud de presupuestos a cinco empresas constructoras simultáneamente. Posteriormente, se selecciona al contratista más adecuado, quien será responsable de coordinar otros servicios asociados a la obra.

Para evitar retrasos, es esencial prevenir los denominados "cuellos de botella", que pueden deberse a falta de personal, materiales especializados o problemas logísticos. Con una correcta planificación, se calcula el tiempo estimado de duración de la obra y la restauración del servicio afectado. En este proceso, la construcción de tabiques provisionales permite aislar las zonas de trabajo del resto del hospital, garantizando la continuidad asistencial.

El éxito del método radica en la coordinación entre los distintos actores involucrados, como gerencia, dirección médica, dirección de enfermería, dirección de gestión y servicios generales, medicina preventiva, prevención de riesgos laborales, ingeniería, mantenimiento, seguridad, limpieza y personal subalterno. Todo ello con el apoyo de SAP ERP. Su colaboración es clave para minimizar interferencias y garantizar la eficiencia del proceso.

RESULTADOS

El método desarrollado permite una gestión eficiente de las obras en entornos sanitarios, asegurando que se lleven a cabo sin afectar el rendimiento del centro ni interrumpir la actividad asistencial. La elección adecuada de contratistas y la eliminación de cuellos de botella previenen retrasos y optimizan recursos.

A diferencia de otros enfoques que buscan mitigar los problemas durante la ejecución, este método aborda las causas de las interrupciones, permitiendo una alternativa en la que el impacto sobre el funcionamiento del hospital sea mínimo. Esto se traduce en beneficios para el personal sanitario y no sanitario, pacientes y familiares, quienes apenas perciben la realización de las obras. Además, el sistema garantiza que las intervenciones se completen en el menor tiempo posible y con un coste optimizado.

CONCLUSIONES

El modelo propuesto mejora la dirección de obras mediante una planificación estratégica, sinergias colaborativas y una gestión eficiente de recursos. Su aplicación reduce interrupciones, optimiza tiempos y garantiza la eficacia del proceso, permitiendo que las obras se desarrollen de forma ágil y con el menor impacto en la actividad sanitaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



44

326 MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD, SEGURIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS EN LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTÍNUA

Delgado Alonso, José Emilio¹; Azor Portoles, Raquel¹; Rial Beiro, Olga¹

¹ Institut Català d'Oncologia

INTRODUCCIÓN

El modelo organizativo de enfermería de nuestro centro tiene la misión de individualizar la prestación y la gestión de los cuidados a la situación de cada persona, a su edad, sus características y circunstancias, con la máxima calidad. Se fomenta el desarrollo adecuado del ejercicio profesional garantizando la formación de las enfermeras. Promovemos el método científico, la práctica reflexiva y la evidencia clínica para la prestación de cuidados a las personas y familias atendidas en nuestro centro.

OBJETIVO

Trabajar en la mejora continua basada en los resultados clínicos mediante la monitorización y análisis de indicadores enfocados a garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente

MATERIAL

Se establecen una serie de indicadores de seguridad y calidad, así como de consumo de recursos, que obtenemos de los registros de la historia clínica electrónica. Explotamos los datos semestralmente y trasladamos la información a las distintas responsables de enfermería de las unidades para hacer difusión de resultados de estos indicadores en sus respectivas reuniones de equipo. Nuestros indicadores miden: número y tasa de úlceras por presión; número y tasa de caídas y número y tasa de flebitis. También medimos: dolor, bacteriemia, agitación o delirio, informes de alta de enfermería y riesgo de deterioro agudo. En cuanto a los indicadores de consumo de recursos, medimos la intensidad de cuidados para conocer la ratio enfermera paciente necesaria y así poder hacer una previsión que garantice una cobertura segura a la hora de confeccionar las plantillas. Por último, obtenemos valores de la rotación presencial de enfermería y de técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) para conocer la media de profesionales que atienden a un paciente.

RESULTADOS

La explotación regular de los resultados de cada uno de los indicadores nos permite conocer nuestra respuesta en las distintas áreas. Esta información la utilizamos como herramienta de mejora continua al vincularla a los contratos de gestión de los servicios y las Direcciones por objetivos (DPO) de los profesionales. Se establecen bandas de consecución con valores por encima de los conseguidos previamente en aquellos indicadores que desde la dirección de calidad y la dirección de enfermería se considera necesario mejorar o no estén dentro de los estándares. Como ejemplo, hemos incluido la bacteriemia, ya que el pasado año tuvimos una tasa de 0.52%, cuando nuestro objetivo es el 0.46%. Este seguimiento irá acompañado de una revisión del protocolo de colocación y cuidado de catéter. Un ejemplo distinto son las altas de enfermería. En 2023 un 58.6% de episodios la tenían. En 2024, llegamos al 75.48% y en 2025 lo hemos incluido en contrato de gestión partiendo de un estándar de consecución del 90%. Por otro lado, un ejemplo de buen funcionamiento del modelo es el de la tasa de úlcera por presión durante el ingreso. Partiendo de un estándar <6%, la disminuimos cada año hasta el 1.37% actual.

CONCLUSIONES

La monitorización de los indicadores de calidad y seguridad de la actividad enfermera constituye una herramienta fundamental en la evaluación de la práctica y de mejora continua en los cuidados de los pacientes. La difusión de esta información a todos los profesionales de enfermería fomenta su participación en la consecución de los objetivos encaminados a mejorar resultados. Finalmente, los indicadores de consumo de recursos se revelan como una herramienta estratégica en la planificación de los equipos de enfermería, así como en la adherencia de los profesionales a los propios equipos.

370 PLATAFORMA DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA LA MONITORIZACIÓN REMOTA Y MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Benavides Moya, Rolando Gabriel¹; Torres Francin, María Jesús²; Romero Aguilar, Núria³; González Martínez, Xavier⁴; Manaut Deuñas, Rosa²; Batlle Roca, Manel¹

¹ Hospital Universitario de Bellvitge; Hospital Universitario de Bellvitge y Atención Primaria; ³ Atención Primaria Metropolitana Sud I Penedés (ICS)

INTRODUCCIÓN

El aumento en la complejidad de los pacientes y la necesidad de mantener estándares de calidad en la atención sanitaria han impulsado la búsqueda de soluciones digitales. En este contexto, las organizaciones están promoviendo la participación del paciente y la implicación del profesional para optimizar los procesos asistenciales. Dentro del proyecto de transformación digital y en el contexto de la atención integrada, se ha desarrollado una plataforma de empoderamiento del paciente que integra herramientas de telemedicina y monitorización remota con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la gestión sanitaria.

OBJETIVO

Diseñar e implementar una plataforma digital escalable, que permita mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas y complejas, y promueva su empoderamiento y participación activa. Se busca optimizar la interacción entre pacientes y profesionales mediante herramientas de telemedicina, la monitorización de indicadores de salud y la evaluación de la experiencia del paciente

MATERIAL

La plataforma está dirigida a pacientes con enfermedades crónicas complejas, neurodegenerativas y agudas con necesidades de rehabilitación. Se han identificado indicadores clave para evaluar su estado de salud mediante el envío de contenido personalizado y la recopilación de datos. Los principales elementos medidos incluyen:

- Cuestionarios de experiencia del paciente (PREMs, Patient-Reported Experience Measures) como IEXPAC.
- Cuestionarios de resultados en salud (PROMs, Patient-Reported Outcome Measures) como EQ-5D-5L e IPAQ.
- Registro de biomedidas (peso, frecuencia cardíaca, tensión arterial).
- Evaluación de la interacción con materiales educativos.
- Análisis de usabilidad mediante el cuestionario SUS (System Usability Scale).

La plataforma se compone de dos herramientas:

- Herramienta de gestión de contenido: permite la creación de perfiles de pacientes asociados a patologías, o situaciones clínicas, con acceso a cuestionarios, consejos, noticias y ejercicios, los cuales pueden ser prescritos por los profesionales de salud. Además, permite la configuración de alertas destinadas a paciente o profesional en base a las respuestas de los cuestionarios.
- Web App del paciente: permite la visualización y cumplimentación de cuestionarios, el acceso a materiales educativos y la recepción de alertas según los datos reportados.

RESULTADOS

- Desarrollo e implementación de una plataforma digital que facilita la interacción entre pacientes y profesionales.
- Integración de cuestionarios estructurados y recolección de biomedidas automáticas mediante dispositivos de monitorización.
- Reducción del uso de llamadas telefónicas y ficheros manuales para la recopilación de datos.
- Mejora en la personalización del seguimiento de pacientes según su patología y estado de salud.

CONCLUSIONES

La plataforma desarrollada representa un avance en la digitalización de la atención sanitaria, permitiendo una monitorización remota eficiente y centrada en el paciente. La escalabilidad del sistema facilita su aplicación en diversas patologías, permitiendo una atención más personalizada y basada en la evidencia disponible. La integración de datos estructurados y validación de contenido por parte de profesionales minimiza el riesgo de uso de fuentes no oficiales, contribuyendo a una mejor calidad asistencial. Este modelo de atención se alinea con la transformación digital y la optimización de recursos, promoviendo una gestión sanitaria más eficiente y sostenible.

387 PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA

Olivera Cañadas, Guadalupe¹; Izquierdo Rubio, Sonia²; Pujol, Bengoechea³; Álvarez Blanco, Antonio²; Quinteiro García, Ana Isabel²; Rodríguez Cerrillo, Matilde²

¹ SERMAS; ² Hospital Clínico San Carlos; ³ Centro Salud Espronceda

INTRODUCCIÓN

El servicio de digestivo es uno de los más solicitados por atención Primaria (AP), representando el 7% de primeras consultas en 2024 en nuestro hospital. Entre las diversas secciones de consulta, la de hepatología no solo enfrenta una demora significativa en el acceso, sino que muchos pacientes derivados podrían ser evaluados en AP, como es el caso de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica.

Esta enfermedad es la más común entre las hepáticas crónicas, con una prevalencia del 20-30% en la población general y del 60-80% en grupos con riesgo metabólico. Involucra una amplia gama de manifestaciones hepáticas, desde esteatosis hepática hasta esteatohepatitis y cirrosis. Tanto la esteatosis simple como la esteatohepatitis pueden progresar a fibrosis sin síntomas aparentes. La fibrosis avanzada aumenta el riesgo de mortalidad y complicaciones hepáticas. Para detectar fibrosis hepática, se utilizan métodos como el marcador FIB 4 y técnicas de imagen como el Fibroscan, actualmente no disponibles en AP. La mayoría de los pacientes con esteatosis hepática solo necesitan seguimiento y medidas preventivas de control metabólico, con eficacia demostrada. Acceder a estas herramientas y mejorar el conocimiento de la patología en AP es esencial para una derivación adecuada y una evaluación integral de estos pacientes.

OBJETIVO

- Identificar adecuadamente a pacientes con esteatosis grasa no alcohólica.
- Realizar un diagnóstico temprano de enfermedades hepáticas específicas.
- Establecer circuitos que coloquen a cada paciente en el nivel asistencial correcto.
- Evitar consultas poco eficientes que generan listas de espera innecesarias, retrasando la atención especializada.

MATERIAL

1. Fase de planificación:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (digestivos, endocrinos, inmunólogos, análisis clínicos, enfermería especializada, enfermería de AP, médicos de familia y directivos).
- Revisión bibliográfica actualizada y análisis de necesidades y barreras en AP para el seguimiento de estos pacientes.

2. Fase de ejecución:

- Reuniones periódicas para elaborar un documento de consenso con protocolos de actuación, difusión, implementación y seguimiento.

RESULTADOS

- Elaboración de un protocolo de evaluación multidisciplinar con algoritmos y fichas de actuación según el ámbito asistencial, pruebas a realizar y criterios de derivación.
- Acceso en AP a determinaciones analíticas como autoanticuerpos y el score FIB 4.
- Posibilidad de solicitar Fibroscan basado en valores de FIB 4.
- Documento para difusión e implantación, presentando el programa a centros de salud, curso de actualización y sesiones de difusión del protocolo.
- Plan de seguimiento con monitorización a través de indicadores.

CONCLUSIONES

- La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica es común y, muchas veces, manejable en AP, evitando derivaciones innecesarias.
- La falta de herramientas diagnósticas en AP dificulta la detección temprana de fibrosis, resaltando la necesidad de mejorar recursos en este nivel asistencial.
- Un grupo de trabajo multidisciplinar permitió diseñar un protocolo que optimiza el manejo de pacientes, mejorando la derivación a especializada.
- La implementación de un circuito asistencial definido, junto a la formación de profesionales de AP, conducirá a un diagnóstico precoz y manejo eficaz de la enfermedad.
- La evaluación mediante indicadores asegurará la adecuación y sostenibilidad del protocolo.

410 RESULTADOS DE UN SISTEMA DE GESTION PDCA ADAPTADO A DISTINTOS NIVELES ESTRATÉGICOS

Martín Losada, Laura¹; Caballero Nahum, María¹; García Ibor, Marta²; Sánchez García, Marta¹; Salazar De La Guerra, Rosa María¹; Alonso Corral, Santiago¹

¹Hospital Asociado Universitario Guadarrama; ²PDCA Operations

INTRODUCCIÓN

La sociedad española tiende a la longevidad y a la cronicidad de la enfermedad. Además, las secuelas posteriores a determinados eventos agudos de salud que requieren hospitalización suelen desencadenar incapacidad funcional en personas de edad avanzada, con pluripatología y fragilidad, la cual impide el alta al domicilio. A menudo, estas personas requieren de una hospitalización en media estancia para garantizar una continuidad asistencial que incremente su autonomía y facilite el regreso a la comunidad. La necesidad de este tipo de recursos toma un mayor protagonismo, por lo que la gestión hospitalaria debe optimizar este recurso manteniendo la calidad asistencial, agilizar la toma de decisiones para obtener un mayor impacto positivo en la salud de las personas y poder dar cobertura a la demanda poblacional, así como contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Este paradigma requiere la realización de cambios organizativos y en los métodos de trabajo, por ello, este hospital implementó cambios en su sistema de gestión que implicaban tanto a los profesionales como a los gestores en la consecución de objetivos y la toma de decisiones.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y eficiencia de los cambios de gestión implementados con ciclos PDCA adaptados a los niveles estratégicos de gestión.

MATERIAL

Se realizó un análisis basal de la Unidad de Recuperación Funcional de un hospital de media estancia, que incluyó los datos de indicadores clave, la actividad de sus profesionales, y los métodos utilizados para gestionar la asistencia. Se implementaron cambios en las dinámicas de trabajo y en la gestión de pacientes basados en ciclos PDCA de distinta duración en función de la naturaleza de su nivel estratégico y rol (profesional directo, mando intermedio, directivo) entre abril de 2022 y abril de 2023. Variables: ocupación de la sala de rehabilitación, ganancia funcional (principal), estancia media, eficacia, eficiencia, demográficas. Instrumentos. Índice de Barthel. Se analizaron los resultados de ocupación del servicio de rehabilitación, la ganancia funcional obtenida y la estancia hospitalaria de forma descriptiva después de la implementación, se representaron con medianas y percentiles. Se completó con un análisis comparativo de los datos previos (2018-2019) y posteriores (2023-2024) a la misma, con el test de rangos apareados de Wilcoxon.

RESULTADOS

Mediana edad 80 (P25:73-P75:87) años, >60% mujeres. Ocupación final sala de rehabilitación=85%. Mediana ganancia funcional: previa=18 (P25:0-P75:35) Vs. posterior=30 (P25:15-P75:45) puntos en Índice Barthel; $p<0,001$. Mediana estancia: previa=35 (P25:28-P75:45) Vs. posterior=32 (P25:26-P75:42) días; $p=0,008$. Eficacia: previa=44,44% (P25:0-P75:75) Vs. posterior=66,67% (P25:33,33-P75:100); $p<0,001$. Eficiencia: previa=0,47 (P25:0-P75:1,03) Vs. 0,88 (P25:0,43-P75:1,38); $p<0,001$.

Además, las nuevas dinámicas se han integrado en la actividad habitual y se ha conseguido agilizar la toma de decisiones en tiempo real sobre el paciente ingresado. A partir de estos resultados, se han incluido indicadores nuevos que permiten cruzar datos del paciente para optimizar los cuidados y que serán valorados en un estudio posterior.

CONCLUSIONES

El sistema de gestión adaptado a distintos niveles estratégicos mejoró la eficacia y eficiencia de un hospital de media estancia. Se obtuvo un incremento de los resultados en salud para los pacientes minimizando el tiempo de hospitalización.

424 SISTEMA DE INFORMACIÓN, CONTROL Y TRAZABILIDAD TEXTIL EN UN HOSPITAL

Moreno García, Concepción¹; Andrés Ortega, Begoña Inmaculada²; Blanco Gómez, Antonio²; García Gómez, Antonio Joaquín²; Ruano Ruano, Vanesa²; Requena Tomás, Pilar²

¹ GAI de Almansa; ² Hospital General de Almansa

INTRODUCCIÓN

Aprovechando una nueva licitación para el Servicio de Lavandería externa, tras varios años prestándose el servicio a través de una Lavandería Pública, se decide incluir un sistema para conseguir una trazabilidad total de la ropa que gestionamos.

OBJETIVO

Conseguir una trazabilidad total de las prendas que se gestionan en la Gerencia. Incluyendo todos los equipos, software, instalación, puesta en marcha y mantenimiento durante todo el periodo de la prestación del servicio.

MATERIAL

Realización de un análisis previo de nuestras necesidades y de los sistemas implantados para conocer cual cubría mejor nuestras necesidades.

Visita in-situ de sistemas implantados en entornos hospitalarios.

Se hizo por tanto una buena y completa definición de pliegos, analizando las diversas soluciones del mercado y la que mejor podía cubrir nuestras necesidades.

Se licito un expediente de contratación por procedimiento abierto para a un periodo de cuatro años para conseguir amortizar un sistema para la trazabilidad y control de la ropa.

Se dedico una parte de nuestro presupuesto, a financiar, a través del precio del kilo de ropa lavada, para amortizar el sistema.

RESULTADOS

Hemos conseguido implementar el sistema consiguiendo los siguientes resultados:

- Dispensación a través de un kiosco de la ropa de uniformidad a personal
- Instalación de un software de Gestión con completa información de consumos diarios por servicios, entrada y salida de ropa lavada, pérdidas de ropa etc
- Control de fugas
- Automatización de procesos, reducción de tiempos y errores manuales.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de este sistema ha permitido que podemos tener una trazabilidad total de la ropa con control exacto de consumos, conocer la cantidad de ropa limpia/sucia, controlar las fugas y por tanto conseguir una gestión completa del Servicio de lencería.

[AT1](#)[AT2](#)[AT3](#)[AT4](#)[AT5](#)[COMUNICACIONES ORALES](#)[PÓSTERS](#)[AT1](#)[AT2](#)[AT3](#)[AT4](#)[AT5](#)

49

431 TALLERES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIARES

Rodríguez Tardío, M. Teresa¹; Fernández Moreno, Óscar¹; Merino Molina, Sandra¹; Gallardo Sánchez, Gema¹; Otero Gómez, María Eugenia¹; Serrano Rodríguez, Paula¹

¹ Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

El aumento de la incidencia y prevalencia del cáncer, así como su cronicidad y largos supervivientes con secuelas físicas y psicológicas del proceso y sus terapias específicas nos obligan a replantear nuestra atención en múltiples esferas que suponen un reto para la sostenibilidad del sistema y su equidad.

Amparado por nuestro hospital, formando parte de un gran proyecto desarrollado por más de cien profesionales colaboradores y fuera de nuestro horario asistencial, nos planteamos, la realización de talleres donde ofrecer herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares.

OBJETIVO

Buscar el bienestar y “bienser” de los pacientes con cáncer y atender de forma más eficaz y eficiente los problemas físico-psico-sociales más prevalentes de esta población mejorando su calidad de vida.

Promover la transición del paciente hacia una vida lo más saludable posible de manera integral: control clínico-psicológico y adaptación personal, familiar, social y laboral.

Facilitar el acceso a una atención médico-psico-social de calidad.

Promover hábitos de vida saludables.

Promocionar la investigación en cáncer, calidad de vida asociada y sus tratamientos.

MATERIAL

En primer lugar, creamos un Comité de talleres dentro del proyecto, con reuniones periódicas, para lograr una óptima organización. Desde junio de 2024 comenzamos los Talleres para pacientes oncológicos basándonos en las 14 áreas de atención derivadas de la evaluación del paciente.

La metodología planteada para la realización del taller:

- Búsqueda de los profesores expertos para impartir los talleres.
- Desarrollo de formulario con los campos: Título, dirigido a..., objetivos, fundamentos, periodicidad, número de participantes, estructura, programa..., a rellenar por los docentes.
- Segundo formulario para la inscripción de cada taller enviándolo a los pacientes idóneos.
- Diseño de cartelería para cada taller con QR para inscripción y colocación en sitios estratégicos del hospital.
- Publicación en web y redes sociales.
- Acogida a los pacientes en el hall del hospital para fomentar la cercanía.
- Desarrollo de documento para la encuesta de satisfacción.
- A los pacientes de talleres de ejercicio terapéutico se les envía, para cumplimentar, el Cuestionario internacional de actividad física.
- Dossier con datos para proyectos de investigación.

RESULTADOS

Hasta el momento, hemos realizado nueve talleres, contando con 138 participantes y un 4,9 sobre 5 de media en las encuestas de satisfacción.

CONCLUSIONES

El desarrollo de nuestros talleres dentro de nuestro proyecto supone un cambio de mentalidad institucional hacia una atención centrada en el paciente que parte de las propias experiencias de los pacientes con intención de mejorar de manera continua su calidad de vida.

Con una forma de trabajo multidisciplinar y transversal, quiere promover hábitos de vida saludable y generar conocimiento para fomentar la prevención e intervención precoz en problemas previsibles y potenciar la accesibilidad a la información mediante talleres participativos donde el paciente pasa a convertirse en paciente experto para una adaptación personal, familiar, social y laboral.

Por otro lado, gracias a estos talleres, podemos recopilar datos de interés para llevar a cabo proyectos de investigación que fomenten la investigación del cáncer.

488 NIÑOS QUE NUNCA SE CURAN... NECESIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Martínez Guirao, Juana María¹; Montosa García, Raquel¹; Iniesta Alcaraz, Javier¹; Beteta Fernández, Dolores¹; Pereda Mas, Arturo¹; De Mulder Muylaert, Celine Alice¹

¹ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La tecnificación de la medicina y las nuevas terapias han reducido la mortalidad infantil, pero han incrementado la prevalencia de enfermedades graves e incurables en niños. Los pacientes pediátricos con necesidades sanitarias especiales representan el 13-18% de todos los niños, pero suponen más del 80% del coste total de la asistencia pediátrica. Es crucial que todas las enfermeras involucradas en la atención de estos pacientes sean especialistas en pediatría para asegurar una atención de calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO

1. Proveer una atención pediátrica especializada, integral e integradora a niños y adolescentes con enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas, así como a sus familias, en diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, hospitalaria y domiciliaria), manteniendo la continuidad del proceso de enfermedad y una atención de calidad.
2. Asegurar que todas las enfermeras involucradas en la atención de estos pacientes sean especialistas en pediatría, garantizando así un manejo adecuado y especializado de las enfermedades crónicas complejas.

MATERIAL

- **Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar:** Reuniones periódicas.
- **Fase preliminar:** Revisión de documentación, valoración de necesidades de las áreas de salud en relación con el paciente crónico complejo pediátrico, redacción de cronograma.
- **Plan de trabajo:** Definición de paciente crónico complejo pediátrico, elección y modificación de escalas de valoración, establecimiento de pediatras responsables y enfermeras gestoras de casos en cada área de salud, creación de circuitos de citación, agendas, interconsultas intrahospitalarias y regionales, y rutas de hospitalización domiciliaria.

RESULTADOS

En junio de 2023 se iniciaron las valoraciones por gestores de casos y pediatras responsables, incluyendo a 146 niños con enfermedades crónicas complejas en todas las áreas de salud de Murcia. El seguimiento se coordina con atención primaria o se asume en la Unidad Regional según el nivel de complejidad. De estos, 65 niños de alta complejidad reciben hospitalización domiciliaria con atención 24/7, y se atendieron 8 casos de final de vida en domicilio en el último año. En noviembre de 2023 se inauguró la planta de hospitalización de la Unidad Regional con 8 habitaciones individuales, 112 ingresos hasta mayo y una estancia media de 11-14 días según la complejidad. El hospital de día realiza una media de 2.6 procedimientos diarios.

CONCLUSIONES

La atención especializada en una unidad de crónicos complejos de pediatría es esencial para proporcionar un cuidado integral y de alta calidad a estos pacientes, mejorar sus resultados clínicos y apoyar a sus familias en el proceso.

508 CONSOLIDACIÓN Y EVALUACIÓN DEL AVANCE ESTRATÉGICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Montserrat I Capella, Dolors¹; Cazallo Navarro, Pablo¹; Ruiz Entrecañales, Carolina¹; Moral Moraleda, Crsitna²; San Nicolás Medina, Alejandro³; Cuchi Alfaro, Miguel¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ²Hospital Universitario de Móstoles; ³Tu Consultor

INTRODUCCIÓN

El hospital actúa bajo estándares clínico-asistenciales y requisitos de gestión, guiado por estructuras de referencia como el modelo EFQM, en el que ha sido evaluado desde 2016. La revalidación en 2024 llevó a diseñar un plan de trabajo con asistencia técnica externa, coordinado por la unidad de Calidad, para perfeccionar y mejorar el despliegue de los retos prioritarios 2023-2025.

En 2021, se definieron tres líneas estratégicas (LE). LE1: Cultura de gestión homogénea: Aumentar las áreas que implantan la cultura de gestión.

Alcanzar al 50% de las áreas en tres años LE2: Hospital Sostenible alineado con la Propuesta de Valor: Basado en el sistema de gestión medioambiental, la seguridad del paciente y otros.

Integrar los elementos de la propuesta de valor al 20% de los servicios. LE3: Tecnología al servicio del paciente y profesional: Atención humanizada en todos los procesos asistenciales.

Incorporar un 30% anual de la tecnología disponible.

El despliegue se realizó mediante los Contratos de Gestión anuales con servicios/unidades.

OBJETIVO

Analizar la efectividad de la estrategia implementada durante un período de tres años.

MATERIAL

Para cada línea estratégica se elaboraron indicadores, algunos sintéticos, para conocer el avance y la consecución de los objetivos.

Para evaluar la LE1 se utilizó la Memoria Estructurada Anual de los servicios para definir los indicadores relacionados con el Contexto 3, Liderazgo 1, Planificación 1, Operaciones 1 y Evaluación del Desempeño 2. La fórmula utilizada fue el porcentaje de servicios/unidades que cumplen con cada indicador, con una medición anual que comenzó en 2022.

Los indicadores de la LE2 se elaboraron a partir de diferentes fuentes de información, como la Memoria, datos de gestión medio ambiental y formación. Se clasificaron en categorías como seguridad 3, humanización 2, innovación 3, profesionalidad 5 y equipo/organización 6. La fórmula utilizada fue el porcentaje de servicios/unidades que cumplen con cada indicador, con una medición anual que comenzó en 2022.

Durante este periodo, se reorientó el objetivo de la LE3 desde la dirección de Innovación. Se diseñó un marco de transferencia de valor de investigación e innovación para monitorizar el progreso en la gestión de las actividades y proyectos en ese ámbito. Para medirlo, se diseñó y pasó una encuesta que permitió establecer siete indicadores 7 para la medición de la LE3. El objetivo se definió para cada uno de los indicadores siendo la media cumplimiento para la línea del 52%. La fórmula utilizada fue el porcentaje de servicios/unidades que cumplen con cada indicador, con una medición anual que comenzó en 2024.

RESULTADOS

Los resultados globales fueron:

LE1. Promedio del año, 2022: 69%, 2023: 79%, 2024 pendiente.

LE2. 2022: 65%, 2023: 74%, 2024 pendiente, en este momento solo disponibles 6 indicadores. Se ha conseguido el objetivo en todos los indicadores de la línea hasta 2023 y los disponibles de 2024.

LE3. Se ha conseguido el 100% de la meta en 6 de los 7 indicadores. La media de consecución de todos ellos del 59%.

CONCLUSIONES

Se han alcanzado los objetivos de las líneas estratégicas, aunque se está a la espera de datos 2024. En la LE1 y LE2, se han cumplido todos los indicadores, destacando el progreso en la gestión y sostenibilidad del hospital. La implementación de la LE3 ha comenzado con éxito.

El cambio de objetivo en la LE3 mostró la adaptabilidad del hospital, logrando resultados positivos en seis de los siete indicadores. El hospital sigue avanzando y fortaleciéndose hacia su Visión mediante las tres líneas estratégicas.

518 COMISIÓN QUIRÚRGICA SEMANAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE EFICIENCIA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL I

Sánchez Gila, María Del Mar¹; Alkourdi Martínez, Amira¹; Sola García, Miguel¹; Vilchez López, José María¹; Liñán López, Manuel¹; García Rescalvo, María Angeles¹

¹ Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

En hospitales de nivel I, la gestión eficiente del bloque quirúrgico representa un desafío estructural debido a recursos limitados y alta presión asistencial. Esta gestión requiere una estrecha coordinación entre múltiples servicios tanto asistenciales como no asistenciales.

Los retos a los que nos enfrentamos son muy variables dependiendo de la especialidad, la baja utilización de quirófano, la falta de homogeneidad de criterios para priorizar pacientes a intervenir, duplicidad en citas para preoperatorio y preanestésicos caducados, retraso y suspensiones en cirugías por ineficiente gestión de camas.

OBJETIVO

Consolidar un modelo de coordinación semanal mediante una Comisión Quirúrgica multidisciplinar y un protocolo consensuado de programación, con el fin de optimizar el uso de quirófanos y mejorar la comunicación entre servicios asistenciales.

Mejorar el índice de utilización del área quirúrgica, establecer criterios objetivos de priorización y optimizar los flujos pre y postoperatorios mediante la implantación de una comisión interdisciplinar de planificación y comunicación.

MATERIAL

Se estableció una comisión quirúrgica con reuniones semanales, integrada por representantes de los servicios quirúrgicos, anestesia, enfermería, admisión, celadores y subdirección médica.

Paralelamente, se diseñó un protocolo de programación quirúrgica que define criterios clínicos para priorizar pacientes y establece tiempos estimados por procedimiento. Esta información se comparte mensualmente con las unidades implicadas para facilitar la planificación.

Se constituyó una comisión quirúrgica con reuniones semanales (30-40 minutos), liderada por la subdirección médica, con participación de todos los servicios quirúrgicos, anestesia, reanimación, enfermería de quirófano, celadores, servicios transversales y cargos directivos.

Las estrategias aplicadas incluyeron:

- Envío mensual de listados de pacientes priorizados según criterios clínicos consensuados, pacientes garantizados fuera de plazo, pacientes oncológicos, preferentes y pacientes no garantizados con demoras superiores a 500 días.
- Planificación mensual de quirófanos compartida entre todos los implicados.
- Adecuación de agendas de preoperatorio para evitar visitas innecesarias a anestesia.
- Revisión continua de incidencias y áreas de mejora detectadas en tiempo real.
- Revisión de suspensiones no justificadas.
- Actualización de protocolos, y concienciación de estrategias de seguridad en el ámbito quirúrgico.

RESULTADOS

Tras su implantación, se ha logrado una mejora en la previsión de agendas quirúrgicas, una reducción de conflictos por solapamientos o criterios poco homogéneos, y una mayor transparencia y equidad en la asignación de recursos.

La percepción de los equipos respecto a la planificación ha mejorado notablemente, según evaluación cualitativa interna.

Los profesionales valoran positivamente la existencia de criterios claros y compartidos para priorizar pacientes. Se ha observado una mejora del índice de utilización quirúrgica, optimización de la gestión de citas de preanestesia y camas, así como una revisión y actualización de procedimientos relacionados con la seguridad quirúrgica.

CONCLUSIONES

La instauración de espacios formales de coordinación y protocolos consensuados entre stakeholders es una herramienta eficaz para mejorar la eficiencia del bloque quirúrgico, incluso en entornos con recursos limitados. El liderazgo clínico y la participación activa de los profesionales son clave para su sostenibilidad que, sumado al compromiso y participación de los equipos, ha permitido instaurar una dinámica de trabajo colaborativa que mejora la eficiencia del bloque quirúrgico y la satisfacción de los profesionales. La comisión semanal se ha consolidado como un espacio clave de gobernanza operativa en cirugía, en el que se establecen vías de comunicación ágiles entre todos los implicados en el proceso quirúrgico.

519 REPENSANDO LA GESTIÓN HOSPITALARIA: LECCIONES DE LAS ESCUELAS DE NEGOCIOS EN ENTORNOS DE SIMULACIÓN

Cuchi Alfaro, Miguel Ignacio¹; Pérez-Arechaederra, Diana²; Ballesteros Ortega, Daniel¹; Palimar Laxmish, Shrilaxmi²; Figueira, Helaine²; García Pondal, Julio Jesús¹

¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ESCP BUSINESS SCHOOL

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como un pilar esencial en la educación médica, proporcionando a los profesionales sanitarios un entorno de aprendizaje seguro y altamente realista. A través de esta metodología, es posible desarrollar competencias técnicas y de toma de decisiones sin comprometer la seguridad del paciente. Diversos estudios han demostrado que el aprendizaje basado en simulación es más efectivo que los métodos tradicionales, favoreciendo una retención más eficiente de conocimientos y habilidades.

En el contexto de la gestión hospitalaria, la innovación y la adaptación a nuevas tecnologías son fundamentales para enfrentar los desafíos del sector. Tradicionalmente, las unidades de simulación se han centrado en el entrenamiento clínico, pero su potencial estratégico en la toma de decisiones y el liderazgo organizacional está emergiendo con fuerza. Desde la perspectiva de las escuelas de negocios, estas unidades pueden ser clave en la optimización operativa, el análisis de escenarios complejos y el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.

En este marco, el Hospital en cuestión ha impulsado la evolución de su actual Unidad de Simulación hacia el **Centro de Innovación, Formación y Seguridad del Paciente (CIASP)**. Para ello, se estableció una colaboración con una **Business School internacional**, a través de la cual estudiantes de un Máster en Gestión de Proyectos Digitales y Consultoría participaron activamente en el proceso de transformación durante el período de enero a marzo de 2025.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es fortalecer el posicionamiento del hospital como un referente nacional e internacional en simulación médica, innovación y seguridad asistencial. Además, se plantea un segundo objetivo lograr que el CIASP alcance la sostenibilidad financiera a través de un modelo de autofinanciación.

MATERIAL

Para la ejecución del proyecto, se estableció una estrecha colaboración entre un equipo multidisciplinario de consultores (compuesto por cuatro estudiantes con diferentes formaciones académicas) y los equipos del hospital, incluyendo al director del CIASP, el director médico de innovación y una ingeniera biomédica.

Las fases del estudio incluyeron:

1. **Revisión y análisis** de la información proporcionada por el hospital.
2. **Evaluación de referencias y benchmarking**, considerando iniciativas similares en hospitales con características comparables.
3. **Desarrollo de un análisis DAFO** para identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del proyecto.
4. **Elaboración de un modelo estratégico y financiero**, que incluía propuestas de servicios, análisis de competencia, estructura de ingresos y estrategias de marketing.

RESULTADOS

Como resultado del análisis, se estableció un nuevo enfoque para el CIASP, ampliando su alcance y servicios. Entre las principales líneas estratégicas identificadas se destacan:

- Expansión de servicios dirigidos a **universidades, empresas de tecnología médica (MedTech) e instituciones sanitarias**, ofreciendo programas formativos de alta calidad y certificaciones especializadas.
- Desarrollo de un **modelo financiero sostenible**, con un desglose detallado de fuentes de ingresos, estrategias de precios y proyección de rentabilidad.
- Implementación de un **sistema de reservas digitalizado**, cuyo manual de instrucciones fue incluido en el informe final del proyecto.

Este nuevo modelo de gestión no solo mejorará la capacitación de los profesionales sanitarios, sino que también garantizará la viabilidad económica del CIASP, permitiéndole operar de manera autosostenible a largo plazo.

CONCLUSIONES

Este proyecto representa una iniciativa innovadora al combinar la experiencia de una **escuela de negocios** con la de un hospital universitario público, estableciendo un puente entre dos mundos tradicionalmente separados: la gestión empresarial y la asistencia sanitaria.

Los principales logros de esta colaboración incluyen:

- La transformación del CIASP en un **referente en simulación médica y formación hospitalaria**.
- La demostración de que la **colaboración entre el sector sanitario y el empresarial** puede generar soluciones innovadoras y sostenibles.
- La validación de un modelo de autofinanciación, lo que representa un **hito clave en la sostenibilidad financiera de unidades hospitalarias de innovación**.

El éxito de este proyecto refuerza la idea de que la intersección entre la gestión hospitalaria y las metodologías empresariales puede dar lugar a estrategias altamente efectivas. La experiencia adquirida en esta colaboración servirá como base para futuras iniciativas y permitirá replicar este modelo en otros centros de salud.

Este trabajo no solo constituye un ejercicio académico, sino una **contribución real a la modernización de la gestión hospitalaria**. La experiencia adquirida y los resultados obtenidos motivan a ambas instituciones a continuar con esta colaboración en los próximos años.

520 EL SISTEMA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL COMO RESPUESTA AL ECOSISTEMA EN CONSTANTE EVOLUCIÓN

Montserrat I Capella, Dolors¹; Cazallo Navarro, Pablo¹; Ruiz Entrecañales, Carolina¹; Gómez Rodríguez, Marta¹; Ballesteros Castellano, Fátima²; García Pondal, Julio¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ²Tu Consultor

INTRODUCCIÓN

Desde 2016 el hospital se apoya en diferentes modelos de referencia para mejorar su gestión y resultados incluyendo el modelo EFQM. Siendo un hospital público y de alta complejidad, la adaptación no siempre es fácil pero la dirección ha desarrollado alguna de sus metodologías.

En 2024 se debía revalidarse el modelo por lo que se diseñó un plan de trabajo de 8 meses, con asistencia técnica externa, y coordinado por la unidad de Calidad. Uno de los focos principales dentro de la estrategia del hospital es estructurar un sistema de gestión alineado con las aspiraciones de la organización, los objetivos institucionales, las capacidades y retos, y el continuum del ecosistema.

OBJETIVO

Implementar un sistema de gestión que esté en consonancia con los compromisos y responsabilidades del hospital.

MATERIAL

Se valoró el Ecosistema con la inclusión de nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se revisaron los elementos culturales, valores 7 del Hospital. Para cada valor se miró que elementos frenaban su desarrollo, Contravalores o Barreras, y de qué forma podían compensarse, anularse o desarrollarse a través de palancas de cambio. Se revisó la Propuesta de Valor y se alineó con los ODS incluidos en nuestro ecosistema. En cada uno de los puntos anteriores se revisó o inició el cuadro de mando de indicadores estratégicos para evidenciar la transformación.

Se estableció una matriz de priorización de los Grupos de Interés (GI) en base a los criterios de Poder, Legitimidad, Urgencia y Capacidad de actuar, así como la justificación de cada uno de ellos sobre el GI. Los definieron los elementos de valoración y se ponderaron en: Muy Alto 4, Alto 3, Intermedio 2 y Bajo 1.

Una vez finalizado se aunó el nivel estratégico (análisis del contexto, tendencias, propósito, visión, política institucional, compromisos, hitos, despliegue y comunicación) con el nivel operativo (servicios/unidades, líderes formales e informales, profesionales, comisiones, cartera de proyectos, procesos y alianzas) y ambos niveles en el proceso continuo de control, mejora, innovación y cambio. Todo se realizó en talleres con equipos interdisciplinarios y encuestas de participación de grupos de interés.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 ODS en el Ecosistema, 9 de nueva incorporación. Se clasificaron en ODS Estratégicos con impacto directo: 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 13, ODS Complementarios o de impacto secundario: 10 y 12 y ODS indirectos o de impacto puntual: 11 y 15.

Se detectaron 9 Contravalores y 17 elementos como palanca de cambio en los siete valores del hospital.

Se alinearon los ODS en la Propuesta de Valor: 3 y 10 en Humanización, 3 y 12 en Seguridad, 3, 4, 9 y 12 en Innovación, 3 y 4 en Profesionalidad y el 3, 5 y 9 en Organización/Trabajo en equipo.

Se modificó la priorización de los GI, pasando Clientes de 25% a 35% e Inversores y Reguladores de 25% a 15%, manteniéndose Personas 25%, Partners y proveedores 15% y Sociedad 10%.

Se establecieron de forma gráfica las relaciones de todos estos elementos y su despliegue. Con los indicadores se definió el control y mejora, y se incluyó la innovación en el desarrollo de procesos, proyectos, servicios y alianzas.

CONCLUSIONES

El hospital dispone de un sistema de gestión que integra y relaciona todos los elementos de estrategia, gestión, transformación y operativa.

El sistema de gestión está alineado con los objetivos institucionales, potenciando el compromiso y talento de las personas, y estableciendo a los líderes como referencia.

La inclusión de los ODS alinea la propuesta de valor con las necesidades y expectativas de la sociedad.

Los indicadores estratégicos proporcionan una herramienta valiosa para el control y la mejora continua.

535 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN LOGÍSTICA HOSPITALARIA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN

Escribano Balín, Rodrigo¹; Castaño Rodríguez, María Victoria¹; Riera Pascual, Daniel¹; Costales García, María Rosa¹; González Fouces, María Isabel¹

¹ Hospital Universitario de Cabueñes

INTRODUCCIÓN

La creciente complejidad en los sistemas sanitarios actuales exige nuevas formas de liderazgo y gestión, especialmente en áreas tradicionalmente invisibilizadas como la logística hospitalaria. En este contexto, el hospital objeto de este estudio se enfrenta a una transformación estructural profunda, derivada tanto de su proyecto de ampliación (que elevará el número de camas y quirófanos en más de un 30%) como del aumento constante de la demanda asistencial, la dispersión de puntos de consumo y la diversidad de materiales gestionados. Esta evolución tensiona un sistema logístico ya condicionado por limitaciones estructurales, organizativas y tecnológicas que impactan directamente en la eficiencia operativa y en la seguridad del paciente.

Bajo esta premisa, se desarrolló un proyecto de diagnóstico y mejora de la gestión de almacenes con enfoque Lean Healthcare, orientado a la eliminación de tareas sin valor añadido, la estandarización de procesos y la mejora de la experiencia de los equipos asistenciales. Este trabajo impulsa una nueva forma de liderazgo logístico sanitario, basado en datos, equipos diversos, cultura de mejora y comunicación efectiva entre servicios, como piedra angular para construir organizaciones exponenciales capaces de responder a los retos presentes y futuros.

OBJETIVO Diagnosticar las principales ineficiencias del sistema logístico hospitalario en relación con la gestión de almacenes y el suministro de material fungible, con el fin de proponer un modelo de mejora integral basado en metodologías Lean. Se buscó optimizar recursos, reducir tareas de no valor añadido y anticipar disfunciones en un entorno de creciente complejidad.

MATERIAL

El estudio, realizado entre octubre y diciembre de 2024, abarcó la gestión de material sanitario, general y de laboratorio. Se centró en las funciones del personal de almacén: recepción, control de inventarios y distribución a puntos de consumo. Se aplicó la metodología Lean Healthcare, utilizando como herramienta principal el Value Stream Mapping (VSM) para representar y analizar los flujos logísticos y sus ineficiencias.

Las fuentes de información incluyeron entrevistas a personal logístico y asistencial, observaciones directas, análisis de tiempos y registros históricos extraídos del sistema ERP SAP "Asturcón" y del sistema de pedidos internos "Saniline", entre enero y septiembre de 2024.

El diagnóstico abarcó almacenes centrales, un almacén externo y 254 centros de coste, con especial atención a los de atención hospitalaria (88% del consumo total). Se evaluaron también los diferentes modelos de solicitud de material (lectura, papel, buzón, urgencia).

RESULTADOS El análisis identificó más de veinte disfunciones estructurales y organizativas, entre las que destacan: fragmentación de almacenes, desajustes de inventario, uso excesivo de vales de urgencia, baja estandarización en los espacios de consumo y una alta carga de tareas manuales. Se observó un uso ineficiente de herramientas de planificación automática, variabilidad en los métodos de solicitud y falta de trazabilidad. Estas ineficiencias repercuten en sobrecargas para el personal, pérdida de eficiencia y mayor riesgo de roturas de stock. A partir de este diagnóstico, se diseñó un plan integral con medidas organizativas, tecnológicas y estructurales para transformar el sistema logístico.

CONCLUSIONES

La logística hospitalaria emerge como una palanca estratégica clave en la construcción de sistemas sanitarios más resilientes. La aplicación de la metodología Lean ha permitido identificar ineficiencias relevantes y diseñar propuestas de mejora adaptadas a un entorno sanitario en expansión. Entre ellas, destacan la creación de un almacén unificado, la implantación de sistemas Kanban, la digitalización de procesos, la estandarización de espacios de consumo y la mejora de los sistemas de información. Estas actuaciones permiten evolucionar hacia un modelo logístico más ágil, fiable y centrado en las necesidades reales de profesionales y pacientes. El proyecto refuerza el papel del liderazgo logístico como impulsor de innovación y cultura de mejora continua, con impacto directo en la sostenibilidad del sistema y la calidad asistencial.

543 UNIDAD DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD ÓSEA (FLS) PROYECTO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

Izquierdo Aviñó, Rafael¹; Sanjoaquín Romero, Ana Cristina¹; Concha Guerrero, Rocío¹; Jordán Jarque, Manuel¹

¹ Hospital Nuestra Señora de Gracia Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Las fracturas osteoporóticas suponen una pérdida en calidad de vida por la morbi-mortalidad asociada, la pérdida de independencia y actividad funcional. Además, constituyen una carga asistencial, socio-sanitaria y económica muy elevada para los sistemas de salud. Tras una fractura por fragilidad ósea, se produce un incremento del riesgo de sufrir una nueva fractura de hasta 5 veces durante los primeros 2 años tras la fractura inicial

OBJETIVO

El objetivo de este proyecto es la implantación de una Unidad multidisciplinar denominada Fracture Liaison Service (FLS), para la detección de pacientes con fractura osteoporótica y la prevención secundaria de futuras fracturas.

MATERIAL

1. Detección de los pacientes mayores de 50 años que han sufrido una fractura osteoporótica
2. Evaluación del riesgo de fractura: consulta médica, analítica de sangre y orina, densitometrías, aplicación de escalas de riesgo de fractura (FRAX), valoración de riesgo de caídas
3. Establecer plan de acción terapéutica: tratamiento farmacológico, recomendaciones nutricionales, ejercicio, prevención de caídas, hábitos de vida saludables, con criterios de decisiones compartidas con el paciente
4. Comunicación al paciente y familiares y al Médico de Atención Primaria y Especializada, mediante Informe en la Historia Clínica Electrónica
5. Protocolo de seguimiento presencial y telefónico para asegurar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS

Con un abordaje multidisciplinar (Traumatología, Ortopediatria, Rehabilitación, Atención Primaria) existe una Consulta semanal de la Unidad de Fracturas basada en un coordinador y una gestora de casos. Se han registrado 3198 pacientes incluidos en la Unidad: 83,5% mujeres (edad media 81,4 años) y 16,5% hombres (73,4 años). Se detectaron las fracturas de cadera (35,1%), muñeca (21,8%), vértebra (18,5%), húmero proximal (18,2%) y otras (6,4%). Se inició tratamiento farmacológico preventivo en un 80,1% de los pacientes y se realizaron 3456 visitas telefónicas de seguimiento, con una buena adherencia al tratamiento en el 83,6% de los pacientes. Existe un circuito para la detección de fractura osteoporótica y se ha creado una base de datos como herramienta de gestión de la Unidad. Se ha logrado una reducción de la incidencia de re-fracturas en comparación con la situación previa a la implantación del protocolo. En la auditoría realizada ha recibido el Certificado de Oro de calidad de mejores prácticas de la International Osteoporosis Foundation (IOF). Además, la Unidad participa en Registro Nacional de Fracturas REFRA FLS de la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM)

CONCLUSIONES

La unidad de prevención secundaria de fractura osteoporótica ha demostrado ser un modelo eficaz y coste-efectivo de prevención de nuevas fracturas. Incrementa la instauración de tratamiento preventivo, mejora la adherencia al mismo, favorece la formación e información de pacientes y familiares/cuidadores, reduciendo la incidencia de nuevas fracturas con la consiguiente mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes. El apoyo institucional para dotar y mantener los recursos materiales y humanos necesarios es fundamental para el adecuado funcionamiento de la Unidad. Todo ello contribuye a una reducción de la carga económica y del uso de recursos sanitarios de los sistemas de salud.

7 ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

Ortiz Monjo, Alicia¹; Sobrino Luengo, Susana¹; Lluch Garví, Verónica¹; Molina Guasch, Marilisa¹; Socías Crespí, Lorenzo¹; García Minguillán, Montserrat¹

¹ Hospital Universitari Son Llàtzer

INTRODUCCIÓN

En España se producen unas 52.300 paradas cardiorrespiratorias (PCR) al año. El 43 % tienen lugar en los hospitales, lo que supone una incidencia de 45 casos por cada 100.000 habitantes.

Cada minuto que pasa desde la PCR, sin ningún tipo de maniobra de soporte vital, se reduce un 10% las posibilidades de supervivencia y/o la recuperación de circulación espontánea con un daño cerebral prácticamente irreversible. Esta dependencia tan estrecha del tiempo de actuación influye y condiciona las estrategias globales del tratamiento.

En el ámbito hospitalario la atención debe ser inmediata, proporcionando una respuesta coordinada, segura y eficaz, que garantice altas tasas de supervivencia y recuperación sin secuelas.

Los circuitos de respuesta a la PCR de cada institución deben ser revisados de forma periódica para comprobar su idoneidad, adaptándose a los cambiantes flujos de trabajo y a los progresivos incrementos de actividad y población de referencia.

OBJETIVO

- Analizar las áreas de mejora en el abordaje de la PCR en nuestro complejo hospitalario: prevención y detección, circuitos, equipamiento clínico, capacitación de los profesionales y equidad en la atención.
- Implementar la estrategia para la atención integral a la PCR, atendiendo a las recomendaciones de la ERC, mediante la reorganización de los circuitos y el despliegue de soluciones para las áreas de mejora detectadas.
- Promover la formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) para nuestros profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Prevenir y prever la PCR en los pacientes hospitalizados mediante la detección de signos de alerta temprana.

MATERIAL

Se utilizó la técnica de grupo focal para analizar el abordaje de la RCP a partir de los miembros de la Comisión de RCP y de algunos líderes informales.

Se detectaron varias áreas de mejora y se propusieron diversas acciones que se implementaron progresivamente mediante un abordaje integral basado en las 5 metas AIM del Institute for Healthcare Improvement (IHI):

1. Mejorar resultados en salud
 - 1.1. Implementar una herramienta integrada en la Historia Clínica electrónica (HCIS) basada en Inteligencia Artificial (IA), que permita prevenir y prever la PCR en pacientes hospitalizados mediante la detección de signos de alerta temprana.
2. Reducir costes
 - 2.1. Optimizar recursos. Estandarizar el equipamiento disponible en las distintas unidades de acuerdo con el tipo de paciente (adulto o pediátrico) y establecer sistemas eficientes de control y seguimiento.
3. Equidad en salud
 - 3.1. Optimizar procesos. Redefinir los circuitos existentes garantizando una atención eficaz en cualquier área o espacio de nuestro complejo, mediante la difusión masiva y su entrenamiento en escenarios de simulación.
4. Bienestar del profesional
 - 4.1. Capacitar a un equipo multidisciplinar de profesionales que impartan las formaciones en RCP básica y avanzada mediante la metodología de la simulación clínica.
 - 4.2. Establecer un Plan formativo de los profesionales sanitarios y no sanitarios en RCP adaptada a cada categoría profesional, a nuestros circuitos, espacios y equipamiento.
5. Experiencia del paciente
 - 5.1. Divulgación del plan entre nuestra población.

RESULTADOS

Durante los primeros 12 meses se han implementado todas las acciones propuestas siguiendo el cronograma establecido, excepto la herramienta de detección precoz de la PCR mediante IA que ya está diseñada y de la que sólo resta su integración con el HCIS, y el plan formativo mediante escenarios de simulación, que está aún en proceso.

CONCLUSIONES

Contemplar un proceso desde la perspectiva de las 5 AIM nos descubre áreas de mejora y nos facilita el abordaje integral de fenómenos que, aunque parezcan sencillos o habituales en nuestro entorno, pueden ser complejos para su análisis y para la elaboración de planes de acción que garanticen la eficiencia y mejoren los resultados en salud.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****58**

16 ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE VITAMINA D COMO EJEMPLO DE “ NO HACER” GESTIÓN EFICIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Gómez, María Del Castañar¹; García Unzueta, María Teresa²; Ruiz Sainz-Aja, José Antonio²; Gómez Palomo, Estefanía²; Ramos Acosta, Álvaro²; Herrería Laherrán, Ramón²

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ² Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La vitamina D es una de las principales hormonas implicadas en el metabolismo óseo y la homeostasis del calcio. En los últimos años, especialmente tras la pandemia por SARS-Cov 2, ha existido un aumento exponencial de las determinaciones debido a publicaciones que relacionan la vitamina D con diversas patologías como el cáncer, enfermedades autoinmunes o enfermedad cardiovascular. Sin embargo algunos estudios llevados a cabo en el Reino Unido, EE.UU, Canadá y Australia sugieren que hasta el 75 % de las pruebas de vitamina D que se solicitan pueden ser innecesarias. El laboratorio de análisis clínicos de nuestro hospital es referencia para esta determinación de toda la Comunidad Autónoma. Se ha producido un incremento de más del 100% anual, pasando de algo más de 65.000 solicitudes anuales en 2020 y años previos a casi 140.000 determinaciones a finales del 2023. Esto supone un gasto sanitario extra muy elevado sin que aporte beneficios clínicos para los pacientes ni esté justificado por la evidencia científica.

OBJETIVO

Analizar las peticiones de vitamina D realizadas en los últimos cinco años y como la adecuación de su demanda a las indicaciones clínicas basadas en la evidencia científica influían en el número de determinaciones realizadas. Con ello se intentaba racionalizar la demanda y disminuir el incremento de las determinaciones y el gasto en reactivos asociado.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las peticiones de vitamina D realizadas en toda nuestra Comunidad Autónoma durante el 2024, tanto a nivel de Atención Primaria como Hospitalaria, con un total de 83.086 determinaciones. Además se determinaron de forma retrospectiva las peticiones y el gasto asociado en los cuatro años previos. Se analizó la evidencia científica de las últimas guías y en consenso con los profesionales especialistas relacionados se redactó un protocolo de actuación. Se envió una carta informativa previa a todos los facultativos explicando los nuevos criterios para solicitar la vitamina D, poniendo a su disposición una línea telefónica para aclarar cualquier duda o reclamación. Cada petición se estudió detalladamente con la información aportada en la petición analítica, para así poder confirmar si la petición estaba correctamente realizada. Además, sobre las solicitudes recibidas se aplicaron unos criterios de gestión para evolutivo de las determinaciones según cuando se habían solicitado previamente. Se analizó el impacto económico de las peticiones injustificadas y el gasto evitable asociado, comparándolo con los cuatro años previos.

RESULTADOS

En los últimos cuatro años se ha producido en nuestra Comunidad un exponencial incremento de determinaciones de vitamina D, pasando de 65.406 en 2020 a 138.668 en 2023. Tras la aplicación de los criterios de adecuación a las peticiones establecidos se redujo el número de peticiones a 83.086 en 2024, un 40% menos respecto al año previo. La reducción asociada a esta medida en el gasto económico del 2024 fue de 275.589 euros frente a los 573.999 euros del 2023, casi 300.000 euros.

CONCLUSIONES

La adecuación de las peticiones de vitamina D en nuestra Comunidad Autónoma ha demostrado que se solicitan un gran número de peticiones injustificadas asociado a un coste económico muy elevado. Es muy necesario analizar y establecer protocolos de solicitud de otras determinaciones que suponen un gasto sanitario extra sin aportar beneficios al paciente. Los laboratorios de análisis clínicos desempeñan un papel fundamental en la gestión eficiente y racional de la demanda de pruebas analíticas. El papel del facultativo del laboratorio es clave para asegurar que estas determinaciones se realicen basadas en la evidencia científica, solo cuando sean necesarias y útiles para contribuir a la optimización de los recursos y a un eficiente manejo del gasto de los sistemas sanitarios.

33 ANÁLISIS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

Castillo Martínez, Ana¹; Serrano García, Juana María¹; Piosa Jiménez, Gema¹; Villegas Portero, Román¹; Muñozerro Muñiz, María Dolores¹

¹ Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

La crisis económica, el envejecimiento poblacional o el aumento de la cartera de Servicios generan un aumento de la demanda, que unido al déficit de profesionales, son las justificaciones más comunes que se dan desde todos los Servicios de Salud.

La gestión del Área Quirúrgica, normalmente, se centra en las entradas y salidas de la lista de espera, los tiempos de espera, las tasas de indicación o la gestión de cola, pero es posible también medir la variabilidad desde el punto de vista de la producción y la eficiencia en el quirófano.

OBJETIVO

Detectar las oportunidades de mejora en el área quirúrgica que nos ayuden a disminuir las listas de espera en este ámbito.

MATERIAL

De manera centralizada se obtiene mensualmente la información de los partes quirúrgicos de intervenciones programadas. Los campos que se extraen son: hospital, centro físico, especialidad, quirófano, códigos de diagnóstico, códigos de procedimientos realizados, fecha y hora de inicio y fin de la sesión quirúrgica, fecha y hora de inicio y fin de ocupación (desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale de él), fecha y hora de inicio y fin de intervención (desde la incisión hasta el cierre de la herida quirúrgica) y datos del paciente.

Se hace un tratamiento de la información eliminando registros duplicados, que se pueden deber a errores administrativos o a que se haya inscrito en lista de espera a un paciente más de una vez, con distintos procedimientos, pero que finalmente se han resuelto en un solo acto quirúrgico. Se identifican y marcan los registros que tienen todos los campos fecha citados anteriormente rellenos (registros válidos). Se identifican y marcan los registros que corresponden a una sesión de quirófano con todos los registros válidos (registros computables). Finalmente se ordenan los registros por horas dentro de la sesión quirúrgica, teniendo en cuenta sólo los registros computables.

RESULTADOS

Los resultados son informes o cuadros de mando que incluyen una serie de indicadores:

Tiempos medios por procedimiento: calculamos por hospital y procedimiento quirúrgico el tiempo medio de ocupación, tiempo medio de intervención, tiempo medio pre-quirúrgico y tiempo medio post-quirúrgico.

Se miden los tiempos “muertos” por sesión que también permiten optimizar la utilización del quirófano.

Por otro lado se calcula el número de sesiones por mes, con un nivel de desagregación por hospital, centro, quirófano y turno (mañana/tarde) y que se compara con el mejor mes del año anterior.

Los indicadores siempre se muestran al nivel máximo de desagregación posible y comparando todos los hospitales. La visualización de datos es global para facilitar el benchmarking.

CONCLUSIONES

La elaboración de un cuadro de mandos del área quirúrgica basado en indicadores permite el seguimiento y la optimización de un recurso tan importante en el hospital como son los quirófanos. Hacer eficiente los tiempos y la utilización diaria de este recurso impacta de forma directa en la reducción de las listas de espera quirúrgica. Este cuadro de mandos es una herramienta de gestión que debe acompañarse con otras decisiones en aras de mejorar todo el proceso quirúrgico.

34 ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTES EN UN MODELO HOSPITALISTA DE PACIENTES FORÁNEOS

Miralles Linares, Francisco¹; Martín Quirós, Alejandro¹; Miralles Atencia, Paula²; García Tormo, Consuelo¹; Gómez Carrilo, Víctor¹; Molero Campos, Encarnación¹

¹Hospital Vithas Xanit Internacional; ²Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población incrementa la complejidad de la atención quirúrgica, requiriendo modelos asistenciales que optimicen el manejo preoperatorio y postoperatorio. La incorporación del médico internista en calidad de hospitalista ha demostrado mejorar la coordinación entre servicios y la seguridad del paciente. Este estudio analiza la intervención del hospitalista en pacientes quirúrgicos mayores de 70 años ingresados en una planta quirúrgica.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la atención hospitalaria proporcionada por un médico internista a pacientes quirúrgicos mayores de 70 años no nacionales, analizando su efecto en la estancia hospitalaria, la conciliación de tratamiento, el índice de comorbilidad de Charlson, el riesgo de trombosis y el número de visitas realizadas.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 82 pacientes quirúrgicos mayores de 70 años ingresados entre junio y diciembre de 2024. Se analizaron variables como la estancia hospitalaria, el índice de comorbilidad de Charlson, el riesgo de trombosis y el número de visitas del hospitalista. Se evaluó el índice de satisfacción de los pacientes con una encuesta específica e igualmente la valoración por parte de enfermería respecto a la conciliación de tratamiento respecto al periodo anterior a la implantación del nuevo modelo. Los datos se extrajeron de los registros clínicos electrónicos y se analizaron en un archivo Excel. Se calcularon valores medios y se desglosó la información por especialidad quirúrgica.

RESULTADOS

Se analizaron 82 pacientes quirúrgicos mayores de 70 años ingresados entre junio y diciembre de 2024. La edad media global fue de 54,2 años, con un índice de comorbilidad de Charlson promedio de 66,9 y un riesgo medio de trombosis de 6,5. La estancia hospitalaria media fue de 6,9 días, mientras que el número medio de visitas del hospitalista por paciente fue de 3,55. Al analizar la distribución por especialidad, se observó que traumatología representó el grupo más numeroso con 39 pacientes, seguido de urología con 26 pacientes, cirugía general con 10 pacientes, neurocirugía con 4 pacientes y cirugía vascular con 3 pacientes. Los pacientes de neurocirugía presentaron una edad media de 77 años, un Charlson promedio de 4, un riesgo de trombosis de 6 y una estancia hospitalaria de 6,5 días, con una media de 3 visitas del hospitalista. En traumatología, la edad media fue de 77,9 años, el Charlson promedio fue de 5, el riesgo de trombosis fue de 7, la estancia media fue de 7,3 días y el número medio de visitas fue de 4,1. Hubo un índice de satisfacción por encima del 85% en los pacientes que se incluyeron en el programa. El 90% de la enfermería opinó que había mejorado la conciliación terapéutica tras la impanatción del modelo.

Estos datos sugieren que los pacientes de traumatología, además de representar el grupo más numeroso, presentaban mayor carga de comorbilidad y requerían un mayor tiempo de hospitalización, lo que resalta la importancia de la atención del hospitalista en este grupo

CONCLUSIONES

La incorporación del médico internista como hospitalista en la atención de pacientes quirúrgicos mayores de 70 años permite una mejor coordinación asistencial y una gestión más eficiente de la estancia hospitalaria. Los datos reflejan diferencias en las necesidades clínicas según la especialidad quirúrgica, destacando la importancia del seguimiento individualizado. Se recomienda la implementación de modelos estandarizados de atención hospitalaria en pacientes geriátricos quirúrgicos para optimizar recursos y mejorar la seguridad del paciente. Futuros estudios prospectivos podrán evaluar con mayor profundidad el impacto de este modelo en los resultados clínicos y en la eficiencia hospitalaria.

35 ANÁLISIS MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN DEL PROCESO QUIRÚRGICO. MEDIDAS ADOPTADAS Y RESULTADOS EN INDICADORES

De Blas García, Miguel¹; Moro Agud, Marta¹; Martínez De Miguel, Barbara¹; Hernández Gancedo, María Carmen¹; Cobas Gamallo, Francisco Javier¹; Rodríguez Seguin, María Isabel²

¹Hospital Universitario La Paz; ²Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

Desde el 2022 se está produciendo un importante aumento en las entradas en lista de espera quirúrgica. Este aumento produce un aumento del total de activos y de la demora media.

La implementación de un análisis LEAN generaría una mejora en la eficiencia operativa, en la seguridad y calidad de la atención, en la satisfacción de pacientes y profesionales y un impacto económico positivo.

OBJETIVO

Realizar un análisis LEAN del proceso quirúrgico del hospital, identificando acciones de mejora que produzcan:

Estandarización de los procesos. Mejoría de los indicadores del bloque quirúrgico (tiempos de espera y rendimiento), los indicadores de lista de espera. Y de hospitalización

Mejora en la seguridad del paciente. Mejorar la satisfacción del paciente con el proceso quirúrgico.

MATERIAL

Se identificaron los aspectos del proceso quirúrgico que los pacientes consideran de mayor valor mediante una encuesta a pacientes intervenidos.

Se realizaron 5 talleres con personal de todos los estamentos que trabajan en el proceso quirúrgico: cirujanos, anestesiistas, enfermeras, TCAEs, celadores, personal de limpieza, personal de admisión y personal de esterilización. En una primera fase se les dio la formación necesaria sobre la metodología LEAN para llevar a cabo el análisis posterior.

Se analizó todo el proceso quirúrgico desglosado en las etapas del preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Se englobó el proceso desde que el paciente es incluido en lista de espera hasta que se va de alta del hospital.

Se buscaron acciones de mejora, con especial interés en aquellas de menor esfuerzo y gran resultado.

RESULTADOS

Los pacientes aportan valor a la información que reciben (proceso, tiempo hasta intervención, duración de la estancia y baja médica) y al tiempo (hasta la cirugía, en admisión hasta el ingreso, suspensiones que afectan a la vida familiar).

Se identificaron 21 acciones de mejora.

Las acciones en el preoperatorio fueron: check-list para la inclusión justificada en LEQ, SMS de inclusión/confirmación en lista de espera con instrucciones para desistimiento, revisión protocolos derivación desde la consulta de anestesia a otras especialidades para evitar derivaciones innecesarias, protocolo valoración preanestésica en cirugía cardíaca para evitar estancias preoperatorias, check-list programación para evitar suspensiones evitables, alertas de pacientes programados con episodios de urgencias/hospitalizaciones recientes.

Las acciones en el intraoperatorio fueron: formulario de material necesario en el listado de programación, adecuación la zona de preanestesia para realización de bloqueos anestésicos, formación de celadores de quirófano, capacitación de enfermeras para nuevas cirugías y otras especialidades, nombramiento de un coordinador quirúrgico, reorganización del personal de limpieza, reorganización almacenes quirúrgicos y turnos deslizantes en profesionales clave (limpieza, celadores, enfermería).

Las acciones en el postoperatorio fueron: trazabilidad de medicación quirófano / URPA para evitar duplicidades, potenciación de la hospitalización a domicilio quirúrgica, información y difusión de la sala de prevalida, realización de vías clínicas para estandarizar estancia postoperatoria, información con avatares de las recomendaciones al alta y posibilidad de contacto.

Desde la implementación se han disminuido 7 días la demora media, se ha mejorado el rendimiento un 4%, se han disminuido una media de 131 entradas mensuales y hay 401 pacientes activos menos en lista de espera.

CONCLUSIONES

Las acciones desarrolladas produjeron una mejora en los indicadores del bloque quirúrgico.

El desarrollo del LEAN no solo mejoró indicadores, sino que produjo un cambio cultural en nuestro trabajo diario. Quedó patente la importancia de la colaboración multidisciplinar y de la comunicación en el equipo. Es una herramienta que proporciona empoderamiento del personal, ya que son los que mejor identifican los desperdicios y proponen las soluciones.

Las acciones identificadas deben adaptarse a las particularidades de los bloques quirúrgicos y de las diferentes especialidades.

37 APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA GENERAR VALOR EN LA ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS

Domínguez Trujillo, Conrado¹; Domínguez Trujillo, Pino Delia²

¹ Coordinador del Grupo de Trabajo de IA en gestión sanitaria de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud); Servicio Canario de la Salud; ² Servicio Canario de la Salud/Universidad Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurológicas representan una carga significativa para los sistemas de salud a nivel mundial. La fisioterapia juega un papel crucial en la recuperación funcional de estos pacientes, sin embargo, el acceso a la atención fisioterapéutica puede ser limitado y desigual. La Inteligencia Artificial (IA) emerge como una herramienta prometedora e innovadora en el campo de la rehabilitación para mejorar la asistencia fisioterapéutica en pacientes neurológicos, ofreciendo soluciones personalizadas, accesibles y escalables. Este estudio tiene como objetivo revisar sistemáticamente la literatura existente sobre la aplicación de la IA en la asistencia fisioterapéutica para pacientes neurológicos.

OBJETIVO

La presente comunicación tiene como objetivo analizar la aplicación de la IA en la fisioterapia neurológica, evaluando su impacto en la rehabilitación de pacientes con afecciones neurológicas. Se pretende:

1. Examinar las tecnologías de IA utilizadas en fisioterapia neurológica, incluyendo realidad virtual, exoesqueletos y aprendizaje automático.
2. Evaluar la efectividad de las intervenciones asistidas por IA en la mejora de la función motora y la calidad de vida de los pacientes y en el valor de la asistencia sanitaria.
3. Identificar buenas prácticas en España de integración de la IA en sus programas de fisioterapia neurológica.

Para medir el valor y sus impactos se usa la definición de Muir Gray (2017) que desarrolla el concepto de “valor personalizado y poblacional”

MATERIAL

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos bibliográficas relevantes (PubMed, Scopus, Web of Science) utilizando términos de búsqueda relacionados con la IA, la fisioterapia y la rehabilitación neurológica. Se seleccionaron estudios que evaluaban la efectividad de intervenciones fisioterapéuticas asistidas por IA en pacientes con diversas condiciones neurológicas. Se identificaron varios estudios que valoraban una amplia gama de aplicaciones de IA, a continuación se presentan algunos ejemplos de proyectos que emplean inteligencia artificial (IA) para mejorar los tratamientos de fisioterapia neurológica.

RESULTADOS

De la revisión realizada se extraen estos principales resultados en relación a los principales campos de actuación de la IA en la atención fisioterapéutica de los pacientes neurológicos.

Sistemas de realidad virtual y aumentada: para la rehabilitación del equilibrio, la marcha y la coordinación motora. Dentro de los modelos existentes podemos destacar el Inrobics. Esta plataforma digital utiliza robótica social e IA para proporcionar sesiones de rehabilitación a pacientes con limitaciones motoras, cognitivas y sociales derivadas de daño cerebral o alteraciones del neurodesarrollo. Mediante un robot humanoide y sensores de movimiento, Inrobics monitoriza y adapta las terapias según las necesidades individuales de cada paciente. Otro método podría ser el PROBRAIN. Este proyecto innovador busca diseñar, implementar y validar modelos predictivos de independencia y funcionalidad en pacientes con daño cerebral adquirido. Aplicando IA y algoritmos de aprendizaje automático, PROBRAIN analiza variables clave en la recuperación funcional para ofrecer pronósticos personalizados y optimizar los tratamientos de neurorrehabilitación.

Exoesqueletos robóticos: para asistir el movimiento y mejorar la fuerza muscular. Podemos destacar Equilivest, este proyecto presenta un chaleco robótico diseñado para ayudar en la rehabilitación del equilibrio dinámico en pacientes post-ictus. El dispositivo analiza datos de unidades de medición inercial y proporciona retroalimentación mediante estimulación vibrotáctil, asistiendo en los procedimientos de rehabilitación y ayudando a los pacientes a recuperar la funcionalidad motora.

Interfaces cerebro-computadora: para controlar dispositivos protésicos o exoesqueletos. Un ejemplo podría ser el Myorehab desarrollado por un consorcio internacional, que implementa un sistema de IA para mejorar la rehabilitación de pacientes con trastornos neuromusculares, pudiéndose utilizar con pacientes que han sufrido un ictus. Utiliza electromiografía de alta densidad y actividades virtuales gamificadas para monitorizar y personalizar las terapias, complementando la fisioterapia convencional y facilitando una recuperación más efectiva.

Sistemas de aprendizaje automático: para personalizar planes de tratamiento y predecir la recuperación del paciente.

Los resultados de los estudios sugieren que la IA tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados de la fisioterapia en pacientes neurológicos. Las intervenciones asistidas por IA mostraron ser efectivas para mejorar la función motora, la calidad de vida y la participación en actividades de la vida diaria. Por esto Estos proyectos destacan por su enfoque innovador en la integración de la IA y la tecnología para mejorar la eficacia y personalización de los tratamientos de fisioterapia neurológica, ofreciendo nuevas oportunidades para la recuperación de pacientes con diversas afecciones neurológicas.

CONCLUSIONES

La IA se presenta como una herramienta innovadora con gran potencial para transformar la asistencia fisioterapéutica en pacientes neurológicos, proporcionando tratamientos personalizados y accesibles que generan mayor valor a este tipo de pacientes. Su aplicación ya genera usando sistemas de realidad virtual, exoesqueletos robóticos y aprendizaje automático un incremento de valor para los pacientes y el sistema a través principalmente de mejoras en la funcionalidad, la calidad de vida y una mejor experiencia de los pacientes.

39 APORTACIÓN DE CUESTIONARIOS DE EXPERIENCIA AL PACIENTE AL DEFINIR ACUERDOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Giménez, Emmanuel¹; Martí, Ana¹; Martínez, Marina¹; Aguayo, Marta¹; Abadías, María José¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

Los acuerdos de gestión permiten gestionar, evaluar y formalizar procesos de trabajo de equipos asistenciales hospitalarios. Los indicadores tradicionales como la mortalidad o el índice de infecciones están siendo complementados por otros basados en valor. Actualmente existen nuevas formas de poner indicadores de gestión. El Hospital autor tiene activada e integrada una estrategia de involucración del paciente. Dentro de la misma impulsa una estrategia de encuestas de experiencia del paciente (PREMs) y dispone de 275.000 respuestas (noviembre-2022 a febrero-2025) de 21 encuestas, con el objetivo de introducirse como un indicador de evaluación en los acuerdos de gestión entre dirección y líderes clínicos.

OBJETIVO

Describir como se estableció una propuesta para incorporar los PREMs en los acuerdos de gestión, y analizar hitos y retos a superar durante el año 2025 en este hospital gestionado por áreas de conocimiento.

MATERIAL

Se publicaron todos los resultados PREM's del hospital con cuadros de mando publicados en la intranet para democratizar los resultados y facilitar su acceso y análisis. Se extrajeron los cuadros de mando de las respuestas de los cuestionarios para las 34 áreas de conocimiento del hospital. Las 21 encuestas del hospital de diferencian entre las orientadas al paciente adulto y al referente del paciente infantil. Asimismo, se diferencian entre sí según el ámbito asistencial del Campus evaluado: radiodiagnóstico, extracciones, hospital de día, hospitalización convencional, hospitalización domiciliaria, cirugía mayor ambulatoria, atención al paciente crítico, consultas externas presenciales/telemáticas, urgencias sin/con ingreso. Adicionalmente hay encuestas específicas para neonatos y de embarazo-puerperio. Los ítems de las encuestas están en proceso de validación cognitiva y psicométrica. Los cuadros de mando utilizados correspondieron a la actividad por área de conocimiento, pero también cuando el registro de codificación de diagnósticos y el número de pacientes lo permitía, se facilitaron con foco a problemas de salud concretos considerados de interés estratégico por parte de profesionales referentes por área (ejemplos: degeneración macular asociada a la edad, obesidad o insuficiencia cardíaca).

Se seleccionaron para la propuesta de mejora en los acuerdos 2-4 ítems por área. El criterio principal en las variables con 5 categorías de respuesta fue seleccionar los ítems con un porcentaje menor en la categoría más positiva. El Net Promoter Score se disponía en cada cuadro de mando de cada ámbito asistencial y también podía ser criterio puntualmente para seleccionar los ítems en caso de duda o comparativa. En todas las áreas se debían establecer constructivamente objetivos aunque los porcentajes de valoraciones negativas fueran bajos (por ejemplo, por debajo del 5%).

Los líderes clínicos analizan los resultados PREM's de sus áreas y escogen, de los ítems seleccionados de mejora, cuáles quieren trabajar y lo hacen con acciones puntuales o de Comisiones Estables de Trabajo con pacientes.

RESULTADOS

Un número destacado de objetivos de la propuesta para los acuerdos se orientó hacia el ámbito asistencial donde ocurrían más retos: las consultas externas (telemáticas y presenciales), y la hospitalización. Algún problema que apareció como el más frecuente en muchas áreas como el descanso nocturno o la atención al dolor (que no nivel de dolor) se decidió proponer como objetivo de trabajo transversal. Los ítems más frecuentemente seleccionados fueron: la dimensión de los cuestionarios sobre facilitar información o proporcionarla en un lenguaje comprensible, formar parte de decisiones sobre su salud, y coordinación de visita o profesionales.

CONCLUSIONES

La oportunidad de disponer de cuadros de mando de fácil manejo y una gran cantidad de respuestas a cuestionarios de experiencia permite establecer acuerdos al más alto nivel. La mejora de muchos de estos acuerdos permitirá materializar mejoras y seguir políticas exitosas alineadas con la atención basada en valor.

40 APORTANDO VALOR A LAS ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD

Priede Díaz, M^a Isabel¹; Pérez Hernández, Flora²; Lumbreras De Nogar, María Ángeles²; Montalbán Carrasco, Coral³; Herrero Urigüen, Laura³; Montalbán Carrasco, María Del Rocío²

¹Directora General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria. Servicio Cántabro de Salud.; ²Consejería de Salud de Cantabria; ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Al igual que la transformación digital, la robotización, los nuevos abordajes terapéuticos y la deslocalización de cuidados están produciendo un profundo cambio en la atención sanitaria, los procesos de adquisición de productos deben ser abordados con un enfoque diferente.

La participación activa del paciente en la decisión de compra y la integración de los resultados clínicos debe incorporarse, de manera sistematizada, en los procedimientos de compra pública.

Con esta visión el reciente contrato de suministro de sistemas de monitorización de glucosa a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I de la comunidad autónoma, incluyendo las nuevas bombas de insulina y sensores, ha sido la oportunidad para validar el nuevo procedimiento de gestión.

OBJETIVO

Incorporar la participación del paciente y la integración de datos clínicos en el Acuerdo Marco de compra centralizada de sistemas de monitorización de glucosa del Servicio de Salud, para optimizar la calidad, seguridad y eficiencia del proceso asistencial a la persona diabética.

MATERIAL

En diciembre de 2022 se formó un grupo multidisciplinar de trabajo, formado por profesionales médicos, de enfermería, ingenieros, farmacéuticos, gestores e informáticos de ambos niveles asistenciales que a lo largo de 9 meses diseñaron el procedimiento, elaborando pliegos técnico y administrativo.

Para la participación del paciente se aplicó metodología y herramientas de Ingeniería de Factor Humano (IFH), siguiendo los 14 principios heurísticos de evaluación de dispositivos médicos de Zhang que permiten identificar potenciales errores asociados al uso y diseño de la tecnología. Se incluyó un algoritmo de reducción de la puntuación máxima, en base a incidencias de manejo categorizadas en función de su criticidad. Para la recogida de información clínica y volcado en la Historia Clínica Electrónica del paciente, se requirió acceso directo a la información de la plataforma de datos del proveedor.

Además, los pliegos incluyeron Protocolo de entrega de dispositivos al paciente y Modelo de consentimiento del usuario para la gestión de datos.

RESULTADOS

La licitación, con un valor estimado de 32.378.051 euros y duración 4 años, ha finalizado con la adjudicación de 12 lotes destinados a pacientes adultos y niños.

El test de Usabilidad fue llevado a cabo por expertos en IFH, del 8 de enero al 8 febrero de 2024, en el Laboratorio de Innovación y Experiencia de Usuario, un entorno simulado con pacientes diabéticos con la colaboración de la Asociación de Diabetes. Como aspectos relevantes se evaluó el manejo de la configuración de inicio, la visualización y gestión de alarmas, y el cambio de sensor. A la oferta económica (51 puntos) se añadió esta valoración (hasta 49 puntos).

Como criterios de integración e interoperabilidad de la información clínica se ha utilizado el marco de referencia internacional IHE para dominio PCD (Patient Care Device Technical Framework).

CONCLUSIONES

La licitación de un Acuerdo Marco constituye una forma eficiente, transparente y ágil de racionalizar la contratación a nivel del Servicio de salud. Así mismo, asegura una homogeneización en las prestaciones.

Por otro lado, la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, recoge el derecho del paciente a decidir. En este contexto, la toma de decisiones compartidas puede aplicarse también a los procedimientos de compra pública de medicamentos y productos sanitarios. La utilización adecuada de los dispositivos de control de glucemia por los pacientes y la disponibilidad inmediata de la información clínica por los profesionales sanitarios, ha posibilitado una atención multidisciplinaria e integral aportando valor no solo sanitario, sino como elemento transformador del sistema sanitario.

Está previsto continuar con este modelo de contratación basada en Valor y en la actualidad se está adaptando el procedimiento de gestión a la compra de Fluidoterapia y Medicamentos antisépticos.

50 AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE PEDIDOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Cavero Capdevila, Eva María¹; Beltrán Rodríguez, Manuel¹; Moro Muñoz, Serafin¹; Castro Moreno, Francisco Javier¹; Castejón Ojeda, María Pilar¹; Escribano Lorenzo, Mayte¹

¹ Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

INTRODUCCIÓN

En el área quirúrgica de nuestro hospital, la gestión de materiales protésicos es un proceso esencial pero laborioso. Tras cada intervención, el material implantado se registra para su reposición y facturación, un procedimiento que requiere el uso de múltiples aplicaciones y genera una carga operativa considerable.

OBJETIVO

Reducir la carga de trabajo y mejorar la eficiencia del proceso mediante la automatización.

MATERIAL

Frente al reto de gestionar más de 2.000 intervenciones anuales realizadas exclusivamente en la especialidad de traumatología, la gestión eficiente de los pedidos del área quirúrgica requería una solución integral. Para ello, se implementó un sistema de Robotización Automática de Procesos (RPA) a través de un enfoque estructurado y colaborativo.

El proceso inició con el desarrollo de programas específicos por parte del departamento de informática, diseñados para integrarse con el sistema de gestión hospitalaria y optimizar la comunicación entre las distintas plataformas. A continuación, se creó un grupo de trabajo interdisciplinario, encargado de coordinar la implementación de la RPA y garantizar su eficacia.

La comunicación con la empresa desarrolladora especializada fue clave para alinear la solución a las necesidades reales del hospital. La implementación se realizó en dos fases: preproducción, donde se realizaron pruebas y ajustes para garantizar su correcto funcionamiento, y producción, con implementación progresiva y seguimiento detallado.

El sistema se evaluó constantemente para asegurar su rendimiento, minimizar errores y maximizar la eficiencia operativa, garantizando así una automatización efectiva y segura del proceso de gestión de pedidos.

RESULTADOS

La implementación de RPA ha reducido significativamente la carga de trabajo en la gestión de pedidos, eliminando tareas repetitivas y minimizando errores administrativos. La automatización ha logrado integrar distintas aplicaciones y bases de datos en un flujo de trabajo coordinado y preciso, reduciendo la necesidad de intervención manual.

Además, la optimización del proceso ha permitido una reducción de dos horas diarias en la carga de trabajo, lo que equivale al 29 % de la jornada laboral del equipo encargado. Esta mejora no solo ha supuesto una mayor eficiencia operativa, sino que también ha liberado recursos humanos para la realización de tareas de mayor valor añadido, optimizando así la distribución del trabajo dentro del área administrativa.

CONCLUSIONES La experiencia obtenida con la implementación de RPA demuestra el potencial de la automatización para mejorar la gestión hospitalaria, estableciendo un modelo replicable en otros ámbitos del centro sanitario. La evaluación y actualización continua del sistema permitirá su adaptación a nuevas necesidades, consolidando así una transformación digital orientada a la excelencia operativa y asistencial.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



66

52 AVANCES EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ENFOQUE COLABORATIVO E IMPLICACIÓN ACTIVA DE LA DIRECCIÓN

Berrozpe Villabona, Clara¹; Gracia Casado, Gema Lucía¹; Trillo Martínez, María Luisa¹; Celorrio Pascual, José Miguel¹; Real Campaña, José Manuel¹; Comisión Central De Seguridad Clínica, Riesgos Sanitarios Y Mortalidad, Núcleo Seguridad Del Paciente¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente (SP) es una dimensión esencial de la calidad asistencial, especialmente en entornos hospitalarios que son cada vez más complejos. A raíz del análisis DAFO realizado en 2019 en un hospital de tercer nivel, se ha implementado un modelo centrado en la colaboración interprofesional y la participación de la Dirección.

OBJETIVO Describir la estructura funcional de seguridad de un hospital de tercer nivel y los principales resultados del despliegue del Plan de SP, así como mostrar la importancia de la implicación de la Dirección.

MATERIAL

El Plan de seguridad ha sido impulsado por la Comisión Central de Seguridad clínica, riesgos sanitarios y mortalidad, estructura de apoyo a la Dirección. Dependiente de ella, existe el Núcleo de Seguridad del Paciente, constituido por un grupo reducido de profesionales con diferentes perfiles, facultativos de Medicina Intensiva, Pediatría, Farmacia y Medicina Preventiva, que ejerce como coordinador, profesionales de Enfermería del área de calidad, servicios quirúrgicos, médicos y cuidados, además de la participación por parte de los gestores hospitalarios de un representante de la Dirección. Además, para establecer nexos entre la Comisión y los profesionales asistenciales y lograr la difusión de la cultura de seguridad a todos los niveles, se dispone de una red de responsables de seguridad en servicios y unidades, que pertenecen a los grupos de calidad, así como grupos de trabajo específicos para abordar las estrategias de mejora en áreas de especial riesgo (UCI, urgencias, bloque quirúrgico) y grupos de prácticas seguras. El despliegue del Plan se ha centrado en tres líneas estratégicas: cultura de seguridad, factores humanos y organizativos; prácticas clínicas seguras y gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes.

RESULTADOS

Se han logrado avances en las líneas estratégicas priorizadas, por ejemplo: la implementación efectiva del Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP), con un aumento progresivo de notificaciones, registrándose 17 en 2019 y 137, 417, 759, 830 y 725 en los años siguientes, con una media de 78% realizadas por enfermería y 12% por medicina, y un 0,41% de incidentes con Severity Assesement Code (SAC) 1 y 5,70% con SAC2, manteniéndose como principales contribuyentes los factores profesionales (media 41,66%) seguidos por los de la organización (31,15%). Desde 2022, se han realizado 8 análisis en profundidad de eventos adversos. Además, el 92% de servicios/unidades cuentan con responsables de seguridad, un total de 123. En formación continuada, desde 2019 se han desarrollado 2 ediciones anuales del taller de SP y el curso SiNASP se ha realizado por 1251 profesionales, además de 12 ediciones del taller de segundas víctimas desde 2023 con un total de 202 profesionales formados. En prácticas seguras, el 93% de unidades de enfermería han sido formadas en el protocolo de solicitud de administración de componentes sanguíneos, y 188 profesionales formados en el plan de atención a la parada cardiopulmonar intrahospitalaria en las 9 ediciones realizadas en 2024. las rondas de seguridad se han efectuado, hasta el momento, mensualmente por enfermería, centradas en la monitorización de la identificación del paciente y el circuito transfusional.

CONCLUSIONES

El modelo implementado, con el compromiso de los profesionales y la implicación activa de la Dirección, representa una apuesta por la mejora en la SP permitiendo establecer acciones estratégicas de una manera más efectiva y ágil. Se está profundizando en algunas áreas de trabajo, como la sistematización de las rondas de seguridad en tres fases (autoevaluación, auditoría interna mensual y ronda bianual), con un enfoque multidisciplinar y un abordaje más transversal con ampliación de áreas a monitorizar, así como la línea estratégica de participación del paciente.

54 BENEFICIOS DE IMPLANTAR UN SISTEMA DE TURNOS INFORMATIZADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

Pérez Gata, José María¹

¹ SAS

INTRODUCCIÓN

La gestión eficiente del tiempo de espera en los hospitales es un factor clave para mejorar la experiencia del paciente y optimizar los recursos sanitarios. La implantación de un sistema de turnos informático con avisos por pantalla permite reducir tiempos de espera, mejorar la organización y aumentar la satisfacción de los pacientes. Además, este sistema garantiza la anonimización de los pacientes al evitar el llamado por nombre y proporcionar un código de turno impersonal. Esta presentación analizará los beneficios de dicho sistema y su impacto en la atención hospitalaria.

OBJETIVO

Se persiguen los siguientes objetivos:

- Evaluar el impacto de un sistema de turnos informático en la reducción de tiempos de espera.
- Analizar la mejora en la organización hospitalaria y en la distribución de los recursos.
- Identificar el grado de satisfacción de los pacientes y del personal de salud tras la implementación del sistema.
- Resaltar los beneficios de la anonimización de pacientes mediante la asignación de turnos con códigos en lugar de nombres.
- Evaluar el impacto positivo del uso de tótems de autoservicio para la emisión de turnos en la tranquilidad y comodidad del paciente.

MATERIAL

El desarrollo de este sistema comienza con la recolección de requisitos a través de entrevistas con el personal para identificar necesidades y problemas. Se definen objetivos claros, como la optimización del almacenamiento y la mejora en la trazabilidad de insumos médicos, seguido de un análisis de los procesos actuales y un estudio de viabilidad.

Se decide una arquitectura web basada en ORACLE que, mediante una metodología de trabajo como SCRUM, optimizan y se ajustan a las necesidades de la herramienta

RESULTADOS

Entre los resultados nos encontramos con:

- Disminución del tiempo de espera en consultas y servicios de emergencia.
- Mayor organización en la gestión de los recursos humanos y materiales.
- Reducción del estrés y la ansiedad en los pacientes debido a una mejor planificación.
- Mejora en la comunicación entre el personal médico y los pacientes.
- Aumento de la eficiencia en la atención médica sin comprometer la calidad.
- Anonimización de los pacientes mediante la asignación de turnos con códigos en lugar de nombres, protegiendo su privacidad.
- Comodidad y tranquilidad para el paciente al obtener su turno de forma sencilla y sin interacciones innecesarias mediante un tótem de autoservicio.

CONCLUSIONES

La implantación de este sistema representa una solución óptima para mejorar la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema de salud. Los resultados obtenidos en hospitales que han implementado esta estrategia demuestran una clara mejora en la organización, reducción de tiempos de espera y aumento en la satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico. Además, el uso de un sistema informatizado con avisos por pantalla permite la anonimización de los pacientes, evitando exposiciones innecesarias y mejorando la confidencialidad. También se ha observado que la implementación de tótems de autoservicio proporciona tranquilidad a los pacientes, al permitirles gestionar su turno de manera sencilla y sin presiones. Con base en estos hallazgos, se recomienda la adopción de esta medida en otros centros de salud para optimizar la atención sanitaria y la calidad del servicio.

64 CERTIFICACIÓN SEGÚN NORMA UNE-EN ISO 9001 DE UNA UNIDAD DE ANESTESIA CARDIO-TORÁCICA: CLAVES Y RETOS

Lucas Luesma, Alejandro¹; Puértolas Ortega, María¹; Carbó Espinosa, Fernando¹; Hernando Vela, Belén¹; Mur Irizar, Marta¹; Pablo Hernández, Mario¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO en unidades de anestesia especializadas es un reto que implica cambios organizativos, formación del equipo y optimización de procesos. En el ámbito de la anestesia cardio-torácica, garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial requiere un marco estructurado que permita la identificación y corrección de incidentes, así como la mejora continua.

OBJETIVO

Describir el proceso de implementación de un sistema de gestión de calidad en una unidad de anestesia cardio-torácica, los principales retos encontrados y los beneficios obtenidos en términos de seguridad del paciente y optimización de la asistencia. Así como también la implicación necesaria desde los equipos asistenciales y gestores para el mantenimiento de la acreditación a lo largo del tiempo.

MATERIAL

Se llevó a cabo la implantación de un sistema de gestión de calidad conforme a la norma ISO, incluyendo:

1. Definición de procedimientos generales y operativos: se estructuró toda la actividad de la unidad desarrollando inicialmente un mapa de procesos y distinguiendo entre procesos generales (comunicación interna, control de documentación, gestión de equipos, infraestructuras y materiales, gestión del riesgo, gestión de personal, docencia y formación) y se documentó toda la actividad asistencial a través del desarrollo de tres procedimientos operativos con sus correspondientes instrucciones técnicas.
2. Capacitación del equipo: formación en calidad y seguridad del paciente, gestión de incidentes y uso del sistema de gestión de calidad.
3. Implementación de herramientas de seguridad: checklist quirúrgico, doble verificación de hemoderivados y estandarización de la optimización prequirúrgica de pacientes. Con implicación multidisciplinar de todos los servicios incluidos, tanto operativos como de soporte.
4. Seguimiento mediante indicadores de calidad: evaluación de la adherencia a los nuevos procesos y medición del impacto en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS

Tras la implementación, se han obtenido mejoras significativas:

- Aumento de la cumplimentación del checklist quirúrgico al 100%.
- Reducción de errores en la administración de hemoderivados.
- Optimización en la planificación quirúrgica, con un 95% de pacientes evaluados prequirúrgicamente de forma completa.
- Aumento del número de notificaciones de incidentes en quirófano.
- Mayor implicación del personal en el sistema de gestión de calidad, reflejado en la participación en sesiones formativas y en la asignación de roles específicos dentro del equipo.

Permite una evaluación continua de los clientes internos y externos que se traduce en un alto grado de satisfacción de los mismos. Se ha mantenido la certificación en el tiempo desde 2020, con diferentes entidades acreditadoras.

CONCLUSIONES La implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO ha permitido estructurar la seguridad del paciente en la unidad de anestesia cardio-torácica, estandarizar procesos y mejorar la detección y corrección de incidentes. La capacitación del personal y la integración de herramientas de seguridad han sido claves en este proceso. No obstante, persisten desafíos como la consolidación de la cultura de seguridad y la optimización del sistema de notificación de incidentes, aspectos en los que se continuará trabajando en futuras mejoras.

65 CIBERSEGURIDAD EN IOT MÉDICO**Quero Hernández, Francisco José¹**; González Revuelta, María Esther¹¹ Hospital Universitario Torrecárdenas**INTRODUCCIÓN**

Imagina un paciente dependiente de un marcapasos conectado o una bomba de insulina automatizada. Ahora imagina que un atacante pueda acceder a estos dispositivos desde cualquier parte del mundo. Aunque suene a ciencia ficción, es una amenaza real. Según un estudio reciente, el 75% de los dispositivos médicos conectados presentan vulnerabilidades críticas. Esta ponencia presenta una solución: una sonda de ciberseguridad diseñada para detectar dispositivos médicos en la red, identificar sus vulnerabilidades y ofrecer soluciones eficaces para proteger la tecnología médica y, en última instancia, las vidas de los pacientes.

OBJETIVO

El objetivo de este proyecto es demostrar la importancia de la ciberseguridad en dispositivos electromédicos conectados. Se busca identificar los dispositivos en la red, detectar vulnerabilidades críticas y proponer estrategias para proteger la privacidad y la seguridad de los pacientes en un entorno médico digitalizado.

MATERIAL

Se utilizaron varios sistemas de sondas para evaluar su funcionalidad, entre ellos diferentes dispositivos y tecnologías. Sin embargo, el que destacó por su rendimiento fue un firewall avanzado de una marca reconocida por su tecnología de ciberseguridad adaptada a entornos sanitarios. Este firewall se configuró para identificar los dispositivos electromédicos conectados y diferenciarlos de otros equipos. Mediante un análisis detallado del tráfico de red y los patrones de comportamiento, se identificaron vulnerabilidades como configuraciones inseguras, software desactualizado y falta de cifrado adecuado. Tras detectar las amenazas, se implementaron medidas correctivas, como segmentación de red, actualización de firmware y protocolos de acceso seguro. Además, se establecieron métricas para medir la precisión en la detección de dispositivos y vulnerabilidades, asegurando que las medidas no afectaran las funciones críticas de los equipos médicos.

RESULTADOS

Los resultados mostraron la efectividad de la sonda, destacando los siguientes logros:

1. Inventario Detallado: Se identificaron más de 8,000 dispositivos conectados, permitiendo una gestión eficiente del ecosistema electromédico.
2. Mapeo de Flujos de Datos: Se documentaron los flujos de datos, facilitando la identificación de redes y subredes operativas.
3. Análisis de Aplicaciones: Se clasificaron más de 170 aplicaciones de capa 7, brindando claridad sobre las herramientas utilizadas en el entorno hospitalario.
4. Identificación de Riesgos: Se detectaron más de 110 alertas de seguridad y 355 vulnerabilidades críticas, priorizando su solución.
5. Evaluación del Riesgo en el Tiempo: Se optimizó el monitoreo de patrones de comportamiento, mejorando las respuestas a posibles amenazas.
6. Creación de un Dashboard: Se desarrolló un panel de control avanzado que visualiza el uso, comportamiento y seguridad de los dispositivos médicos.

Estos resultados reflejan el impacto positivo de la sonda en la protección del entorno hospitalario y su potencial para transformar la ciberseguridad en el sector sanitario.

CONCLUSIONES

La implementación de esta sonda subraya la importancia de mejorar la gestión y protección de dispositivos electromédicos conectados. Se concluye que:

1. Es posible realizar un inventario preciso de dispositivos conectados, mejorando la gestión del equipamiento crítico.
2. El análisis detallado de flujos de datos y aplicaciones proporciona visibilidad y optimiza la infraestructura tecnológica.
3. La detección de vulnerabilidades subraya la necesidad de herramientas avanzadas para proteger la privacidad y la seguridad de los pacientes.
4. El monitoreo dinámico y el dashboard permiten una gestión integral en tiempo real de los dispositivos médicos.
5. La ciberseguridad debe ser una prioridad en el sector sanitario, adaptándose a los desafíos tecnológicos para garantizar un entorno seguro.

En conclusión, la adopción de tecnologías como esta sonda es esencial para salvaguardar los sistemas de salud modernos, asegurando la confianza y seguridad de los pacientes frente a un panorama digital en constante evolución.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



70

67 CIRCUITO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL EN EL PACIENTE CRÓNICO POLIMEDICADO: DEL INGRESO HOSPITALARIO A LA ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMACOPOLIS.

Portillo Haro, Sergio¹; Romero Candel, Gregorio¹; Martín Pérez, Francisco¹; Muñoz López, Soledad¹

¹Hospital de Hellín

INTRODUCCIÓN

En la atención sanitaria actual cabe destacar el envejecimiento de nuestra población, que conlleva una mayor prevalencia de patologías y de consumo de medicamentos. Sin embargo, existe una sólida evidencia de que un consumo de un gran número de medicamentos se asocia a una mayor iatrogenia y problemas relacionados con la medicación, especialmente en el paciente anciano. La fragmentación de la atención sanitaria contribuye al problema. El proyecto Farmacopolis pretende posicionar al farmacéutico como un agente fundamental de la trazabilidad del uso de medicamentos, y de un mejor uso de éstos, motivando la deprescripción de aquellos fármacos con peor balance beneficio-riesgo.

OBJETIVO

Mejorar la adecuación de medicación del paciente crónico polimedicado(PCP), mediante recomendaciones a médicos hospitalarios y de Atención Primaria(AP).

Lograr una mayor trazabilidad en el tratamiento farmacológico y la continuidad asistencial entre el ingreso hospitalario y la AP.

MATERIAL

Se diseñó un estudio cuasiexperimental basado en la conciliación del tratamiento por el farmacéutico hospitalario (FH), y dirigido al PCP desde su ingreso hospitalario, en coordinación con el servicio de Medicina Interna. Tras la conciliación durante el ingreso por el FH, se elabora un informe farmacoterapéutico(IFT) con recomendaciones, y se sigue al paciente durante la estancia hospitalaria. Al alta del paciente, se realiza un nuevo informe de adecuación terapéutica (IAT) dirigido al Médico de Atención Primaria(MAP), y ajustado a la nueva situación clínica.

Los pacientes son cribados por enfermeras de Farmacia por criterios de edad y número de medicamentos en receta electrónica. El FH realiza la conciliación a pie de cama de los pacientes seleccionados con el apoyo del registro de medicación en receta electrónica. Luego se realiza un IFT que queda reflejado en Historia Clínica(HC), visibles por el MIR responsable. Los cambios son monitorizados. Al alta, el FH elabora un nuevo IAT incorporando los cambios introducidos por su MIR. También, el FH realiza una entrevista con el paciente para explicar el proceso y reforzar adherencia. El nuevo informe queda registrado en la HC de AP, y su MAP es notificado por el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) para valoración preferente. El FAP también monitoriza la aceptación de las valoraciones del IAT.

RESULTADOS

Desde febrero/2024 hasta noviembre/2024 se han realizado IFT a 63 pacientes hospitalizados, de los cuales: a 53 se ha realizado su IAT dirigido a MAP, 4 fueron éxitos durante el ingreso, y a 6 pacientes se les perdió el seguimiento tras el alta.

Se registraron 185 intervenciones farmacéuticas(IF): 82(44,3%) fueron realizadas durante hospitalización, y 103(55,7%) fueron ambulatorias. El tipo de IF más común durante la hospitalización fue de prescripción de un medicamento tras omisión no justificada o nueva indicación con 52/82(63,4%). El tipo de IF más común a MAP fue de deprescripción con 62/103(60,2%). Durante el ingreso se aceptaron por MIR 62/82 intervenciones realizadas (75,6%), no se aceptaron 12/82(14,6%) y 5/82(6,1%) se perdió el seguimiento. Al alta 35/103 intervenciones realizadas fueron aceptadas por MAP (34,0%), 29 no fueron aceptadas (28,2%), 11 se les perdió el seguimiento por exitus u otras causas, y 22(21,4%) están pendientes de valoración/registro.

Además, se observó cualitativamente una mejora en la trazabilidad de la información de medicamentos, ya que los MIR usan el IFT como parte de sus informes, en lugar de otras fuentes desfasadas.

CONCLUSIONES

El circuito de atención farmacéutica integral ha permitido realizar un gran número de recomendaciones para optimizar el tratamiento farmacológico del PCP, especialmente de deprescripción de medicamentos. La tasa de aceptación fue excepcional durante el ingreso hospitalario, y bastante buena en AP. Además, se mejoró la trazabilidad de la información farmacológica.

Se requiere un mayor tiempo de estudio para extraer conclusiones más robustas.

68 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: DESAFIANDO LOS LÍMITES DE LA AMBULATORIZACIÓN

Ríos Blanco, Raquel¹; Cubo Romano, Pilar¹; Bra Insa, Eneida¹; Muros Bayo, José Manuel¹; García De La Torre Rivera, M^a Pilar¹

¹ Hospital Universitario Infanta Cristina

INTRODUCCIÓN

Las guías de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) recogen una serie de criterios de exclusión, según el procedimiento a realizar o las comorbilidades del paciente, que aconsejan que determinados procedimientos se realicen en régimen de hospitalización.

La incorporación de la Hospitalización a Domicilio (HAD) en los procesos quirúrgicos, ha permitido que un mayor número de pacientes, y procedimientos más complejos puedan realizarse de manera ambulatoria, ingresando al paciente directamente en su domicilio, sin necesidad de ocupar una cama hospitalaria.

Con esto se pretende un uso más eficiente de los recursos hospitalarios ((ahorro de estancia hospitalaria, disminución del tiempo de espera para una cirugía al no necesitar de una cama de hospitalización...), así como una atención más humanizada, acercando el hospital al domicilio del paciente, sin comprometer su seguridad.

OBJETIVO

Optimizar al máximo el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), incluyendo la Hospitalización a Domicilio (HAD), para aquellos pacientes y procesos que no cumplen estrictamente criterios de ambulatorización estándar.

MATERIAL

En el año 2021, se puso en marcha el circuito CMA+HAD motivado por la pandemia COVID19, y las restricciones derivadas de ello para el desarrollo de la cirugía programada. Se diseñó un protocolo conjunto entre los servicios de Cirugía, Anestesiología y Medicina Interna. Se seleccionaron inicialmente procesos quirúrgicos de ingreso 24 horas, para ser incluidos en el circuito. Tras un periodo de pilotaje de 6 meses, se han ido incorporando progresivamente al programa procedimientos más complejos. Todos los pacientes ingresan en la Unidad de CMA para la intervención, y tras un periodo de observación postoperatoria de entre 2 y 6 horas, ingresan directamente en su domicilio, sin necesidad de pasar por la planta de hospitalización.

Se han recogido todos los pacientes incluidos en el programa, analizando datos clínicos (cumplimiento del circuito, estancia media en HAD, evolución postoperatoria y complicaciones, necesidad de ingreso hospitalario desde domicilio), así como la satisfacción de los pacientes.

Se ha analizado igualmente el impacto del programa sobre el índice de sustitución en CMA para los procedimientos incluidos, así como sobre la tasa de ambulatorización global del Servicio de Cirugía.

RESULTADOS

Un total de 191 pacientes (edad media 64,52 años) han sido incluidos en el programa CMA+HAD desde 2021: 46,6 % colecistectomías laparoscópicas, 30,9% hernioplastias inguinales y umbilicales, 12 % reparaciones de hernias incisionales, 4,7% cirugía oncológica de mama, 3,6 % apendicectomías.

El porcentaje de pacientes que no cumplen criterios para el ingreso domiciliario desde la CMA y tiene que ingresar finalmente en el hospital, ha ido disminuyendo de un 21% inicial a un 3% actual, lo cual traduce que el circuito se ha ido consolidando progresivamente.

La estancia media en domicilio es de 1,2 días. No se han registrado complicaciones postquirúrgicas, ningún paciente ha precisado acudir a urgencias o ingresar en planta de hospitalización desde el domicilio.

El índice de satisfacción de los pacientes con el programa ha sido muy alto.

Tras la implementación del programa CMA+HAD, hay que destacar el aumento del índice de sustitución en CMA para algunos procedimientos como colecistectomías (del 49 al 74%), cirugía de la hernia (del 80 al 95%) y cirugía de mama (del 55 al 76%). Asimismo, la tasa de ambulatorización global del servicio de Cirugía ha aumentado progresivamente de un 59% a un 76% en los últimos 4 años.

CONCLUSIONES

El programa de CMA con HAD parece ser una iniciativa eficiente, que ofrece el beneficio de ser más amigable para el paciente y reduce el uso de recursos hospitalarios, sin comprometer la seguridad de la atención.

72 CÓMO INTEGRAR UN DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA EN UN ORGANIGRAMA HOSPITALARIO GENERANDO VALOR Y SINERGIAS HOSPITALARIAS.

Escudero Soria, Luis¹

¹ ASCIRES

INTRODUCCIÓN

Integrar un departamento de fisioterapia en un hospital no es solo añadir un servicio más, sino que es transformar este, en un elemento estratégico que mejore la eficacia y la calidad asistencial. Esta integración garantiza una atención continua desde la detección de la patología hasta la recuperación completa, fortaleciendo la relación con el paciente y optimizando los resultados clínicos. Varios estudios han demostrado que la continuidad asistencial reduce complicaciones postoperatorias y mejora significativamente los resultados funcionales, por lo que integrar bien un departamento secundario, puede generar calidad y valor al hospital.

Un ejemplo claro de continuidad asistencial es el manejo de una rotura de ligamento cruzado anterior (LCA). Los programas de rehabilitación preoperatoria mejoran la fuerza muscular y el rango de movimiento, lo que favorece la recuperación tras la cirugía. Tener un departamento integrado es un salto de calidad que genera interacciones positivas a todos los profesionales del proceso. Además, permite coordinar planes específicos de rehabilitación incluso tras la recuperación, minimizando complicaciones y reforzando la confianza del paciente en el hospital, facilitándole su decisión de repetir la experiencia en el hospital en el caso de volver a necesitar una asistencia.

OBJETIVO

Demostrar cómo un departamento secundario, como el de fisioterapia, bien integrado en un organigrama hospitalario puede generar valor y sinergias que puedan mejorar significativamente la calidad asistencial y la percepción de satisfacción del paciente.

MATERIAL

1. **Evaluación inicial:** Análisis DAFO de los servicios hospitalarios y su impacto en la percepción del paciente.
2. **Diseño organizativo:** Creación de un modelo y organigrama que garantice continuidad asistencial tras la cirugía o visita del especialista.
3. **Sinergias interdepartamentales:** Coordinación y protocolización de la cadena asistencial de los profesionales sanitarios.
4. **Indicadores de éxito:** Evaluación de satisfacción del paciente, derivaciones internas y reducción de complicaciones. Análisis de los índices de satisfacción del cliente (CSAT) o Net Promoter Score (NPS)
5. **Gestión del cambio:** Formación de equipos médicos para fomentar la colaboración interdisciplinaria y comunicación tanto interna como externa del empoderamiento del profesional y la metodología.

RESULTADOS

La integración de un departamento de fisioterapia asegura una atención continua y fluida, mejorando la percepción del hospital y los resultados clínicos. La colaboración interdisciplinaria permite diseñar rehabilitaciones adaptadas, reduciendo riesgos como rigidez articular o recaídas. Además, fortalece la fidelización del paciente, que es más propenso a regresar al hospital para futuras necesidades médicas.

En términos operativos, centralizar la rehabilitación en el hospital optimiza recursos, reduce la dependencia de servicios externos y mejora la eficiencia organizativa. Asimismo, posiciona al hospital como un referente en atención integral y especializada. Este modelo además, es replicable, ofreciendo un caso de éxito que demuestra cómo la fisioterapia puede ser un servicio estratégico y no solo complementario.

Por lo que esta integración obtiene beneficios organizativos, clínicos, estratégicos y también comerciales, además de beneficios cuantitativos medibles en satisfacción del cliente/paciente.

CONCLUSIONES

La integración estratégica de un departamento de fisioterapia en un hospital permite transformar un servicio secundario en un elemento clave para cerrar el círculo asistencial. Esta propuesta garantiza atención continua, fomenta la colaboración interdisciplinaria y mejora los resultados clínicos y organizativos. Este modelo proporciona una base sólida para diseñar integraciones prácticas que puedan ser validadas con métricas cuantitativas en el futuro. En un contexto donde la experiencia del paciente es prioritaria, este enfoque se destaca como una estrategia que añade valor asistencial, operativo y económico.

82 **CONTRIBUCIÓN DE VALOR DE OMAVELOXOLONA PARA LA ATAXIA DE FRIEDREICH MEDIANTE ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTICRITERIO**

Gómez Maldonado, Laura¹; Calleja Hernández, Miguel Ángel²; Climente Martí, Mónica³; Martín Herranz, María Isabel⁴; López-Sendón Moreno, José Luis⁵; Vallès Callol, Joan Antoni⁶

¹Biogen; ²Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla; ³Hospital Dr. Peset, Valencia; ⁴Hospital A Coruña, Galicia; ⁵Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁶Institut Català de la Salut, Cataluña

INTRODUCCIÓN

La ataxia de Friedreich (AF) es una enfermedad neurodegenerativa rara caracterizada por un deterioro progresivo de las funciones motoras y una esperanza de vida media de 36,5 años. Omaveloxolona (Skyclarys®) es el primer y único fármaco huérfano aprobado por la EMA para el tratamiento de la AF en pacientes mayores de 16 años.

OBJETIVO

Determinar la contribución de valor de omaveloxolona para el tratamiento la AF en España mediante análisis de decisión multicriterio (MCDA).

MATERIAL

Se utilizó un marco MCDA basado en la metodología Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking (EVIDEM) y adaptado a medicamentos huérfanos en España, que incluye nueve criterios cuantitativos, abarcando criterios comparativos y no comparativos ("gravidad de la enfermedad", "necesidades no satisfechas", "eficacia/efectividad", "seguridad/tolerabilidad", "resultados notificados por el paciente", "impacto terapéutico", "otros costes médicos", "costes no médicos/indirectos" y "calidad de la evidencia") y tres criterios contextuales ("prioridades de la población y acceso", "objetivos comunes e intereses específicos" y "capacidad del sistema y uso apropiado de la intervención"). Se realizó una revisión sistemática de la literatura para analizar la evidencia disponible para cada criterio y se estructuró la información en una matriz de evidencia. Un panel multidisciplinario formado por ocho expertos españoles en AF o en la evaluación de medicamentos (dos neurólogos, cuatro farmacéuticos de hospital, un farmacólogo clínico y un representante de pacientes) fueron formados en metodología MCDA y puntuaron la matriz. Se utilizó una escala de puntuaciones para los criterios no comparativos de 0 a 5, y para los comparativos de -5 a 5 (siendo 5 la puntuación más valorada). Los criterios contextuales se evaluaron con una escala cualitativa como impacto positivo, neutro o negativo para el Sistema Nacional de Salud. Se realizaron estadísticas descriptivas para los criterios. Después del proceso de puntuación, se realizó un taller para presentar los resultados y facilitar un debate. La contribución del valor global se calculó utilizando una escala estandarizada de -1 a +1 (+1 = valor más alto) basada en las ponderaciones de cada criterio por 98 evaluadores.

RESULTADOS

Los expertos consideraron la AF como una enfermedad muy grave (media $\pm$ DE: $4,4 \pm 0,5$) con una importante reducción en la esperanza de vida y una elevada morbilidad que lleva a discapacidad funcional. Además, los expertos consideraron que existen importantes necesidades no cubiertas ($4,8 \pm 0,5$), sobre todo por la ausencia de tratamientos específicos para esta enfermedad. En comparación con placebo, los expertos percibieron un perfil de eficacia para omaveloxolona positivo ($2,5 \pm 0,9$) considerando la magnitud del efecto en la puntuación de la escala de evaluación de la AF modificada (mFARS). En cuanto a seguridad, se observó una puntuación neutra ($0,4 \pm 2,1$) aunque algunos expertos destacaron las alteraciones transitorias en niveles de transaminasas, en comparación con placebo. Los resultados reportados por los pacientes fueron considerados positivos ($1,9 \pm 1,0$) dada la mejora en puntuaciones de escalas específicas para la enfermedad (escala de Actividades de la Vida Diaria en la AF, FA-ADL). El impacto en costes directos ($0,4 \pm 1,2$) e indirectos ($1,3 \pm 0,9$) fue considerado neutro debido a la falta de datos para justificar un ahorro de costes. Los expertos consideraron que omaveloxolona proporciona un impacto terapéutico positivo ($2,0 \pm 1,1$) y está respaldado por un nivel de evidencia aceptable ($2,8 \pm 0,7$). La contribución de valor global de omaveloxolona fue 0,47 sobre un máximo de 1. Esta contribución de valor es similar a la de otros medicamentos huérfanos en enfermedades graves sin tratamiento aprobado en la indicación.

CONCLUSIONES Omaveloxolona es el primer tratamiento aprobado para la AF que ha demostrado su contribución de valor positiva en una enfermedad muy grave con importantes necesidades no cubiertas.

86 CREACION DE LA UNIDAD DE INMUNOPREVENCIÓN EN HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA INNOVACIÓN, IA Y MEDICINA PERSONALIZADA

Quinteiro García, Ana¹; Sánchez Ramón, Silvia²; Benavente Cuesta, Celina²; Álvarez Blanco, Antonio²; Olivera Cañadas, Guadalupe²; Rodríguez Cerrillo, Matilde²

¹ SERMAS; ² Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La atención integral de la inmunodeficiencia en pacientes oncohematológicos es un desafío creciente que exige un enfoque multidisciplinar, especialmente en la prevención de complicaciones inmunológicas asociadas a ciertos tipos de cáncer. Por ello, se ha creado una Unidad Funcional de Inmunoprevención en Hematología Oncológica, una estrategia de excelencia diseñada para consolidar el trabajo colaborativo que ha venido desarrollándose durante los últimos años entre los servicios de Hematología, Inmunología, Medicina Preventiva, Farmacia Hospitalaria y Farmacología Clínica.

OBJETIVO

Transformar el manejo de pacientes con inmunodeficiencias primarias y secundarias en el síndrome linfoproliferativo B (SLPB), centrándose en la prevención de infecciones y la mejora de la calidad de vida a través de estrategias personalizadas.

Objetivos secundarios

1. Diagnóstico precoz mediante el algoritmo de IA previamente publicado por el Servicio de Inmunología, que combina niveles de cadenas ligeras con el historial de infecciones en la infancia.
2. Vacunación temprana y evaluación de la respuesta inmunitaria
3. Gestión eficiente de las inmunoglobulinas según criterios basados en evidencia.
4. Integración de inmunología y genética para diseñar tratamientos individualizados y reducir efectos adversos

MATERIAL

Esta Unidad se centrará en la derivación de pacientes desde Hematología a la Consulta de Inmunodeficiencias Secundarias del Servicio de Inmunología. Desde esta consulta se derivarán los casos al Servicio de Medicina Preventiva para la actualización del calendario vacunal.

La Unidad de Vacunación del Adulto realizará una valoración individual y priorización de indicaciones de inmunización. Uso de pautas aceleradas con el objetivo de maximizar la protección antes del inicio del tratamiento oncohematológico.

Se ha definido un protocolo para la indicación de tratamiento con gammaglobulinas policlonales y la decisión de la vía de administración basada en criterios clínicos e inmunológicos.

Se ha organizado un Código Preferente para pacientes con diagnóstico de Linfoma de Alto Grado a través de un circuito por los coordinadores de cada servicio.

La estimación del número de nuevos pacientes es de unos 180 al año (70 linfomas, 50 LLC, 20 MM y 40 otros SLP-B), basada en experiencia de 2023.

La sinergia entre los Servicios de Hematología, Inmunología Clínica, Medicina Preventiva Farmacia Hospitalaria y Farmacología Clínica es clave para garantizar resultados óptimos.

La implicación de una Enfermera de Práctica Avanzada adscrita al Servicio de Inmunología para esta Unidad favorecerá mayor nivel de accesibilidad, coordinación, eficiencia y resultados en salud.

Se realizará, liderado por el Servicio de Farmacia Hospitalaria, un estudio farmacoeconómico.

RESULTADOS

En un estudio piloto reciente observacional retrospectivo de nuestra unidad con 151 pacientes con inmunodeficiencias secundarias (IDS) a SLP-B, la aplicación de herramientas de IA demostró una sensibilidad del 89,5%, especificidad del 100% y precisión del 91,8% para predecir inmunodeficiencias primarias (IDP). El 66% de los pacientes clasificados como "IDP sospechosa" presentó variantes genéticas asociadas a IDP, lo que resalta el potencial de tratamientos dirigidos y personalizados. En un estudio piloto reciente con 21 pacientes oncohematológicos se obtuvieron los siguientes resultados: 12 meses después del inicio de la IgRT, el número medio de días de hospitalización por paciente se redujo de 13,9 a 6,1, con diferencias estadísticamente significativas antes y después de la IgRT ($P=0.0459$), días en UCI de 2,7 a 0. Número de días de baja de 124 a 61 días tras IgRT. Gasto en antimicrobianos y agentes estimulantes de eritropoyesis se redujo de €15,179.20 pre-IgRT a €7604.10 post-IgRT. Ahorro por paciente y año: €5,203.99.

CONCLUSIONES

La Unidad Funcional de Inmunoprevención en Hematología Oncológica representa un cambio transformador en la atención hospitalaria, marcando un nuevo estándar de excelencia. Su enfoque multidisciplinar, basado en prevención, diagnóstico temprano y medicina personalizada, no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino también la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario.

94 CUADROS DE MANDO INTELIGENTES: VISUALIZACIÓN DINÁMICA E INTERACCIÓN EN TIEMPO REAL

Muñoz Iglesias, José Lorenzo¹; Rodríguez Fouz, Coral¹; Rodríguez García, Elena¹; Couso Fernández, Beatriz¹; Díaz López, Enrique¹; Mariño-Ageitos Monteagudo, Salvador¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) están facilitando la obtención de una cantidad colosal de datos durante la atención sanitaria y su transformación en información que, si es de calidad y se analiza con rigor, podrá generar conocimiento.

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) de los centros hospitalarios juegan un papel fundamental en la utilización de esas TICs y en la gestión de la información asistencial obtenida de ellas. Los SADC pueden contribuir, de la mano de los Servicios Asistenciales (SSAA), a generar conocimiento que permita mejorar la calidad de la atención sanitaria.

El Servicio de Admisión y varios servicios clínicos hospitalarios de nuestra Área Sanitaria venían detectando carencias en este proceso (ausencia de indicadores precisos que reflejen la realidad de una actividad que, por ejemplo, en consultas externas va más allá de la división en primeras visitas y consultas sucesivas; necesidad de información orientada a objetivos asistenciales).

Así, el proyecto técnico de Coordinación del SADC incluyó, como línea estratégica, la gestión de la información y el servicio, con la certificación UNE-EN-ISO 9001:2015, estableciendo como objetivo de calidad, la resolución de esas carencias.

OBJETIVO

Diseñar y elaborar cuadros de mando (CM) que faciliten a la Dirección y a los SSAA de un Complejo Hospitalario de segundo nivel, la información necesaria para que la primera pueda tomar decisiones con criterio y los segundos puedan definir y planificar objetivamente su actividad de consultas, pruebas, hospitalización y quirófanos.

MATERIAL

Los documentos se elaboran con los Sistemas de Información de Análisis Complejos (SIAC) de la aplicación informática Web Intelligence, explorando todas sus funcionalidades. Esta herramienta permite:

- La realización de múltiples y complejas consultas para la explotación de datos e indicadores.
- La presentación gráfica de los resultados de las consultas.

La metodología seguida ha sido:

- Análisis de las necesidades de cada Servicio y de la Gerencia/Dirección.
- Diseño y elaboración de un borrador/modelo.
- Presentación en sesión conjunta a todos los Jefes de Servicio y a la Gerencia/Dirección.
- Envío de CM y reuniones con cada Jefe de Servicio para valorar indicadores.
- Elaboración y presentación de CM acordado con cada Servicio.
- Envío periódico de CM actualizado y con propuestas de acciones de mejora, si es el caso.

RESULTADOS

A 28 de febrero de 2025 se han enviado las propuestas de CM a 18 Servicios (tanto de las áreas Médica como Quirúrgica y de servicios centrales). Se han mantenido reuniones de trabajo con 17 Jefes de Servicio que han permitido elaborar las propuestas finales.

Quedan 2 servicios pendientes de envío de la propuesta inicial y 6 servicios pendientes de elaboración de la propuesta.

A falta de medir de forma reglada el nivel de satisfacción de los destinatarios de los CM, cabe señalar que los Jefes de Servicio han trasladado tanto a la Dirección del Área Sanitaria como a los responsables del SADC que esta herramienta les resulta de utilidad para la gestión.

CONCLUSIONES

Los CM elaborados son dinámicos e interactivos y están orientados exclusivamente a objetivos asistenciales. Son CM “a la carta”, por la selección de indicadores consensuados con cada Jefe de Servicio, ya que permiten a cada destinatario, analizar la información de su servicio con el nivel de agregación o desagregación que precise y referida al periodo temporal que desee.

Estos CM facilitan la colaboración entre el SADC, la Dirección y los Servicios Asistenciales para detectar áreas de mejora de manera interactiva y muy visual.

95 CUIDADO HUMANIZADO: LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO POR CESÁREA

Sánchez Barber, Fayna¹; Sánchez Barber, Fayna²; De León Socorro, Silvia²; Santana Padilla, Yeray Gabriel²; Yepez Martínez, Sandra²; Hernández Rodríguez, Isabel²; Martín Martínez, Alicia²

¹ Servicio Canario de la Salud; ² CHUIMI

INTRODUCCIÓN

El acompañamiento durante el parto es una práctica respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que destaca su impacto positivo en la experiencia del parto y en la salud de la madre y del recién nacido. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que tienen un acompañante durante una cesárea reportan beneficios significativos, incluyendo un mayor apoyo emocional, una mejor recuperación en el puerperio y una mayor satisfacción con la experiencia de parto. Por el contrario, la separación durante este proceso puede provocar sentimientos de desamparo, ansiedad y frustración tanto en la madre como en el recién nacido.

En la mayoría de las investigaciones sobre la satisfacción con el acompañamiento en cesáreas, el enfoque ha estado en el contacto piel con piel (CPP). Sin embargo, en nuestro centro, hemos implementado un enfoque que no solo promueve esta práctica, sino que también garantiza la continuidad del acompañamiento incluso si el CPP se interrumpe por razones relacionadas con el recién nacido. En caso de complicaciones maternas, una enfermera del equipo quirúrgico será responsable de informar sobre la interrupción del acompañamiento. Esta estrategia busca humanizar las cesáreas y mejorar la experiencia del parto.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la satisfacción de las mujeres que experimentan un parto por cesárea acompañadas, con el fin de identificar áreas de mejora en la atención perinatal y en la implementación de políticas de acompañamiento.

MATERIAL

Se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario autoadministrado diseñado específicamente para este fin.

Diseño:

La encuesta consta de 14 ítems. El primer ítem identifica si la cesárea fue programada o urgente. Los 13 ítems restantes incluyen 11 preguntas cualitativas con diferentes opciones de respuesta, además de 2 preguntas abiertas de texto libre que permiten recopilar información más detallada y personalizada sobre la experiencia de las participantes. El cuestionario fue sometido a un pretest por parte del equipo investigador para identificar y corregir posibles errores de redacción o problemas de comprensión. La recolección de datos se llevará a cabo durante un periodo de 3 meses, desde el 15 de febrero hasta el 15 de mayo de 2025. El muestreo será de conveniencia.

RESULTADOS

Se espera que los resultados de este estudio revelen un alto nivel de satisfacción entre las mujeres que reciben acompañamiento durante la cesárea, destacando la importancia del apoyo emocional y la continuidad del acompañamiento. Se hipotetiza que las participantes reportarán una disminución de la ansiedad y una mejora en la percepción de la calidad de atención durante el proceso de cesárea. Además, se anticipa que los datos recolectados permitirán identificar áreas específicas de mejora en el protocolo de acompañamiento y en la atención a las pacientes, facilitando la implementación de estrategias basadas en evidencia que promuevan la humanización del parto. La identificación de estas áreas de mejora puede tener un impacto significativo en la formación del personal de salud y en la atención centrada en la mujer, contribuyendo a una experiencia más positiva durante el parto.

CONCLUSIONES

El acompañamiento durante la cesárea tiene el potencial de transformar la experiencia de las mujeres y mejorar su bienestar. Los resultados de este estudio no solo contribuirán a evaluar la efectividad del acompañamiento en el contexto de las cesáreas, sino que también proporcionarán información valiosa para la planificación de mejoras en la atención perinatal.

97 DEFINICIÓN DE CUADROS DE MANDO DE GESTIÓN HOSPITALARIA PARA EL SEGUIMIENTO DE CUESTIONARIOS EN SALUD

Giménez, Emmanuel¹; Giménez, Emmanuel¹; Cubero, David¹; Aller, Marta Beatriz¹; Jove, Alba¹; Galán, Gemma¹; Cossio-gil, Yolima¹

¹ Hospital Universitari Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

Los hospitales orientados a la atención basada en el valor enfrentan el desafío de optimizar la expansión de modelos de seguimiento de cuestionarios de resultados en salud a nivel institucional.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar diversos cuadros de mando diseñados para orientar y validar la gestión por parte de cargos intermedios y superiores en hospitales terciarios.

MATERIAL

El hospital cuenta con una aplicación, entre otras herramientas, para la recolección de datos estandarizados, reportados directamente por los pacientes y relacionados con diversos aspectos de la salud. La organización hospitalaria se estructura en áreas de conocimiento que abordan problemas de salud específicos de manera transversal. Estos problemas se conceptualizan como planes de salud gestionados por equipos especializados. Por ejemplo, el cáncer de mama en su abordaje quirúrgico (problema gestionado por un equipo) se divide en planes específicos para la mastectomía y la reconstrucción mamaria. Para el seguimiento de la implementación de estos planes de salud, se diseñan cuadros de mando para orientar la gestión asistencial y administrativa. Posteriormente a esta fase, y ya en creciente desarrollo, los cuadros se orientan a dar respuesta a equipos clínicos concretos co-creando la forma de presentar gráfica y tabulada según las necesidades para cambiar la práctica individual y colectiva de los pacientes. Estos cuadros de mando son desarrollados por profesionales de la Unidad de Soporte a la Gestión y Resultados en Salud, en colaboración con el Departamento de Arquitectura de Datos del hospital, utilizando una plataforma de visualización propia que permite explotar las bases de datos.

RESULTADOS

Tras un proceso de deliberación sobre lo más adecuado para presentar a los gestores del hospital, se definieron tres cuadros de mando clave. El primero ofrece un análisis descriptivo y transversal de los planes de salud, incluyendo el número de pacientes invitados y los pacientes que completaron los cuestionarios. Se calcula el porcentaje de participación de los respondedores en relación con los asignados al plan de salud. Este cuadro permite monitorear la participación efectiva en el uso de la aplicación. El segundo cuadro muestra el número de respuestas iniciales recibidas, desglosadas por año y mes, lo que permite conocer la dinámica e intensidad de las actividades impulsadas por los diferentes equipos. El tercer cuadro presenta el número de respondedores mensuales, proporcionando una visión más detallada sobre la continuidad de la actividad en el tiempo. Todos los cuadros de mando permiten la estratificación y priorización de tareas, facilitando la gestión global del proyecto y la toma de decisiones asociadas.

CONCLUSIONES

El seguimiento de la ejecución de planes de trabajo vinculados a la atención basada en el valor, que incluyen la recolección de cuestionarios de salud, es una práctica viable y efectiva en el contexto hospitalario. Los cuadros de mando desarrollados proporcionan una herramienta fundamental para abordar problemas específicos desde la perspectiva de los profesionales que atienden directamente a los pacientes.

98 DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN: EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE INGRESO HOSPITALARIO COMO BASE PARA UN NUEVO PROTOCOLO DE INGRESOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS.

López López, Luis Maríano¹; Ramos Acosta, Alvaro¹; Alonso Madrazo, Silvia¹; Lázaro Otero, Mercedes¹; González Zubizarreta, Rocío¹; Andrés Gómez, María¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario desde urgencias es una etapa crítica en la atención sanitaria, con un impacto directo en la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial. Con el objetivo de analizar el estado actual del proceso de ingreso hospitalario e identificar áreas de mejora, se llevó a cabo un estudio detallado de los tiempos de ingreso. Este análisis ha servido de base para el desarrollo de un protocolo estructurado de admisión, diseñado para optimizar la gestión del ingreso, reducir la variabilidad asistencial y mejorar la coordinación entre servicios.

OBJETIVO

Evaluar los tiempos de ingreso hospitalario desde urgencias, identificando puntos críticos y áreas de mejora que justifiquen la necesidad de un protocolo estructurado de admisión para optimizar la eficiencia del proceso y mejorar la seguridad del paciente.

MATERIAL

Estudio observacional retrospectivo sobre el proceso de ingreso hospitalario desde urgencias, analizando los tiempos y variabilidad del proceso durante un período de 12 días. Los datos fueron extraídos del sistema admisión y analizados con Power BI. Se incluyeron 383 ingresos hospitalarios, distribuidos por especialidad.

Las variables analizadas fueron:

- Tiempo desde la llegada del paciente hasta la emisión de la orden de ingreso.
- Tiempo desde la orden de ingreso hasta la aceptación en la unidad de hospitalización.
- Distribución de ingresos por especialidad.

Además del análisis cuantitativo, se realizaron reuniones periódicas con un equipo multidisciplinar, compuesto por facultativos de urgencias, medicina interna y psiquiatría, junto con enfermeras, celadores, trabajadoras sociales y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs). El objetivo de estas sesiones fue contextualizar los datos obtenidos, identificar barreras organizativas y establecer estrategias de optimización del proceso de admisión. A partir de este análisis, se definieron las bases para un protocolo estructurado de ingreso hospitalario, que incluirá medidas para estandarizar tiempos, mejorar la coordinación interdepartamental y garantizar una asignación de camas más eficiente.

RESULTADOS

El análisis de tiempos reveló ineficiencias significativas en el proceso de ingreso.

- El tiempo medio desde la llegada del paciente hasta la emisión de la orden de ingreso fue de 6 horas y 15 minutos (375 min).
- El tiempo medio transcurrido entre la orden de ingreso y la aceptación en la unidad de hospitalización fue de 3 horas y 36 minutos (216 min).
- Se observó alta variabilidad en los tiempos de ingreso según la especialidad receptora, con diferencias significativas entre servicios.

En cuanto a la distribución de ingresos por especialidad, el 40,5% de los pacientes ingresaron en Medicina Interna, seguida de Traumatología (7%) y Cardiología (6,5%). Los hallazgos obtenidos en las reuniones multidisciplinarias permitieron detectar factores que afectan los tiempos de ingreso, como falta de coordinación en la asignación de camas, dificultades en la comunicación entre servicios y ausencia de criterios estandarizados para la priorización de ingresos.

CONCLUSIONES

El análisis de los tiempos de ingreso hospitalario ha puesto de manifiesto una serie de ineficiencias que justifican la necesidad de un cambio estructural en la gestión de la admisión hospitalaria. La elevada variabilidad de tiempos y la falta de estandarización han sido identificadas como barreras críticas que afectan la calidad de la atención y la optimización de recursos.

A partir de estos resultados, se ha iniciado el desarrollo de un protocolo de ingreso hospitalario basado en evidencia, cuya futura implementación tiene como objetivo mejorar la coordinación entre servicios, optimizar la asignación de camas y reducir los tiempos de espera.

Este estudio demuestra que la toma de decisiones basada en datos es clave para la mejora de procesos asistenciales.

113 DIABETES GESTACIONAL: ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA COLABORACIÓN INTERNIVEL

Sánchez Barber, Fayna¹; Hernández Rodríguez, Isabel²; De León Socorro, Silvia²; Santana Padilla, Yeray Gabriel²; Vega Guedes, Begoña²; Sánchez Barber, Fayna²; Martín Martínez, Alicia ²

¹ Servicio Canario de la Salud; ² CHUIMI

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico que afecta a aproximadamente el 14,8% de la población española, con Canarias registrando la mayor incidencia, alcanzando cerca del 10%. Entre las diversas manifestaciones de la DM, se encuentra la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), cuya prevalencia ha mostrado un aumento significativo en los últimos años. Según la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la DMG se presenta en un 6-8% de los embarazos en España. Actualmente, las mujeres gestantes diagnosticadas con DMG en nuestra área son derivadas a la Unidad de Educación Diabetológica Hospitalaria (UDH). Sin embargo, diversas sociedades científicas, como SEGO (2021), sugieren que el diagnóstico, seguimiento y control posparto de la DMG deben ser gestionados principalmente por Atención Primaria (AP) y Atención Especializada Extrahospitalaria. Este proyecto tiene como objetivo implementar una estrategia de cuidados y seguimiento integral para mujeres con DMG.

OBJETIVO

Objetivo general:

Implantar un modelo de atención integral y personalizada durante el embarazo.

Objetivos específicos:

Disminuir la incertidumbre generada por un diagnóstico de DMG A1 (no insulín dependiente).

Fomentar un vínculo profesional-paciente que reduzca el estrés postdiagnóstico.

Asegurar la continuidad asistencial mediante una comunicación efectiva entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria a través de circuitos consensuados.

Minimizar desplazamientos innecesarios al ámbito hospitalario.

Disminuir la ansiedad asociada a la DMG A1, evitando visitas innecesarias al hospital.

MATERIAL

Se llevará a cabo un análisis de la situación actual utilizando la metodología DAFO. Posteriormente, se convocará una reunión entre los equipos de AP y Atención Hospitalaria (AH) para establecer una coordinación interniveles en el marco del proyecto. Se programará un cronograma de actualización formativa, donde matronas de la UDH capacitarán a sus colegas de AP. Finalmente, se diseñará un circuito de derivación bidireccional AH-AP para aquellas mujeres que requieran un nivel de atención específico.

RESULTADOS

Actualmente, las mujeres con Diabetes Mellitus (DM) y las diagnosticadas con DMG realizan su seguimiento en el ámbito hospitalario, lo que implica un modelo de doble accesibilidad a la atención. Con la implementación del nuevo proyecto, se propone un acceso único que favorezca un modelo de atención integral. Las mujeres con DM y DMG A2 (insulín dependiente) continuarán su seguimiento en el ámbito hospitalario, mientras que las DMG A1 podrán beneficiarse de un seguimiento desde AP. Se establecerá un circuito de derivación mediante interconsulta para determinar el nivel óptimo de atención para cada paciente. La nueva metodología de trabajo en equipos de profesionales referentes será crucial para asegurar un seguimiento integral de la gestación, garantizando no solo el control metabólico, sino también el bienestar emocional y el adecuado desarrollo del embarazo.

CONCLUSIONES

La implementación de este proyecto permitirá que un único equipo de profesionales realice un seguimiento integral de las mujeres gestantes con DMG o DMPG, fortaleciendo así la relación terapéutica y mejorando la comunicación entre profesionales y pacientes. El nuevo circuito de derivación facilitará la comunicación interniveles en la atención sanitaria, lo que reducirá las visitas hospitalarias de mujeres con DMG bien controlada, disminuyendo el estrés asociado a su tratamiento a nivel hospitalario. Esto generará un mejor bienestar emocional y una experiencia más positiva durante el embarazo. Además, la disminución de desplazamientos innecesarios al centro hospitalario mejorará la eficiencia en la atención y contribuirá a reducir la huella de carbono del área hospitalaria, promoviendo prácticas más sostenibles y respetuosas con el medio ambiente.

117 DIGITALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD: MEJORANDO LA GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE PROCESOS CON TECNOLOGÍA OPEN SOURCE

Salina Serrano, José María¹; Tur Salom, Xavier¹; Guijarro Peral, Diego¹; Ahumada Vidal, Carlos¹; Matas Millas, Ernesto Rafael¹; Esteban Carrillo, Miguel Ángel¹

¹ Hospital San Juan de Alicante- Conselleria Sanidad Comunidad Valenciana

INTRODUCCIÓN

En la actualidad digital, la optimización de la gestión de la información es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. El Departamento de Salud ha tomado la iniciativa de avanzar en este ámbito mediante un proyecto de transformación digital que integra un sistema de gestión documental open source y un gestor de procesos BPM (Business Process Management) en áreas clave como Recursos Humanos, Documentación Clínica, Atención Primaria y Administración. Este artículo detalla los objetivos, recursos, metodologías y resultados alcanzados en esta innovadora iniciativa.

OBJETIVO

El propósito fundamental del proyecto es actualizar y optimizar la gestión de la información en el Departamento de Salud, con el fin de aumentar la eficiencia operativa, disminuir los tiempos de respuesta y asegurar la calidad en la entrega de servicios de salud. El objetivo es lograr una integración armoniosa de los sistemas de información, permitiendo un acceso ágil y una gestión efectiva de los datos clave en áreas como Recursos Humanos, Documentación Clínica y Atención Primaria.

MATERIAL

Para la ejecución de este proyecto, se eligieron herramientas tecnológicas open source que ofrecieran flexibilidad, escalabilidad y costos más accesibles. Se seleccionó un gestor documental open source que facilitara la captura, almacenamiento y gestión eficaz de documentos digitales. Además, se incorporó un gestor de procesos BPM para automatizar y mejorar los flujos de trabajo en áreas clave como Recursos Humanos, Documentación Clínica y Atención Primaria.

El desarrollo del proyecto se dividió en varias etapas:

- **Análisis de Requerimientos:** Se llevó a cabo un análisis detallado de las necesidades y procesos actuales en el Departamento de Salud en las áreas de Recursos Humanos, Documentación Clínica y Atención Primaria.
- **Selección de Herramientas:** Se evaluaron diversas opciones de gestores documentales y BPM, priorizando aquellas soluciones open source que mejor se alinearan con los requerimientos del departamento.
- **Implementación y Configuración:** Se procedió con la implementación de las herramientas seleccionadas, realizando configuraciones personalizadas para ajustarlas a los flujos de trabajo específicos de cada área.
- **Migración de Contenidos Existentes:** Se ejecutaron los procesos de migración de documentos de historias clínicas (hospitalarias y de atención primaria), expedientes de personal, documentación de gestión de pedidos, albaranes, entre otros.
- **Gestión del Incremental:** Se estableció un sistema automatizado y semiautomatizado para la incorporación de documentación clínica y administrativa en todas las áreas del departamento, con el objetivo de que los profesionales pudieran incorporar fácilmente los documentos al gestor documental.

RESULTADOS

La implementación del gestor documental open source y el gestor de procesos BPM ha permitido gestionar más de 5.000.000 de documentos digitales, con un crecimiento continuo. Los resultados incluyen:

- **Mejora en la Eficiencia:** Optimización de la gestión de documentos y procesos, reduciendo tiempos de búsqueda y trámite.
- **Mayor Transparencia:** Aumento de la transparencia y trazabilidad en áreas clave como Recursos Humanos y Documentación Clínica.
- **Reducción de Errores:** Menor probabilidad de errores humanos gracias a la automatización de los flujos de trabajo.
- **Agilidad en la Atención:** Mejora en el acceso a historias clínicas y gestión de citas en Atención Primaria.
- **Ahorro de Costes:** Reducción de los costos de licencias de software mediante el uso de soluciones open source, manteniendo la calidad y funcionalidad.

CONCLUSIONES

El proyecto de transformación digital en el Departamento de Salud marca un avance clave hacia la modernización y el fortalecimiento de los servicios de salud, aprovechando las ventajas de las tecnologías open source para mejorar la gestión de la información en áreas críticas como Recursos Humanos, Documentación Clínica y Atención Primaria. Este enfoque innovador establece una base sólida para una atención más eficiente, transparente y enfocada en el paciente, optimizando los procesos y elevando la calidad de los servicios brindados.

132 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA DENTRO DE UN PROGRAMA DE TELEMONTORIZACIÓN

Palma Ramírez, M^a Angeles¹; García Martín, Ana Isabel¹; Hernaz Borrego, Giovanna¹; López Fernández, Encarnación¹; Marín Aguilera, Rosa Isabel¹; Lobo Rodríguez, Carmen¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España, es del 12,4% en la población de 40 a 80 años según el estudio EPISCAN II (2019). Otros estudios indican que la prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) se sitúa en el 2% de la población adulta² aumentando con la edad, duplicándose cada década y alcanzando el 10% en mayores de 70 años³. El EPOC y la IC suelen coexistir en muchos pacientes, lo que complica su diagnóstico y tratamiento. Su prevalencia varía entre el 20% y el 70%. La tasa general de reingresos por IC alcanza el 32,6% en el primer año tras el alta hospitalaria, con un 9,7% en el primer mes. El EPOC tiene mayor frecuencia de reingresos hospitalarios, llegando al 50% del total de ingresos. Los programas multidisciplinares centrados en un seguimiento estructurado con educación del paciente, optimización del tratamiento médico, apoyo psicosocial y mejora del acceso a la atención médica, han demostrado reducir las hospitalizaciones por IC y EPOC además de la mortalidad tras el alta hospitalaria.

OBJETIVO

Objetivo General: Analizar el impacto del rol enfermero en la asistencia domiciliar dentro de un programa de telemonitorización. Objetivos específicos: Describir las competencias de la Enfermería en la telemonitorización. Identificar las dificultades en su implementación desde la perspectiva enfermera. Explorar el impacto en la adherencia al tratamiento y la educación para la salud de los pacientes. Proponer mejoras y estrategias para optimizar el papel de la Enfermería en los programas de telemonitorización domiciliaria.

MATERIAL

Diseño del estudio: Estudio observacional y descriptivo sobre la implementación e impacto de la asistencia domiciliar de Enfermería en un programa de telemonitorización. Población y muestra: pacientes con IC y EPOC que estén incluidas en el programa de telemonitorización domiciliaria. Profesionales: Enfermeras que participan en la asistencia domiciliar dentro del programa de telemonitorización de IC y EPOC. Instrumentos de recogida de datos: Historia clínica electrónica para evaluar reingresos hospitalarios, consultas no programadas, evolución clínica de los pacientes y entrevistas semiestructuradas a los profesionales de Enfermería para identificar barreras y oportunidades de mejora en la telemonitorización. Análisis de datos: Cuantitativo: Comparación de datos clínicos antes y después de la implementación de la telemonitorización (reingresos hospitalarios, visitas a urgencias, adherencia al tratamiento). Cualitativo: Análisis de contenido de las entrevistas a Enfermería para identificar percepciones y sugerencias de mejora. Consideraciones éticas: Se garantizará la confidencialidad de los datos de los pacientes según la normativa de protección de datos.

RESULTADOS

Se demuestra que la presencia de la Enfermería en los programas de telemonitorización contribuye a facilitar la accesibilidad, continuidad de cuidados, adherencia al tratamiento y coordinación interdisciplinaria disminuyendo las complicaciones y los reingresos. Este enfoque permite presentar una evidencia tanto cuantitativa como cualitativa sobre el impacto directo que tiene en la mejora de la calidad asistencial dentro de los programas de telemonitorización. Se describe su perfil competencial, se identifican dificultades en la capacitación y adaptación tecnológica, se analiza el impacto en la satisfacción de pacientes y profesionales que evidencia una valoración positiva del rol de enfermería y se desarrolla propuestas de mejora y estrategias para optimizar el programa con la implementación de formación y protocolos estandarizados.

CONCLUSIONES

La Enfermería en la telemonitorización domiciliar desempeña un rol esencial en la prevención, seguimiento, educación del paciente y se hace imprescindible su participación en el equipo multiprofesional. Es clave para garantizar la continuidad del cuidado, mejorar la adherencia al tratamiento, prevenir complicaciones en enfermedades crónicas y reducir el número de reingresos.

145 ES POSIBLE INNOVAR EN UN SERVICIO CLÍNICO: LA GESTIÓN DE PROCESOS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA, EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS.

Ortigueira Espinosa, José Antonio¹; Sánchez Hernández, Eloy²; Vázquez Pérez, Antonio²; Camba Bouzas, José Santiago²

¹Hospital Universitario de Ourense - SERGAS; ²Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

INTRODUCCIÓN

Un servicio de Aparato Digestivo que atiende un área de 305.000 habitantes, con tres hospitales y 106 centros de salud, con incrementos continuos de frecuentación en consultas, pruebas y hospitalización, además de participación en programas de cribado de cáncer, introduce fórmulas de gestión interna para mejorar la accesibilidad, asegurar la calidad asistencial y dar respuesta a nueva cartera de servicios. Se presentan los resultados del período 2015-2024.

OBJETIVO

Mejorar y adecuar la accesibilidad de los pacientes a la cartera de servicios, asegurar la calidad de la prestación asistencial y participar en la investigación clínica aplicada.

MATERIAL

Estudio del estado de situación, mapa de procesos y opciones de mejora, con participación activa de los facultativos y enfermería del Servicio, Atención Primaria y Dirección del Área Sanitaria.

Se acometen acciones para adecuar la frecuentación y mejorar la accesibilidad asistencial: protocolos compartidos, consulta telefónica, e-consulta, prueba y consulta en acto único, sesiones formativas y clínicas transversales y se facilita la preparación de pacientes desde los Centros de Salud. Se establece un plan de renovación y actualización tecnológica.

Se promueve la certificación del Servicio en todo su ámbito asistencial. Se incrementa la cartera de servicios con participación en programas de cribado de cáncer y de referencia en determinadas patologías. Se facilita la investigación clínica aplicada y se participa activamente en la formación MIR y de Ciencias de la Salud.

Con periodicidad, se realizan evaluaciones internas, con análisis de los indicadores de proceso y resultado, auditorías internas y externas, encuestas de satisfacción y sesiones transversales con Atención Primaria.

RESULTADOS

En los últimos diez años, los ingresos hospitalarios han aumentado el 29% (2.149 en el año 2024), la ocupación se ha reducido un 31% (97,26% en el año 2024) y la estancia media ha bajado un 29% (5,10 días en 2024), manteniendo actualmente la hospitalización sin expansiones.

Las exploraciones y pruebas funcionales (15.127 en el año 2024) han aumentado más del 27% y las consultas (26.597 en 2024) más del 32%, aumentando la accesibilidad hasta disponer de listas de espera testimoniales (12,2 días para primeras) y vinculadas a la gravedad de la patología (máximo 2 días para prioridad 1). Los actos asistenciales no presenciales, inexistentes en 2015, representan el 32% de las consultas en 2024.

En las encuestas, los pacientes muestran un grado de satisfacción "satisfecho" o "muy satisfecho" superior al 84%.

El Servicio comenzó su proceso de certificación en 2013 y 2014 con ISO 9001:2008 (sistema de gestión de la calidad) y UNE 179003:2013 (gestión de riesgos para la seguridad del paciente) extendiendo paulatinamente el alcance de las certificaciones hasta todas las áreas del Servicio y los tres hospitales.

Desde el Servicio se participa activamente en proyectos de investigación FISS, entre otros, y lidera la Unidad de Investigación clínica del Área Sanitaria.

La experiencia ha favorecido que los modos de consulta no presenciales, bajo protocolos consensuados en el Área Sanitaria, se vayan extendiendo a muchos servicios hospitalarios y que otras Unidades adquieran interés por certificarse en gestión de la calidad.

CONCLUSIONES

Introducir modelos de gestión de la calidad y de gestión de riesgos, que facilitan y homogeneizan la actividad asistencial, han resultado fundamentales para afrontar con éxito el incremento de frecuentación en el Servicio.

Implantar nuevos modos de consulta bajo protocolos consensuados, facilita la accesibilidad del paciente y hace posible una mejor organización asistencial y coordinación Atención Primaria - Especializada.

La gestión clínica normalizada permite la participación con éxito de los profesionales en la docencia pre y post-grado y en la investigación.

146 ESTIMACIÓN DEL EFECTO ESTACIONAL SOBRE EL ABSENTISMO EN CONSULTAS DE UN ÁREA DE SALUD. COSTE-EFECTIVIDAD DEL SISTEMA RECORDATORIO DE CITAS.

Caudevilla-biota, Eva¹; Gimeno Gurpequi, Iñigo ¹

¹ Hospital de Calahorra

INTRODUCCIÓN

Las inasistencias a las consultas programadas de atención primaria (AP) y especializada (AE) suponen un serio problema en cualquier sistema sanitario (SS), provocando un uso subóptimo del personal sanitario y administrativo, e infrautilizando recursos materiales dispuestos para prestar asistencia. Según datos publicados, el absentismo de pacientes en la consulta del especialista supera el 15% en España. El olvido de los pacientes es una de las principales razones por las que faltan a las citas.

La estacionalidad afecta a las series temporales del absentismo, que registran así un patrón de variación de periodicidad anual; si queremos conocer la tendencia creciente o decreciente respecto a meses anteriores, es necesario desestacionalizar los datos.

Los sistemas de recordatorio de citas (SRC) sobre aplicaciones de mensajería de teléfonos móviles como mensajes cortos (SMS) y llamadas, proporcionan un mecanismo de entrega económico e inmediato como recordatorio de citas de AP y AE.

OBJETIVO

Estimar como influye el factor estacional en la tasa de absentismo.

Determinar la efectividad del SRC (SMS y llamada robotizada o IVR) para reducir las tasas de inasistencias a citas médicas ambulatorias/especializadas en un área de Salud y su hospital de referencia.

Analizar el coste general de las inasistencias en el periodo de tiempo estudiado (2014-2024).

MATERIAL

Población de estudio: pacientes con citas de Primaria y Especializada desde el 1-1-2014 al 31-12-2024. Periodo de tiempo analizado sin sistema recordatorio= 43 meses; Periodo de tiempo analizado con recordatorio= 88 meses

- Estudio ecológico (analítico, retrospectivo y multicéntrico) y Experimento natural.
- Análisis descriptivo, estadístico (regresión), y análisis predictivo con ajuste estacional (modelos ARIMA).
- Evaluación de impacto (Diferencias en Diferencias) y análisis coste-efectividad teniendo en cuenta la perspectiva del financiador.

RESULTADOS

La tasa de inasistencia global (consultas y técnicas) fue menor con el uso del SRC (13,2%), disminuyendo del 6% en la mayoría de los meses que se utilizó y de forma más acusada en primeras consultas con una disminución del 28,5%. La pérdida en costes del absentismo en el área de Salud estudiada ascendió a 4.271.000€ entre 2014 y 2021, descendiendo una media del 25% del coste anual con el funcionamiento del SRC. Se observa un patrón de estacionalidad al absentismo con mayor número de inasistencias durante los meses de verano ($p < .001$).

Regresión Lineal

MEDIDAS DE AJUSTE DEL MODELO					Prueba global del modelo			
Modelo	R	R ²	R ² corregida	AIC	F	gl1	gl2	p
2	0.808	0.654	0.638	246	42.9	4	91	<.001

COEFICIENTES DEL MODELO %INASISTENCIAS/MES					Intervalo de Confianza al 95%		
Predictor	Estimador	EE	Inferior	Superior	t	p	Estimador Estándar
Constante ^a	7.59	0.138	7.32	7.87	54.9	<.001	
Func.sistema_recordatorio:							
si - no	-2.13	0.186	-2.50	-1.76	-11.5	<.001	-1.53

^a Representa el nivel de referencia

COEFICIENTES DEL MODELO %INASISTENCIAS/MES					Intervalo de Confianza al 95%		
Predictor	Estimador	EE	Inferior	Superior	t	p	Estimador Estándar
Constante ^a	8.161	0.192	7.78	8.542	42.49	<.001	
Func.sistema_recordatorio:							
si - no	-2.098	0.173	-2.44	-1.753	-12.10	<.001	-1.502
trimestre:							
cuarto - tercero	-0.591	0.243	-1.07	-0.107	-2.43	0.017	-0.423
primero - tercero	-0.999	0.243	-1.48	-0.517	-4.11	<.001	-0.716
segundo - tercero	-0.767	0.242	-1.25	-0.285	-3.16	0.002	-0.549

^a Representa el nivel de referencia

CONCLUSIONES

- El absentismo provoca ineficiencia en la prestación de AP-AE con costes monetarios sustanciales para el SS. En nuestro entorno, las listas de espera se reducirían en 1 mes si los pacientes avisaran de sus inasistencias.
- El SRC aumenta la tasa de asistencia, reduce los costes asociados y posibilita la reasignación de citas de consultas especializadas, lo que puede anticipar el diagnóstico y tratamiento de otros pacientes.

148 ESTRATEGIA ÚNICA DE GESTIÓN DE RIESGOS: UN ENFOQUE 360° EN LA COMPAÑÍA

Alosete Palacios, Irene¹; Cid Buiza, Laura²; Baulenas Parellada, David²; Fominaya Muñoz, Pedro Tomas²; Díaz De Cerio Escudero, Javier Luis²

¹ Grupo Vithas; ² Vithas Sanidad

INTRODUCCIÓN

Dentro del mapa de riesgos de compañía de Auditoría Interna, la seguridad del paciente (SP) se identificó como riesgo crítico del grupo convirtiéndose en prioridad estratégica los últimos tres años. Consecuentemente, el Área Corporativa de Calidad y SP definió una sistemática común de gestión de riesgos asistenciales en los hospitales.

OBJETIVO

Disminuir el nivel de riesgo de SP en la compañía.

Objetivos específicos (OE):

1. Desarrollar e implantar una estrategia única de gestión de riesgos sanitarios, alineada con el mapa de procesos y la metodología de Auditoría Interna.
2. Obtener la certificación UNE 179.003 en modalidad multisite como aval de la correcta implantación.

Crear un mapa de riesgos asistenciales que informe en tiempo real y automáticamente sobre la evolución del nivel de riesgo de los procesos.

MATERIAL

En 2022, se elabora el mapa de riesgos de compañía donde la SP es considerada riesgo crítico (7ª sobre 12ª riesgos críticos), y se elabora una ficha para auditar y monitorizar su mitigación.

Entre las acciones, se define una nueva metodología de análisis de riesgos asistenciales aplicable a los hospitales, con un catálogo de riesgos común evaluados por matriz de triple factor (impacto, probabilidad y detectabilidad) y determinando el nivel de oportunidad de las acciones valorando la factibilidad y viabilidad. Todo se gestiona en el formulario de "Evaluación de riesgos".

Tras formar a los hospitales, se realiza seguimiento mediante objetivos de calidad y SP y los Acuerdos de Gestión. Asimismo, Auditoría Interna realiza seguimiento con el Área de Calidad y SP para monitorizar la ejecución de acciones y verificar la adherencia.

En 2024 se crea un innovador mapa de riesgos asistenciales de compañía, asociado al formulario de "Evaluación de riesgos" que se actualiza automáticamente y en tiempo real, permitiendo conocer la evolución del nivel de riesgo y el impacto de las acciones trabajadas en los hospitales y corporativo.

RESULTADOS

En tres años se reduce la posición del riesgo de SP cuatro puestos en el mapa de riesgos de la compañía (7ª a 11ª posición).

OE1:

- Metodología común: identificados y evaluados 845 riesgos en 2022, 1310 en 2023 y 2249 en 2024.
- Acuerdos de Gestión 2024: 83% de hospitales cumplen 100%.
- Dimensión de los riesgos: SP (2022: 39%; 2023: 49%; 2024: 60%), atención centrada en el paciente (2022: 36%; 2023: 28%; 2024: 21%), eficiencia (2022: 20%; 2023: 18%; 2024: 15%) y efectividad (2022: 6%; 2023: 6%; 2024: 5%).
- Nivel de riesgo: muy alto - críticos (2022: 4%; 2023: 3%; 2024: 2%), altos - críticos (2022: 41%; 2023: 34%; 2024: 30%), medio - vigilar (2022: 53%; 2023: 55%; 2024: 59%) y, bajos - a vigilar (2022: 2%; 2023: 7%; 2024: 8%).
- Nivel de oportunidad: prioritarios (2022: 41%; 2023: 46%; 2024: 53%), beneficiosos (2022: 28%; 2023: 25%; 2024: 21%), valorable (2022: 22%; 2023: 20%; 2024: 17%) y, no viables (2022: 10%; 2023: 9%; 2024: 8%).

OE2: Certificación UNE 179.003 en modalidad multisite (2023).

OE3: Creación del mapa de riesgos asistenciales para priorizar los procesos con mayor nivel de riesgo y verificar si las acciones realizadas han tenido un impacto positivo. Ejemplo: los riesgos transversales han variado del 3% (nivel crítico) en 2022 a 1% en 2024, y 41% (nivel alto) en 2022 a 33% en 2024.

CONCLUSIONES

La compañía ha realizado esfuerzos significativos durante 3 años para reducir el riesgo de SP, destacando el enfoque integral en la gestión de riesgos. La colaboración entre Auditoría Interna, Calidad y los equipos asistenciales ha permitido implementar acciones para mitigar los riesgos e impactar en una mejora continua. La SP seguirá siendo una prioridad estratégica, dado su impacto en la calidad de la atención, los pacientes y la organización, manteniéndolo bajo supervisión continua.

156 ESTUDIO EDER: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS DERIVACIONES Y SUS RESPUESTAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

Montoro López, Juan¹

¹ Red de Salud Mental de Araba - Hospital Psiquiátrico de Araba

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha dado un aumento de la demanda en varios niveles asistenciales, por distintos motivos, entre los que podrían estar el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y los cambios en las expectativas de la población. Varios de estos cambios se han atribuido a la pandemia de COVID-19, aunque, en gran parte, siguen tendencias que ya se veían antes de ella.

Estos cambios sociales, sumados a dificultades en la provisión de profesionales, suponen un reto para la gestión de la demanda, por lo que distintos servicios y organizaciones han emprendido una renovación de los procesos.

Consideramos muy necesario asegurar que se cumplen los compromisos de plazos y que se minimizan las pérdidas en el seguimiento de pacientes hasta el momento de la consulta de acogida. De manera paralela, consideramos muy necesario evaluar de forma cualitativa algunas características de las mencionadas derivaciones. Vemos necesario mejorar la comunicación y las intervenciones formativas entre ambos niveles para que la información acompañante a las derivaciones y las situaciones en que estas se producen se ajusten a lo protocolizado.

OBJETIVO

Este proyecto pretende medir la calidad de las derivaciones desde atención primaria a las consultas extrahospitalarias de salud mental en nuestra área sanitaria, así como la de sus respuestas.

El objetivo final es el planteamiento de medidas correctoras ante las desviaciones que se encuentren, con el fin de avanzar en algunos aspectos relacionados con la humanización y la equidad: informar al paciente de forma adecuada, asegurar que ninguno se pierda en el proceso, y tener capacidad para priorizar las atenciones preferentes al trastorno mental grave y al riesgo de suicidio.

MATERIAL

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo.

Desde el día del corte, se seleccionan las 80 últimas derivaciones de pacientes nuevos (no reinicios) de atención primaria a los dos centros de salud mental generales de nuestra área sanitaria.

Se evalúa cada elemento de la muestra con base en seis preguntas dicotómicas: tres relacionados con el centro receptor y tres con el centro emisor, con estándares fijados de antemano.

Las fuentes de datos principales son la historia clínica y los sistemas de análisis de datos (basados en OAS).

Se llevan a cabo medidas de estadística descriptiva con la aplicación SPSS.

RESULTADOS

De la muestra inicial de 80 derivaciones, solo 72 se originaron realmente en atención primaria. De ellas, la derivación solo estaba indicada en 14 casos. Esto supone un porcentaje del 19,4 % [10,3, 28,6].

Se han encontrado dos anomalías: un fallo de cumplimiento de plazos de derivación preferente y un caso en que, al parecer por deficiencias de registro, el plazo no se pudo medir.

CONCLUSIONES

Como se puede deducir de los resultados, el margen de mejora es significativo. Los efectos de una corrección pueden incluir:

- Reducción de las listas de espera.
- Mejora de la efectividad y eficiencia del abordaje de las reacciones vitales normales y de los trastornos mentales leves en atención primaria.
- Disminución de la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, así como de la iatrogenia.
- Liberación de recursos para el tratamiento en atención especializada del trastorno mental grave y para el ejercicio de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas.

Tras estudiar los resultados, se proponen las siguientes actuaciones correctivas:

- Difusión de los criterios de derivación.
- Establecimiento de reuniones periódicas entre niveles asistenciales de zonas básicas de salud.
- Fomento de la interconsulta no presencial como canal o sustituto de derivaciones.
- Sesiones formativas y difusión de guías clínicas sobre salud mental en atención primaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



86

162 EVALUACIÓN Y FEED BACK EN LA IMPLANTACIÓN DE CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Cidoncha Moreno, María Angeles¹; Garate Echenique, Lucía¹; Abad García, Roberto ¹

¹ Osakidetza

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la práctica basada en la evidencia en los sistemas sanitarios es un pilar esencial para garantizar la calidad y seguridad en la atención al paciente.

La evaluación permite identificar áreas de mejora, apoyar la implantación de los cambios a través de la retroalimentación y demostrar el impacto de lo puesto en marcha.

Con la designación del Host Euskadi para coordinar la adopción del Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) se está impulsando la creación de cuadros de mando el objetivo de integrar indicadores de buenas prácticas en cuidados y favorecer una toma de decisiones informada mejorando la capacidad de los profesionales para evaluar y monitorizar la calidad del cuidado basado en la evidencia.

OBJETIVO

Impulsar la práctica basada en la evidencia y la utilización de los datos para establecer estrategias de mejora en la toma de decisiones clínicas.

MATERIAL

La metodología incluye:

- A nivel de centro coordinador:
 - Revisión documental, trabajo colaborativo con profesionales de enfermería y pruebas de usabilidad de los cambios y mejoras introducidas pilotándose indicadores de estructura, proceso y resultado.
 - Seguimiento del proceso y resultado de cada organización.
 - A nivel de cada organización adherida:
 - Creación de equipo evaluador para conocimiento, análisis y utilización de los datos en cada organización.
 - Feed back a los profesionales clínicos.

RESULTADOS

Se diseñan indicadores para monitorizar las prácticas basadas en el conocimiento y la utilización de los datos para la evaluación de la implantación de buenas prácticas.

Se identifican áreas de mejora en los registros electrónicos y cambios en los formularios de registro.

Las organizaciones utilizan diferentes formatos para compartir los datos con los profesionales clínicos y establecer junto con ellos puntos de mejora.

CONCLUSIONES

La monitorización de las buenas prácticas mejora la toma de decisiones en el ámbito asistencial. La monitorización es un medio y no un fin en sí mismo, pero aporta conocimiento y ayuda a ir ajustando las estrategias puestas en marcha.

A los líderes y gestores adheridos al programa BPSO permite evaluar la implementación y los resultados de las iniciativas de calidad; proporcionar soluciones adaptadas a cada entorno para sostener y difundir las buenas prácticas.

175 GEMELO DIGITAL PARA LA GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: UTILIZACIÓN Y UTILIDAD

Rodrigo Rincón, Isabel¹; Santana Domínguez, Sergio¹; Mallor Giménez, Fermín²

¹Hospital Universitario de Navarra; ²Universidad Pública de Navarra

INTRODUCCIÓN

El Gemelo Digital representa la cúspide de la cuarta revolución industrial o lo que se conoce como la industria 4.0 y se está utilizando para optimizar la gestión de sistemas complejos. La consultora Gartner incluyó el gemelo digital entre las 10 principales tendencias tecnológicas estratégicas y predijo que el tamaño del mercado de los gemelos digitales puede alcanzar los 183.000 millones de euros en 2031.

Los gemelos digitales pueden definirse como máquinas (físicas y/o virtuales) o modelos informáticos que simulan, emulan, reflejan o "hermanan" la vida de una entidad física, que puede ser un objeto, un proceso, un ser humano o una característica relacionada con el ser humano. Cada gemelo digital está vinculado a su gemelo físico a través de una clave única que identifica al gemelo físico y, por tanto, permite establecer una relación bidireccional entre los dos.

El creciente interés de los gemelos digitales en las organizaciones se debe a que facilitan la monitorización en tiempo real y, por lo tanto, la optimización de los procesos operativos. Es decir, permiten identificar ineficiencias, optimizar flujos de trabajo y asignar los recursos de forma más adecuada. A pesar de todas estas ventajas, se desconoce el grado de utilización y utilidad de los gemelos digitales como apoyo a la toma de decisiones para mejorar la gestión de las organizaciones sanitarias.

OBJETIVO

Conocer la utilización y utilidad de los gemelos digitales para mejorar la gestión de las organizaciones sanitarias.

MATERIAL

En febrero de 2024 se llevó a cabo una revisión de la literatura médica para identificar estudios que investigaran el uso de gemelos digitales en el ámbito de la salud. Las fuentes de información consultadas fueron: Medline, Embase, Scopus, WoS y TripDatabase.

Las palabras claves incluían: digital twins y healthcare, en lenguaje libre y controlado, y sus variaciones, en los campos de título y abstract, sin limitación temporal. Se incluyeron también las presentaciones a congresos.

RESULTADOS

Se recuperaron 891 estudios. Se eliminaron 389 por estar duplicados o por tipo de publicación. De los 502 resultantes, se seleccionaron 37 artículos relacionados con la toma de decisiones en la gestión de las organizaciones sanitarias excluyéndose los que trataban de otras temáticas.

Se agruparon los artículos en: estado actual y desarrollo futuro (12), implicaciones, amenazas y retos (10), oportunidades que brindan los gemelos digitales 6, aspectos tecnológicos, arquitectura y marco 5 y artículos de revisión de literatura 4. Se han identificado los retos para la implantación de los modelos digitales, así como los elementos claves para su desarrollo

CONCLUSIONES

Al aprovechar la tecnología de simulación en tiempo real, el gemelo digital puede prever escenarios futuros y evaluar el impacto de diferentes estrategias de asignación de recursos. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna publicación en la que se haya realizado un gemelo digital de una organización sanitaria entera (hospital...), y las publicaciones de utilidades parciales son muy escasas.

A pesar de la enorme utilidad de los gemelos digitales como apoyo en la toma de decisiones, la revisión bibliográfica indica que la mayoría de los artículos publicados son de conceptualización de la herramienta denotando todavía un desarrollo incipiente, y por lo tanto es un nicho claro de innovación.

176 GESTIÓN BASADA EN VALOR: TRANSFORMANDO LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN UN HOSPITAL CON RECURSOS LIMITADOS

González Bonet, Luis Germán¹; Ferrando Piqueres, Raul¹; Barrue Galiano, Patricia¹; Alcaide Montoliu, Graciela¹; Vilar Fabra, Lidon¹; Escrig Monfort, Joan Carles²

¹Hospital General Universitario de Castellón; ²Salud Pública. Castellón

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos no solo representa la oportunidad de salvar vidas, sino también un reflejo del compromiso de un sistema de salud con sus pacientes y sociedad. Nuestro hospital, a pesar de ser el centro de referencia de toda una provincia, se enfrenta a grandes desafíos: una infraestructura muy envejecida, unos recursos humanos y materiales muy limitados y la peor lista de espera quirúrgica de toda su comunidad autónoma. Sin embargo, en lugar de aceptar estas limitaciones como un obstáculo insalvable, decidimos convertirlas en el catalizador de un cambio innovador. Implementamos un modelo de gestión basado en valor, poniendo a las personas en el centro del proceso y demostrando que, incluso en circunstancias adversas, la excelencia es posible.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es demostrar que la gestión basada en valor y la optimización de los procesos puede optimizar la donación y el trasplante de órganos en entornos hospitalarios con recursos escasos mediante la reorganización estratégica y el fortalecimiento del capital humano.

MATERIAL

Nuestra estrategia se fundamentó en cinco pilares clave:

1. Capacitación del talento humano: Se implementaron programas intensivos de formación para garantizar que cada profesional sanitario pudiera identificar potenciales donantes y comunicarse eficazmente con el equipo de trasplantes.
2. Equipos multidisciplinares de intervención rápida: Se reestructuraron los flujos de trabajo para agilizar la toma de decisiones y garantizar que cada donación potencial se convirtiera en una oportunidad real de trasplante.
3. Tecnología al servicio de la eficiencia: En lugar de depender de inversiones costosas, optimizamos herramientas existentes para mejorar la trazabilidad y logística de los órganos explantados.
4. Optimización de la cadena de custodia de órganos: Se perfeccionaron los protocolos de extracción y transporte, reduciendo significativamente los tiempos de respuesta.
5. Cultura de donación como pilar de cambio: Se trabajó no solo dentro del hospital, sino también con la comunidad y sus asociaciones de pacientes (como por ejemplo la sociedad de pacientes con ELA), fomentando una mentalidad de solidaridad y compromiso con la vida.

RESULTADOS

El impacto de estas medidas ha sido extraordinario. La tasa de donación de nuestra provincia alcanzó los 97.9 donantes por millón de habitantes en 2024 (la mejor del mundo), situándose por encima de la media nacional con un valor de 50.4. Se lograron 213 órganos explantados, con un promedio de 4.35 órganos por donante en muerte encefálica y 3.70 en asistolia. En términos de órganos implantados, se realizaron 176 trasplantes, destacando 14 corazones, 37 hígados, 40 pulmones y 84 riñones. Además, en nuestro hospital se trasplantaron 52 riñones, consolidándonos como un centro de referencia.

Este logro nos enseña una valiosa lección: la innovación en la gestión hospitalaria no depende exclusivamente de la inversión en infraestructuras o tecnología avanzada, sino de la capacidad de empoderar a las personas, optimizar procesos y trabajar con determinación hacia un propósito común. La eficiencia no es cuestión de recursos, sino de visión y liderazgo.

CONCLUSIONES

Hemos demostrado que la excelencia en la donación de órganos no es una cuestión de suerte, sino de compromiso, estrategia y gestión basada en valor. Este modelo es replicable en otros centros con condiciones similares, abriendo la puerta a un futuro donde las limitaciones sean superadas por la determinación y la innovación. Nuestro éxito es el reflejo de una verdad fundamental: cuando las personas son el motor del cambio, lo imposible se convierte en realidad.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****89**

181 GESTIÓN DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Marcos Pedica, Olivier¹; Algar Martínez, Daniel¹; Benaque Vidal, Alba¹; Domingo Ferrer, Lidia²; Cabistañ Arbiol, Cristina³; Benavent Navarro, Anna⁴

¹ CatSalut. Servei Català de la Salut; ² Departament de Salut (Generalitat de Catalunya); ³ Institut Català de la Salut (ICS); ⁴ Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

INTRODUCCIÓN

El presente documento resume el proyecto de gestión de las incapacidades temporales (IT) des del ámbito hospitalario el cual se enmarcó dentro de un plan de refuerzo y transformación de la atención primaria.

Este proyecto tiene como objetivo habilitar la activación de las IT directamente desde los hospitales, minimizando la carga administrativa en la Atención Primaria y optimizando la experiencia del paciente.

OBJETIVO

Anteriormente, cuando un usuario ingresaba o tenía una cirugía ambulatoria en un hospital y requería una baja laboral, debía desplazarse a su centro de atención primaria para gestionarla. El proyecto permite gestionar este procedimiento desde los propios hospitales, facilitando y agilizando el proceso.

Por ello, el proyecto se marca los siguientes objetivos:

- Mejorar la experiencia del ciudadano y su entorno, eliminando la participación de los familiares del paciente en el proceso y suprimiendo la necesidad de desplazamientos al centro de Atención Primaria tanto del paciente como del familiar.
- Agilizar el proceso de gestión de la incapacidad temporal (IT).
- Aumentar la accesibilidad a los centros de Atención Primaria.
- Desburocratizar el sistema para minimizar la carga de trabajo de los profesionales de la Atención Primaria.

MATERIAL

El despliegue del proyecto se organizó de la siguiente manera:

- Planteamiento del proyecto:
 - Rediseño del circuito organizativo del proceso de las IT.
 - Desarrollo de las soluciones de gestión de las IT integradas al sistema de información del hospital.
- Despliegue fase 1 del Proyecto (2022) - Realización IT por Ingreso hospitalario:
 - Se planifica un despliegue del proyecto en 5 fases secuenciales agrupando las 7 regiones sanitarias y 57 hospitales del sistema público.

Cada una de estas fases tuvo una duración de 3 meses.

- Despliegue fase 2 del Proyecto (2023) - Incorporar las CMAs y alta IT por motivo de parto como nuevos casos de uso:
 - Se realiza un despliegue piloto en dos Regiones Sanitarias
 - Una vez validado el correcto funcionamiento del desarrollo, la incorporación de los nuevos motivos en el resto de centros se realiza de manera simultánea con fecha límite Julio 2024.
- Monitorización y seguimiento del proyecto mediante sesiones de seguimiento mensuales en cada Región Sanitaria.

RESULTADOS

Desde Enero 2023 hasta la fecha actual se han tramitado desde los centros hospitalarios 128.000 comunicados.

Desglosando la cifra:

- 72.000 bajas (incapacidades temporales).
- 50.000 comunicados de confirmación (comunicado que alarga el periodo de baja para que el paciente pueda acudir a la atención primaria a realizar el seguimiento. Se genera en el 7º día si el paciente sigue ingresado o en el momento del alta).
- 6000 altas de IT (por motivo de parto, si la paciente tenía una IT activa o en el caso de las Cirugía ambulatoria (CMA) la baja y alta en el mismo acto).

Durante el periodo de Mar.24 a Feb.25 se realizaron 77.000 comunicados lo cual corresponde a 10'4 médicos de familia dedicando la totalidad de su tiempo a tramitar estas bajas.

CONCLUSIONES

El proyecto ha demostrado ser una solución efectiva para optimizar la gestión de las incapacidades temporales en el sistema público de Salud, logrando una mejora de la experiencia del paciente y una reducción significativa de la carga administrativa en la atención primaria.

Entre los beneficios clave destacamos:

- Mayor satisfacción del paciente y su entorno: Se reduce la necesidad de desplazamientos y se facilita el acceso a la baja laboral de manera más cómoda y rápida.
- Eficiencia en la gestión: Se ha agilizado el proceso de tramitación de IT reduciendo la carga burocrática.
- Optimización de recursos sanitarios: La disminución de visitas innecesarias a Atención Primaria permite un uso más eficiente del sistema de salud.

187 GESTIÓN EFICIENTE DE UN SERVICIO HOSPITALARIO SIN JEFATURA: EL ROL DE LA DIRECCIÓN MÉDICA

Molina Guasch, Marilisa¹; Aguera Ortiz, Francisco Javier¹; Hidalgo Pardo, Félix¹; Gallardo Bonet, Soledad¹; Sobrino, Susana¹; Bennasar, María Antonia¹

¹ Hospital Son Llátzer

INTRODUCCIÓN

La gestión de un servicio hospitalario sin jefatura es un desafío para la Dirección Médica, que debe asegurar la continuidad asistencial, la calidad del servicio y la coordinación del equipo sin un líder formal. La Dirección Médica asume un rol estratégico y operativo clave, implementando modelos de liderazgo compartido, estableciendo protocolos y asegurando decisiones eficientes. Este enfoque requiere comunicación efectiva, distribución equilibrada de responsabilidades y uso de herramientas organizativas para optimizar recursos. Además, debe fomentar la cohesión del equipo, la motivación del personal y la resolución ágil de conflictos, minimizando el impacto de la ausencia de una jefatura formal.

OBJETIVO

Asegurar la continuidad y calidad del servicio mediante una gestión estratégica, diálogo eficiente y optimización de recursos, garantizando la coordinación del equipo y el cumplimiento de los objetivos asistenciales.

MATERIAL

En ausencia de un jefe de servicio y ante la imposibilidad de designar un candidato idóneo tanto fuera como dentro del colectivo, la Dirección Médica asumió la jefatura. Se implementó un enfoque estructurado basado en la comunicación directa y el análisis organizativo. Se realizaron reuniones individuales con cada integrante del servicio, incluyendo personal asistencial y administrativo, para conocer sus funciones, inquietudes y propuestas de mejora. También se llevaron a cabo reuniones conjuntas para observar la dinámica de trabajo, identificar líderes naturales y portavoces, y evaluar el funcionamiento general del servicio. Estas estrategias permitieron un análisis detallado de la situación interna del equipo, identificando fortalezas y debilidades. Se estableció un período de dos meses para conocer el funcionamiento, analizando la carga de trabajo y las funciones de cada integrante, así como su compromiso con el servicio y la institución.

RESULTADOS

El análisis del equipo reveló que una de las principales dificultades era la falta de cobertura de la plantilla, lo que generaba una sobrecarga de trabajo que afectaba el rendimiento y la coordinación del equipo. La gestión de la planta de hospitalización recaía principalmente sobre los residentes, mientras que los facultativos asumían las consultas y otras actividades. La persona que ejercía de portavoz no representaba a gran parte del equipo, lo que interfería en la comunicación y la toma de decisiones. Además, existía una gran desmotivación en las personas con menor rendimiento laboral. Con la implementación de una serie de acciones, se completó la plantilla y se distribuyeron equitativamente las cargas de trabajo, formando equipos de 2 y 3 facultativos por patologías. De esta manera, se mantuvo la continuidad de las consultas en caso de ausencias. Se crearon dos equipos para la planta de hospitalización, disminuyendo los tiempos de estancia y el número de ingresos. Se fomentó la participación de los profesionales menos motivados, promoviendo su implicación en las actividades del servicio. Además, se mejoró el clima laboral y una convivencia más saludable. Todas las decisiones fueron discutidas, consensuadas y aprobadas por el equipo.

CONCLUSIONES

La gestión de un servicio hospitalario no depende solo del conocimiento técnico de una especialidad, sino también de la capacidad para liderar, coordinar y gestionar eficazmente un equipo de trabajo. Para asumir la jefatura de un servicio, es fundamental contar con habilidades de gestión de personas, fomentar una comunicación clara y efectiva, y tener una visión organizativa que garantice la eficiencia y el buen funcionamiento del equipo. Un liderazgo basado en la planificación, la escucha activa y la optimización de recursos permite superar desafíos y mejorar la dinámica del servicio, asegurando una atención de calidad para los pacientes.

192 GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y RESULTADOS PRELIMINARES

Gracia Casado, Gema Lucía¹; Berrozpe Villabona, Clara¹; Trillo Martínez, María Luisa¹; Real Campaña, José Manuel¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La gestión por procesos es una estrategia clave para la mejora de la calidad asistencial. La implicación de la Unidad de Calidad Asistencial, de la Subdirección Médica de Gestión por Procesos, Calidad, Seguridad y Formación, junto con los profesionales de los Servicios/Unidades involucradas, ha permitido estructurar y poner en marcha un método para la optimización de los procesos asistenciales, cuyo objetivo no es solo su definición, sino identificar áreas de mejora y establecer planes de acción.

OBJETIVO

Describir el método de trabajo implementado para la gestión por procesos en un hospital de tercer nivel y mostrar los primeros avances en su ejecución.

MATERIAL

Se han establecido criterios de priorización para la selección de los procesos, enfocándose en aquellos asociados a patologías de alta prevalencia, alto impacto sanitario y/o social, procesos de elevada complejidad por su multidisciplinaridad o que representan la continuación de un trabajo previo.

La metodología consta de tres fases:

1. En la primera fase, que se basa en el trabajo con profesionales, se define el proceso mediante una reunión inicial con el gestor del proceso y el grupo core, seguida de la elaboración de un mapa de procesos que identifica a los servicios implicados. Posteriormente, se realiza una reunión informativa con los Servicios/Unidades para la identificación de referentes y se procede a la definición de la secuencia de actividades con el mapeo de la ruta asistencial, identificando los subprocesos, áreas de mejora y determinando las características de calidad de cada actividad y los indicadores.
2. En la segunda fase, en la que se trabaja con pacientes, se integra la experiencia del paciente mediante una revisión bibliográfica sobre experiencias publicadas y la selección de pacientes con la realización de entrevistas individuales a través de un cuestionario. Tras el análisis de respuestas, se organiza un grupo focal para la elaboración de un mapa de experiencia del paciente, que permite detectar áreas de mejora.
3. Finalmente, en la tercera fase se diseña una propuesta de mejora integrando las áreas de mejora detectadas en las fases previas, con un plan de acción que incluye la elaboración de un documento para profesionales, una guía para pacientes y un plan de monitorización.

RESULTADOS

Desde septiembre de 2024 hasta el 28 de febrero de 2025 se está trabajando en 11 procesos de forma simultánea. Se han realizado 47 reuniones con gestores de proceso e interlocutores, 8 reuniones con servicios implicados, 9 reuniones con colaboradores externos y un grupo focal con pacientes. Se ha elaborado un mapa de experiencia del paciente y se han identificado un total de 157 áreas de mejora.

CONCLUSIONES

A pesar de que la implementación de esta metodología en el hospital está en una fase inicial, la gestión por procesos ha permitido identificar áreas de mejora que, en algunos casos, se abordan de manera inmediata. Si bien se presentan desafíos, tales como la limitación de tiempo para las reuniones, la falta de datos objetivos para medir resultados y la variabilidad en la práctica clínica, el enfoque multidisciplinar y centrado en el paciente constituye el camino a seguir. La clave para la optimización de los procesos radica en la identificación de áreas de mejora y en la elaboración de planes de acción concretos, por tanto, como indicador se ha establecido el porcentaje de procesos asistenciales definidos con su respectivo plan de acción.

201 HERRAMIENTA DIGITAL DE CONTROL DE LAS DERIVACIONES DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS A LOS CENTROS CONCERTADOS

Álvarez-Ossorio Piñero, Juan Javier¹; Hidalgo Manzano, Inmaculada²; Franco Bellido, José Luis²

¹ Servicio Andaluz de Salud. HU Virgen del Rocío; ² Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

Desde el servicio de conciertos y prestaciones del Hospital Universitario Virgen del Rocío se ha demandado una herramienta o aplicación informática que integrara la gestión de las derivaciones de las pruebas de diagnósticos, la gestión de trazabilidad del estado de estas y de la gestión económico-administrativa del proceso de facturación. El grupo de trabajo creado entre el departamento de tecnología de la información y comunicaciones, el servicio de conciertos y prestaciones y la UGC de digestivo ha desarrollado la aplicación TRADIT que cumple con los objetivos propuestos.

OBJETIVO

Digitalizar la derivación de pruebas a los centros concertados.

Trazabilidad del estado de cada prueba remitida.

Envío automatizado de los informes clínicos a la Estación Clínica mediante la integración con la oficina de interoperabilidad del Servicio Andaluz de Salud.

Control de calidad de los informes clínicos emitidos, con propuesta de rechazo o modificación de tipo de pruebas.

Emisión del albarán para la facturación mensual.

MATERIAL

Análisis de datos y fuentes existentes previo al desarrollo de la aplicación. Reuniones periódicas con la empresa de desarrollo para los requerimientos. Integración con solicitudes de citas, CITAWEB, y Estación Clínica. Formación a usuarios interno y externos (centros concertados).

RESULTADOS

TRADIT cuenta con dos módulos: el de Gestión de Conciertos y el de Centros Externos. El módulo de Centros Externos permite a las clínicas concertadas la gestión de las citas derivadas a su centro y la subida de informes de pruebas realizadas. El módulo de Gestión de Conciertos se ha ajustado al flujo de trabajo del servicio de conciertos y prestaciones, permitiendo controlar las citas derivadas en un mes, las pendientes de citar, las citadas y las finalizadas. Además cuenta con controles de calidad de pruebas realizadas que facilita la identificación de pruebas mal finalizadas y su posible repetición, mediante control de canceladas.

Como valor añadido de la herramienta TRADIT destacamos los controles de seguridad del paciente, que permiten que no se pueda subir un informe XML que no corresponda con el paciente, o no se le pueda realizar una prueba distinta a la que se solicita.

CONCLUSIONES

Mejora en el proceso de derivación. Con la integración en CITAWEB desde la recepción de la solicitud se puede derivar automáticamente al centro concertado, permitiendo la trazabilidad del estado de la prueba hasta su finalización. Permite la eliminación del papel y reducción del tiempo dedicado a tareas administrativas. Control de la calidad de los informes y seguridad del paciente. Automatización del albarán mensual, que es conforme para ambas partes (el centro concertado y el Hospital) y recoge las modificaciones previas del control de calidad.

207 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN ATENCIÓN INTERMEDIA: UNA ALTERNATIVA ACTUAL Y DE FUTURO

Quiroga García, Vanesa¹; Quiroga García, Vanesa¹; Aloy-Duch, Andreu¹; Pirozzo Skobalski, Hernán¹; Usas Torrents, Meritxell¹; Rubio López, Daria Esther¹; Cancio Trujillo, José Manuel¹

¹ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró

INTRODUCCIÓN

La atención intermedia (ATIN) o sociosanitaria pretende evitar ingresos innecesarios y promover altas precoces, priorizando el enfoque rehabilitador y la calidad de vida del paciente y su entorno. La creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la demanda de recursos impulsan el desarrollo de modelos de atención intermedia, tanto hospitalarios como domiciliarios, con un enfoque geriátrico.

OBJETIVO

Describir el proceso de creación, características, implementación y resultados de una Unidad de Hospitalización a Domicilio de Atención Intermedia (HaDAI) como alternativa a la hospitalización convencional.

MATERIAL

El centro es una Organización Sanitaria Integral (OSI) que atiende a los 4 ámbitos de atención: especializada, primaria, salud mental, e intermedia. La OSI es de referencia comarcal con 316 camas convencionales, con 20 de medicina intensiva, y 76 de ATIN, con una influencia sanitaria poblacional de 280.964 habitantes, y de 445.720 habitantes en Salud mental. A raíz de problemas estructurales se tuvo que trasladar la ATIN a otros centros, creándose la HaDAI. Se elaboró un Plan Funcional de la HaDAI describiéndose el perfil de paciente a incorporar.

RESULTADOS

Estudio piloto pre-implementación. Previa a la creación de la HaDAI se evaluaron el global de 76 pacientes consecutivos de la ATIN, de los cuáles 41 (54%) serían posiblemente tributarios de HaDAI (80,3 ± 11,9 años, estancia media de 33,7 ± 23,3 días, i un 51% varones), si bien sólo 20 (27%) cumplían con las 3 condiciones básicas de HaDAI siguientes:

- 29% disponían de un cuidador válido.
- 100% vivían en una isócrona < 20' del hospital de referencia.
- 88% disponían de un domicilio adecuado.

Características de los pacientes:

- El 95% de los pacientes procedían de la atención especializada.
- El 80% estaban ingresados por deterioro funcional.
- >50% tenían un Barthel < 50 puntos.
- > 90% recibían fisioterapia (FST) diaria.
- Un 39% había precisado O2 y/o antibióticos endovenosos.
- Un 10% había sido visitado en Urgencias y un 7% había reingresado al hospital.
- El 100% tenían deterioro funcional (post-ictus, o post-fracturas).
- El 50% sufrían una insuficiencia cardíaca (ICC) como enfermedad de base.

Estudio piloto pre-, peri- e inmediato post-implementación.

- Se crearon 15 puntos asistenciales de HaDAI para pacientes (en domicilio o residencia social) con cronicidad compleja susceptibles de mejora en 1) recuperación funcional; 2) curas continuadas; y 3) descompensaciones hasta "complejidad moderada"; y ausencia de exclusiones.
- Cobertura asistencial presencial y telefónica, y ambulancias 7 x 24 h.
- Resultados de 4,5 meses (hasta febrero de 2025):
 - Pacientes: 119.
 - Índice de ocupación del 110% (estándar 85 a 95%).
 - Estancia media: 23 días (estándar < 30 días).
 - Procedencia: 69% de Geriátrica/UCP (estándar < 60%).
 - Complejidad del paciente: Índice de Charlson 7,7 (2-13), 55% deterioro cognitivo moderado-severo.
 - Mortalidad 2,8% (estándar < 15%).
 - Reingresos 3,7% (estándar < 10%).
 - Domicilio/residencia 88,7% (estándar > 80%).
 - 43 pacientes (40,6%) han realizado FST (ganancia funcional: 25 puntos Barthel).
 - Satisfacción de los pacientes: media 8 / 10.
 - Ahorro de 2.737 estancias y ahorro teórico de 502 euros por día de estancia.

CONCLUSIONES

El HaDAI ha significado un cambio importante asistencial y cultural para nuestra organización. El perfil de pacientes y sus criterios de ingreso han sido adecuados (deterioro funcional) así como todos los indicadores evaluados destacando la mejora funcional obtenida. La implementación de un equipo de HaDAI es coste efectivo y muy bien aceptado por la población atendida.

208 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA - MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA HUMANIZADA-HADP-MASH-M

García Martín, Ana Isabel¹; Mira Carballo, Nuria¹; Eizaguirre Fernández-Palacios, Teresa¹; Pedruelo Reyes, Nuria¹; Rodríguez Fernández, Rosa¹; Díaz Caro, Isabel María¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón;

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un modelo de asistencia sanitaria que proporciona en la casa del paciente los cuidados, tratamientos y diagnósticos similares a los que recibiría en el hospital. Es una alternativa eficaz que permite la recuperación en su entorno familiar, reduciendo el impacto emocional del ingreso hospitalario, especialmente en niños.

Basada en "La Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado", prioriza la atención en casa cuando sea posible. El Decálogo del Niño Ingresado refuerza este principio comenzando: "No me ingreses si no es absolutamente necesario", y finalizando: "Dame de alta lo antes posible". La Hospitalización a Domicilio Pediátrica (HaDP) puede acortar la hospitalización y su duración. La variedad de patologías atendidas en este modelo de hospitalización es muy amplia, permitiendo su adaptación a las necesidades médicas). Contribuye al bienestar del niño enfermo, y a su recuperación en su propio entorno, mejorando su calidad de vida tanto del paciente como la de su familia.

OBJETIVO

- Describir el perfil asistencial en la HaDP.
- Visibilizar la humanización y optimización de los recursos sanitarios a través de la implementación de la HaDP-MASH-M.

MATERIAL

La recogida de datos se realizó entre 10 diciembre de 2023 al 12 marzo de 2024. Se elaboró un registro específico para la unidad de HaDP, donde se registraron variables demográficas (sexo, zona), variables asistenciales (motivos de ingreso, tipo de tratamiento, tipos de accesos venosos), y variables relacionadas con la hospitalización (días de ingreso hospitalario y ingreso en HaDP, reingresos y tiempo de desplazamiento al domicilio).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables en función de su naturaleza. Los datos se presentan en frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar (DE), mediana y rangos Intercuartiles (Q1-Q3), con un IC del 95%. Análisis estadístico se utilizó SPSS versión 25, entorno Windows.

RESULTADOS

Se analizaron 135 episodios (Pacientes), 84 niños (62,2%) y 51 niñas (37,8%). La edad media en meses fue de 78,91 meses (DE: 66,7), en niños la media fue de 90 meses (DE 72) y en niñas 61 meses (DE: 54). Ingresados en HaDP por servicio médico más frecuentes: Pediatría 54 (40%), Oncología 48 (35,6%), Infecciosas 18 (13,3%), UCI_P y Nefrología ambos con 3 cada uno (4,4%), Neonatología 4 (3%). Los tratamientos más prevalentes: oxigenoterapia 50 (37%), antibioterapia tratamientos intravenosos (antifúngicos...) 29 (21,5%), antibioterapia intravenosos 23 (17%), cuidados de vigilancia (constantes, peso...) 14 (10,4%), tratamientos SC 11 (8,1%). La duración del desplazamiento para cada visita, media de 27 min (DE 4), en las localidades de la zona Oeste en los casos con Tratamiento antibiótico intravenoso el tiempo medio del desplazamiento fue de 41 min (DE 1), en la zona Sur, para oxigenoterapia es de 23 min 7. La mayor prevalencia de ingresos son pacientes del área Madrid-Centro (37,8%), seguida de zona Oeste (27,4%). Los Tratamientos con mayor prevalencia administrados: Oxigenoterapia (37%), tratamiento intravenoso 21,5%, y tratamiento antibiótico intravenoso 17% y cuidados de vigilancia 10,4%. El 40% de los pacientes necesitaron de accesos venosos, periférico el 8,9%, el 25,9% Portha-Cath, PIC 3%, y vía central 1,5%. Reingresos en niños 10 (83,3%) en niñas 2 (16,7%).

CONCLUSIONES

Los servicios médicos con mayor indicación de ingreso en HaDP fueron Pediatría y Oncología. El perfil de paciente que ingresa en HaDP es varón con media de edad de 78,9 meses. El 40% de pacientes necesitaron accesos venosos para Tratamiento, especialmente antibioterapia, otros tratamientos intravenosos, y oxigenoterapia. El tiempo medio de desplazamiento es de 27 min, encontrando diferencias según localidad, tipo de tratamiento y tipo de acceso venoso o de ingreso. El reingreso es más frecuente en niños.

212 IMPACTO DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE LAS MADRES LACTANTES

Fajardo Rodríguez, Lidia¹; Fernández Blanco, Natalia¹; Saravia Tejo, Teresa¹; De La Torre Domínguez, Lucía¹; Alonso González, Inés¹; Artes Rodríguez, Antonia¹

¹ Hospital El Escorial

INTRODUCCIÓN

La OMS recomienda "LME (lactancia materna exclusiva) hasta los seis meses e introducción de alimentos apropiados a la edad del bebé a partir de este momento, manteniendo la LM (lactancia materna) hasta los dos años o más, si madre e hijo así lo desean" 1. La leche materna es considerada la alimentación más adecuada ya que proporciona el aporte energético y los nutrientes necesarios, y es una alimentación segura (1,2). Los beneficios en salud de la LM para niños y madres se producen tanto a corto como a largo plazo (3,4). Se considera que existe una relación lineal con el tiempo de lactancia (exclusiva y total), de modo que cuanto más tiempo dure la lactancia más beneficios se observan 5.

OBJETIVO

Conocer el impacto que tienen las actividades de fomento y apoyo al inicio de la lactancia que realizamos en nuestro centro, sobre la exclusividad y continuación de la lactancia materna a los 6 meses.

MATERIAL

Intervenciones:

Visita prenatal: Tercer trimestre del embarazo, entrevista personal en consulta de matrona hospitalaria.

Educación y apoyo postnatal: Inicio LM en primera hora de vida y contacto piel con piel madre-hijo. Se solventan dudas durante el ingreso hospitalario.

Información y apoyo al alta: Se proporciona a las madres información por escrito y se incluye en el informe de alta el teléfono de contacto de atención 24 horas. A la semana se realiza llamada post-alta, donde se identifica la necesidad de valoración en nuestra consulta de lactancia para valoración de la toma.

Variables:

Variables independientes: Actividades de fomento y apoyo al inicio de la lactancia (ej. educación prenatal, contacto piel con piel, apoyo profesional postnatal).

Variables dependientes: Tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, tasa de continuación de la lactancia materna más allá de los 6 meses.

Se elabora cuestionario ad hoc para conocer tasa de exclusividad a los 6 meses y tasa de continuación más allá de los 6 meses.

Análisis de datos:

Análisis descriptivo: Se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables dependientes y se relacionaron con las actividades de fomento y apoyo al inicio de la lactancia.

RESULTADOS

De las 135 madres encuestadas:

LME a los 6 meses: El 51.11% (69 madres) alcanzó LME hasta los 6 meses. Este grupo había recibido apoyo en las actividades de fomento, como la visita prenatal, contacto piel con piel y el seguimiento postnatal.

Continuación de la LM más allá de los 6 meses: El 84.44% (114 madres) continuó con LM más allá de los 6 meses. Estas madres también se beneficiaron de las intervenciones posnatales y el contacto continuo con el personal especializado.

Apoyo postnatal telefónico: El 14.07% (19 madres) utilizó el apoyo brindado a través del teléfono de contacto ofrecido al alta.

Motivos de abandono de la lactancia materna: Los principales motivos reportados fueron:

"Se quedaba con hambre": 17.04% (23 madres).

"Indicación médica": 11.85% (16 madres).

"Incorporación al trabajo": 7.41% (10 madres).

Porcentaje de madres que iniciaron LM en la primera hora de vida 93.33%

CONCLUSIONES

Estas cifras reflejan el impacto positivo de las actividades de fomento y apoyo en la promoción, en el inicio y mantenimiento de la LM. Sin embargo, también indican áreas para enfocar esfuerzos, como los retos ante la percepción de hambre y la reincorporación al trabajo. La elaboración de la base de datos para este estudio nos permitirá categorizarlos y relacionarlos con otras variables para futuros estudios.

214 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE A. PRIMARIA Y A. DIGESTIVO Y SU REPERCUSIÓN EN LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTA Y LA DEMORA MEDIA.

Sánchez Antolín, Gloria¹; Sañudo García, Soledad¹; Garrote Sastre, Teresa¹; Carbajosa Rodríguez, Virginia²; Díez Redondo, María Pilar¹; Albadalejo Blanco, Celia¹

¹ Hospital Universitario Río Hortega; ² Área Sanitaria Valladolid Oeste

INTRODUCCIÓN

La Interconsulta No Presencial (ICNP), es una consulta virtual sobre un paciente, realizada por un especialista en atención primaria hacia un especialista hospitalario, siendo por tanto un medio de coordinación eficaz para el manejo de un paciente entre los dos niveles asistenciales. El Ministerio de Sanidad reconoce este tipo de consulta como un tipo de asistencia sanitaria que complementa la atención presencial, y agiliza la atención a los pacientes. Las ICNP aportan ventajas al proceso asistencial acortando tiempos y evitando desplazamientos. Sin embargo, aún no existen muchos datos sobre los resultados de la implementación de este tipo de consulta.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar si la implementación de la ICNP entre A. Primaria y el servicio de A. Digestivo, tiene repercusión en la evolución de la lista de espera de consulta de digestivo y la demora media.

MATERIAL

En el Servicio de A. Digestivo se implementó hace 15 meses la ICNP con Atención Primaria. La solicitud de una ICNP desde Atención Primaria debe ser respondida en menos de 72 horas, con dos posibles respuestas: Citar presencialmente o No citar tras realizar recomendaciones de exploraciones o tratamientos a realizar. El Hospital dispone de un sistema de información actualizado permanentemente con los indicadores básicos de consultas que incluyen: pacientes en lista de espera total y estructural, demora estructural media, N° de solicitudes primeras consultas por 1.000 habitantes, % ICNP y % ICNP resuelta con alta, % ICNP resueltas.

RESULTADOS

Los pacientes en LED descendieron desde 1137 en diciembre 2023 hasta 398 en Marzo 2025, la demora media estructural se redujo en ese periodo de 60.84 a 14.88 días, es decir, un 65.0% y un 75.9% respectivamente. La ICNP ha supuesto de media un 22.41% del total de consultas y el promedio de ICNP resueltas con alta ha sido del 72.18%. El promedio solicitud de primeras consultas por 1000 habitantes fue de 1.62 (Rango 1.34-1.89), sin un aumento significativo de la demanda a lo largo del periodo. La actividad extraordinaria supuso <0.5% sólo durante dos meses. Observamos una correlación moderadamente negativa entre el porcentaje de ICNP resueltas con alta y el número de pacientes en lista de espera ($r = -0,66$) estadísticamente significativa ($p = 0,007$), lo que sugiere que un mayor porcentaje de ICNP resueltas con alta está asociado con una reducción en la lista de espera. No se modificó a lo largo del periodo de estudio el número de pacientes nuevos citados en consultas externas.

CONCLUSIONES

La implementación de la ICNP en Aparato Digestivo permite más de un 70% de consultas resueltas con alta. Esto tiene un impacto significativo en la reducción de la lista de espera de consulta, y se asocia significativamente al descenso de la demora media. Además, indica que permite un aumento de la resolutivez de atención primaria ya que las altas en la ICNP no se acompañan de un aumento de la demanda ni de la lista de espera.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****97**

216 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO TRAUMA EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON TRAUMA GRAVE: ANÁLISIS DE TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

Andrés Gómez, María¹; Andrés Andrés, María¹; Fariñas Álvarez, María Concepcion¹; Ballesteros Sanz, María De Los Angeles¹; Ruiz Ruiz, Ana María¹; Cobo García, Estela¹; Flor Morales, Virginia¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La enfermedad traumática grave constituye uno de los principales problemas sanitarios en el mundo. El número de fallecidos en España por causas externas aumenta exponencialmente. El manejo de estos pacientes requiere de equipos multidisciplinares coordinados y protocolos de actuación consensuados para evitar variabilidad. A finales de 2021 se constituye el grupo de trabajo multidisciplinar para la realización del protocolo de atención al paciente con trauma grave en un hospital de tercer nivel y en julio de 2022 se implementa el Código Trauma, estableciendo criterios de activación basados en los criterios de la Clínica Mayo adaptados a nuestro entorno (Código Rojo de R1 a R15 y Código amarillo de Y1 a Y6). Se realiza seguimiento y análisis para la gestión de incidencias, consensuar oportunidades de mejora y trabajar en la mejora continua.

OBJETIVO

La implementación de un Código Trauma permite establecer criterios de actuación conjuntos y coordinados para minimizar el tiempo hasta el tratamiento definitivo, la aplicación adecuada de procedimientos complejos y garantizar la seguridad del paciente. Debería redundar en la mejora de resultados funcionales para los pacientes y disminuir la mortalidad.

MATERIAL

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se utiliza registro específico en Historia Clínica Electrónica etiquetado como proceso trauma grave donde se recogen los pacientes clasificados como "Trauma Grave" en triaje de urgencias (Nivel 1), la activación o no del código, datos epidemiológicos, medio de transporte, ubicación inicial, tiempos de llegada y destino, así como activación de Código H, intervención quirúrgica urgente y mortalidad.

RESULTADOS

En julio de 2022 se implementa el código trauma activándose en 77 ocasiones hasta diciembre, mayoritariamente varones con una edad 51,4 años (DE). Un 43,3% son prioridad rojo, con ingreso directo en UCI. El 46% de los pacientes llegan en la franja horaria de las 20:00 a las 24:00 horas. Un 15% de pacientes (12) fueron estabilizados, tratados y dados de alta desde el servicio de urgencias. Mortalidad global 8,7%.

En el año 2023 se activaron 310 códigos trauma. El 91% son varones con una edad de 48,7 (DE). El 73,8% son prioridad amarillo, recibidos en el servicio de urgencias y el 37,4% códigos rojos ingresados directamente en UCI. El código rojo más activado es R1 (compromiso de vía aérea o paciente intubado) y el amarillo Y3 (atropello a peatón/ciclista/motorista arrojado, atropello con impacto significativo ≥ 30 km/h). El 62% son trasladados en soporte vital avanzado y la hora de llegada está entre las 16:00 y 20:00 horas. Un 18% precisa intervención quirúrgica urgente y se activa el Código H en 12 casos. El 33% fueron dados de alta desde el servicio de urgencias. Mortalidad 6,7%.

En el año 2024 se activaron 494, siendo el 80% varones con una edad mediana de 50 años. El 70% son prioridad amarillo, con ubicación inicial en urgencias y Y1 (caída de más de 2 metros) el mecanismo principal. El 30% ingresan en UCI como R1 fundamentalmente. El 45% (223) fueron dados de alta desde urgencias. Un 11% precisa intervención quirúrgica urgente y se activa el Código H en 26 casos. Mortalidad 4,65%.

CONCLUSIONES

En nuestro medio el paciente tipo es un varón de edad media que sufre caída de altura o accidente de tráfico en horario laboral, son trasladados en soporte vital avanzado y están estables a su llegada al hospital.

La implementación del código trauma mejora la asistencia de los pacientes con trauma grave. Se mejora la identificación de los pacientes con enfermedad traumática grave, la coordinación y comunicación entre los profesionales implicados en su atención y se estandariza un procedimiento de actuación disminuyendo variabilidades en el manejo. Disminuye las estancias hospitalarias y disminuye la mortalidad.

220 IMPACTO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA DEL PROCESO QUIRÚRGICO EN LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD Y DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE COMPLEJIDAD ALTA

Blázquez González, José Antonio¹; Blázquez González, José Antonio¹; Rodríguez Pajares, Carmen¹; Otero Rodríguez, Álvaro¹; López Bernús, Amparo¹; Díez Campelo, María¹; Sánchez Serrano, Jesús Ángel¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La lista de espera quirúrgica (LEQ) es uno de los determinantes fundamentales de la percepción de la calidad de la prestación sanitaria. Las demoras especialmente altas pueden llegar a comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira nuestro sistema sanitario.

El quirófano es uno de los elementos críticos de la organización hospitalaria por la complejidad de su función y la cantidad de recursos que requiere. De su gestión eficiente depende en gran medida que se pueda llegar a una correcta adecuación entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la planificación estratégica integrada del proceso quirúrgico en los indicadores de actividad quirúrgica y de LEQ de un hospital público de complejidad alta.

MATERIAL

Durante el año 2024 se han implementado varias acciones de planificación estratégica integrada del proceso quirúrgico. Se ha analizado la evolución de la LEQ, de la demora media estructural y de la actividad quirúrgica programada desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024, y se ha determinado la influencia sobre estos indicadores de la estrategia de planificación integrada del proceso quirúrgico.

Las acciones de planificación estratégica integrada implementadas en el año 2024 han sido las siguientes:

1. Flexibilidad operativa de la asignación de sesiones quirúrgicas en función de las necesidades asistenciales, los objetivos de LEQ y el rendimiento quirúrgico.
2. Redistribución fuera del Bloque Quirúrgico de los procesos asistenciales quirúrgicos más sencillos.
3. Incremento del número de procesos por sesión quirúrgica en especialidades con potencial de mejora del rendimiento quirúrgico.
4. Potenciación de la realización de procedimientos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.
5. Implantación de un programa estable de prolongación de la jornada quirúrgica.
6. Programa de concierto externo coordinado con la distribución por especialidades del auto-concierto.

RESULTADOS

En el año 2024 se registró un aumento de la actividad quirúrgica electiva del 20% (+3395 procedimientos quirúrgicos programados efectuados: 20.539 vs. 17.144) con respecto al año 2023. Este aumento de actividad quirúrgica fue especialmente relevante durante los meses del verano (julio-septiembre): incremento del 28% de la actividad quirúrgica programada con respecto al mismo periodo del año 2023 (+903 procedimientos quirúrgicos programados efectuados: 4107 vs. 3204), con un aumento relativo en los meses de julio y septiembre del 39% y del 43%, respectivamente. El 73% (659/903) de este incremento comparativo interanual de actividad quirúrgica durante los meses de verano se concentró específicamente en la jornada ordinaria de mañana.

Durante el año 2024 el número de pacientes registrados en LEQ estructural descendió un 39%, el índice entradas/salidas de LEQ se situó en 0,91 y la demora media estructural descendió 37 días (21%).

Se han identificado patrones diferenciados de curvas evolutivas de la demora media estructural en los distintos servicios quirúrgicos del centro analizado. El descenso durante el año 2024 de la demora media estructural en los distintos servicios quirúrgicos se sitúa en el intervalo 3%-73%. Estos patrones evolutivos están influenciados por variables interrelacionadas como el rendimiento quirúrgico en jornada ordinaria, el número de sesiones quirúrgicas de autoconcertación asignadas, y la posibilidad de derivación de procedimientos quirúrgicos a dispositivos asistenciales externos.

CONCLUSIONES

La planificación estratégica integrada del proceso quirúrgico ha permitido aumentar la actividad quirúrgica, reducir el número de pacientes registrados en LEQ y mejorar la demora media estructural. Este aumento de actividad quirúrgica se ha producido preferencialmente en jornada ordinaria de mañana. El análisis de las curvas evolutivas de la demora media estructural permite identificar patrones que informan de la rentabilidad de la asignación de sesiones de auto-concierto aplicando criterios de pesos específicos por especialidades orientados a la consecución de objetivos de LEQ.

228 IMPACTO DEL DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN DE PACIENTES EN LA EFICIENCIA Y LA GESTIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Sánchez Cabrera, Rosa M¹; Soldevila Cases, Cases¹; Asensio Flores, Susana¹; Miguel Huguet, Bernat¹; Capdevila Aguilera, Cristina¹; Álvarez Soto, Ana Belén¹

¹ Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La optimización de recursos y la eficiencia operativa son esenciales en la gestión sanitaria especialmente en hospitales de alta complejidad. La variabilidad en los procesos prequirúrgicos impacta la disponibilidad de camas y la experiencia del paciente. La implantación de metodologías Lean en sanidad ha demostrado mejoras en la gestión de recursos y la reducción de tiempos de espera.

OBJETIVO Evaluar el impacto de la Unidad de Recepción y Preparación de Pacientes (URPP) en la eficiencia hospitalaria, analizando tiempos de estancia prequirúrgica, ocupación de camas y gestión de recursos humanos antes y después de su implantación.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional retrospectivo comparativo. Se compararon dos periodos: pre-implantación (2021-2022) y post-implantación (2023-2024). Las variables principales fueron la hora de admisión del paciente al hospital, la hora de programación quirúrgica y la hora de inicio de la cirugía y la ocupación de unidades de corta estancia.

La población incluyó pacientes ingresados en unidades de corta estancia y cirugía mayor ambulatoria para una intervención quirúrgica, excluyendo cirugías urgentes, trasplantes, cirugía menor ambulatoria, ingresos previos a la cirugía y casos no intervenidos.

Para la intervención, se conformó un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por la Dirección de Procesos, que organizó grupos de trabajo en distintas fases e integró equipos de las unidades estudiadas. Mediante un enfoque Lean Management, se aplicaron herramientas como Value Stream Mapping (VSM), análisis de desperdicios, causa raíz y cálculo de Takt Time, permitiendo identificar ineficiencias en los procesos y diseñar una unidad optimizada, basada en el flujo de pacientes y la mejora continua. Posteriormente, en colaboración con la Unidad de Servicios Generales, se adaptó la infraestructura hospitalaria para responder a las necesidades estructurales del nuevo modelo, garantizando una construcción eficiente y alineada con los principios de Lean Management.

Se calculó una muestra de 12.800 pacientes año. Los datos, extraídos de SAP Business Object 2019 y anonimizados, se analizaron en R, y el estudio fue aprobado por el Comité Ético.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 52.156 pacientes, con una edad media de 61,4 años (SD: 15,8) y una distribución de 52% hombres y 48% mujeres. La mediana de cirugías/día fue de 58 (Q1: 45; Q3: 65).

El tiempo entre admisión y cirugía en hospitalización fue de 1h 58min (Q1Q3 1h 22min - 2h 54min) en 2021-2022 y de 1h 45min (IC95%: 1h 22min - 2h 22min) en 2023-2024. Una reducción de 12min IC95%(10:55 a 14:06). Tras la implantación de la URPP, la distribución horaria de admisiones mejoró. Los ingresos entre 7:00-8:00a.m. disminuyeron de 33,3% (IC95%: 32,6%;33,8%) a 24,5% (IC95%: 23,9%-25,1%) en 2023-2024, y entre 8:00-9:00 a.m. de 18,7% (IC95%: 18,1%-19,4%) a 13,0% (IC95%: 12,4%-13,6%).

El porcentaje de cirugías completadas entre 8:00-9:00 a.m. aumentó de 26,3% (IC95%: 25,7%-26,9%) a 27,9% (IC95%: 27,3%-28,5%), optimizando el flujo quirúrgico.

Tras el cálculo de la ponderación de necesidad ajustada se ha estimado que la eliminación de la reserva de cama de las cirugías de las 08:00 liberó 130809,6 horas en 2023 y 2024 que ha supuesto 1.074.600 €/año. Además, la reorganización del personal permitió reubicar a un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería generando un ahorro adicional de 39857,40 €/año.

CONCLUSIONES

La implantación de la URPP permitió mejorar la eficiencia operativa, reducir los tiempos de espera prequirúrgicos y optimizar la ocupación hospitalaria. La redistribución horaria de las admisiones y la planificación quirúrgica disminuyeron la concentración de pacientes en las primeras horas del día, permitiendo un uso más eficiente de los recursos.

La optimización del flujo quirúrgico y la reducción de ingresos innecesarios han consolidado que la URPP como una estrategia eficiente en la gestión hospitalaria.

231 IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO A UN PROTOCOLO DE COMPARTICIÓN DE VIAL DE FARICIMAB EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EN EL HOSPITAL DE SAGUNTO

Palop Cervera, Marta¹; Borrás Blasco, Joaquín¹; Pérez Gil, Leonor¹; Peiró Gómez, Ana¹; Alonso Benavent, Matilde¹

¹ Hospital de Sagunto

INTRODUCCIÓN

DMAE neovascular y EMD son la principal causa de ceguera legal en países desarrollados. Faricimab es un nuevo anticuerpo biespecífico. Sin embargo, su elevado coste puede limitar su accesibilidad para muchos pacientes. Es práctica común en los servicios de farmacia hospitalaria preparar y dividir el gran volumen de faricimab en unidades más pequeñas, adecuadas para dosis intravítreas de un solo uso para cada ojo.

OBJETIVO

Este estudio buscó determinar el ahorro de costes que se puede lograr mediante la implementación de un protocolo de compartición de viales de faricimab en pacientes con DMAE y EMD en el Hospital de Sagunto. El procedimiento para el fraccionamiento de Faricimab fue aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital de Sagunto.

MATERIAL

Estudio técnico, observacional y retrospectivo de 6 meses, realizado del 1 de mayo al 1 de noviembre de 2024 en el Hospital de Sagunto. El método de fraccionamiento de Faricimab consistió en alicuotar el producto en una campana de flujo laminar, en el área de preparación magistral de la farmacia, para la producción de mezclas estériles, siguiendo el estándar de la Farmacopea Estadounidense (Health-system ASo, 2008), almacenándose posteriormente el fármaco en el refrigerador.

Una vez dentro de la campana de flujo laminar, se desinfectó la parte exterior del tapón de goma del vial y se extrajo el líquido de los 10 viales con la jeringa de 3 ml. A continuación, el faricimab se transfirió al vial de vidrio estéril y, finalmente, se reenvasó en una jeringa de residuo cero de 0,2 ml con tapón protector estéril. Cada jeringa se llenó con 0,08 ml de solución de faricimab. Cada vial de faricimab contiene 29 mg de faricimab en 0,24 ml de solución; por lo tanto, considerando que se utilizaron 10 viales de faricimab para cada lote preparado, se obtuvieron 25 jeringas de faricimab, lo que resultó en 2,5 dosis de faricimab (0,08 ml) para la IVI de un vial. Las jeringas preparadas se envasaron individualmente en una bolsa de plástico transparente, se colocaron en una bolsa estéril con fotoprotector y se almacenaron refrigeradas (2-8 °C).

El ahorro económico se calculó para el número total de IVI administradas. Si cada vial de faricimab se hubiera utilizado para un único procedimiento de IVI y el medicamento restante se hubiera desechado. Los precios de Vabysmo® 120 mg/ml (1 vial de 0,24 ml) se obtuvieron de los boletines de precios publicados oficialmente por la Agencia Española del Medicamento (Precio de Fábrica + IVA).

RESULTADOS

Se administraron 562 IVI (6 mg/0,05 ml) de faricimab a 180 pacientes con degeneración macular asociada a la edad durante un período de 6 meses (del 1 de mayo al 1 de noviembre de 2024) en el Servicio de Oftalmología. Si cada vial de Faricimab se hubiera utilizado para una única IVI y se hubiera desechado el fármaco restante, el coste de 562 IVI habría sido de 523.600 €, considerando que un vial de faricimab se adquiere por 935 €. Con el método de fraccionamiento, se utilizaron 224 viales para todas las inyecciones (tres dosis de 2,5 preparadas a partir de un vial), con un coste de 209.440 €, lo que redujo el coste de la IVI de 935 € a 374 €. El ahorro total estimado entre estos 6 meses, cuando se puso en marcha la preparación, fue de 314.160 € (60 %).

CONCLUSIONES

En un momento en que el coste de la terapia es un componente ineludible en las decisiones sobre el tratamiento médico, el uso compartido de viales de faricimab representa una estrategia prometedora para mejorar la asequibilidad de esta innovadora terapia sin comprometer los resultados clínicos.

238 **IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE TELECONSULTA INTRAHOSPITALARIA PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS**

Castillo Portellano, Lucía¹; Muñoz Sánchez, Carmen¹; Sola García, Miguel¹; García Orta, Rocio¹; Luque Caro, Raquel¹; Puerta Puerta, José Manuel¹

¹ Hospital Virgen de las Nieves Granada

INTRODUCCIÓN

Los pacientes oncológicos y hematológicos requieren atención multidisciplinar debido a la complejidad de sus tratamientos y a la posibilidad de efectos adversos que comprometan la adherencia terapéutica. Estudios recientes han demostrado que la adherencia a la dosis plena en los primeros ciclos de tratamiento impacta directamente en la eficacia de las terapias oncológicas. En el estudio KEYNOTE-775, la combinación de pembrolizumab y lenvatinib mostró mejores resultados en supervivencia global cuando los pacientes lograban mantener la dosis completa durante los primeros ciclos de tratamiento (Makker et al., 2022). La teleconsulta intrahospitalaria se presenta como una estrategia innovadora para optimizar la comunicación entre los servicios clínicos, facilitando la valoración rápida de pacientes, mejorando la adherencia terapéutica y minimizando interrupciones en sus terapias.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar un modelo de teleconsulta intrahospitalaria entre los servicios de Oncología Médica, Hematología y las especialidades consultoras (Cardiología, Riesgo Vascular y Hematología) para mejorar la adherencia a tratamientos oncológicos y reducir demoras en la atención multidisciplinar, asegurando un manejo temprano de los efectos adversos que permita la continuidad terapéutica.

MATERIAL

El equipo directivo del hospital ha diseñado un plan estratégico para la implantación progresiva de la teleconsulta intrahospitalaria. Se establecerá una plataforma de comunicación ágil entre oncología, hematología y los servicios consultores para la gestión de interconsultas en tiempo real.

Fases del desarrollo:

1. **Análisis de necesidades:** Identificación de los principales motivos de consulta entre especialidades, incluyendo control de toxicidades hematológicas, cardiovasculares y metabólicas en pacientes en tratamiento oncológico.
2. **Definición de criterios de derivación:** Establecimiento de protocolos para teleconsultas en base a patologías y efectos adversos frecuentes, priorizando aquellos que puedan comprometer la adherencia terapéutica.
3. **Diseño del sistema de comunicación:** Implementación de una herramienta de teleconsulta segura e integrada con la historia clínica electrónica.
4. **Capacitación del personal sanitario:** Formación en el uso de la teleconsulta para asegurar su correcta utilización y estandarización de los criterios de derivación.
5. **Fase piloto:** Inicio del programa en oncología y hematología con evaluación de tiempos de respuesta y aceptación del sistema.

Indicadores de evaluación:

- **Tiempo medio de respuesta** a consultas (presencial vs. teleconsulta).
- **Porcentaje de adherencia a tratamientos** tras la implementación.
- **Número de ingresos hospitalarios evitados** por toxicidad o complicaciones.
- **Satisfacción del personal sanitario** con el sistema de teleconsulta.

RESULTADOS

Los resultados preliminares tras la implementación del modelo de teleconsulta permitirán evaluar su impacto en la eficiencia asistencial y la adherencia terapéutica. Se espera que la teleconsulta reduzca los tiempos de espera en la atención multidisciplinar y facilite el manejo temprano de efectos adversos, evitando interrupciones innecesarias en los tratamientos oncológicos.

- Se prevé una reducción del tiempo de respuesta en consultas especializadas, mejorando la accesibilidad a la atención experta.
- Se espera una mejora en la adherencia a tratamientos al evitar retrasos por efectos adversos mal controlados, alineado con la evidencia del KEYNOTE-775 que indica que la continuidad en la dosis inicial es clave para la eficacia (Makker et al., 2022).
- Se proyecta una disminución de consultas presenciales innecesarias, optimizando los recursos asistenciales y evitando hospitalizaciones evitables.
- Se anticipa una mayor coordinación entre servicios clínicos, favoreciendo una toma de decisiones más rápida y efectiva para el paciente.

CONCLUSIONES

1. La teleconsulta es una estrategia viable para mejorar la atención multidisciplinar de pacientes onco-hematológicos.
2. Permite una resolución rápida de interconsultas, evitando retrasos en los tratamientos y favoreciendo la adherencia terapéutica.
3. Su implementación podría traducirse en una reducción de complicaciones y hospitalizaciones evitables, optimizando los recursos hospitalarios.
4. La evidencia sugiere que mantener la dosis completa en los primeros ciclos de tratamiento es esencial para maximizar la eficacia terapéutica, lo que refuerza la importancia de un acceso rápido a servicios especializados mediante teleconsulta (Makker et al., 2022).
5. Es un modelo escalable que podría aplicarse a otras especialidades clínicas.
6. Su desarrollo requiere coordinación entre dirección médica, especialistas clínicos y tecnología sanitaria para garantizar su éxito y sostenibilidad.

248 IMPLEMENTACIÓN DE PROMS Y PREMS PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE EL USO DE UNA PLATAFORMA DIGITAL

Campo De Juan, Jordi¹; Campo De Juan, Jordi²; Mercadal Orfila, Gabriel³; Maestre Fullana, M^a Antonia⁴; Pardo Espino, Rafael²

¹Costaisa & Sisemed (Costaisa Group); ²Costaisa; ³Hospital Mateu Orfila; ⁴Hospital de Manacor

INTRODUCCIÓN

En un contexto sanitario en constante evolución, la Medicina Basada en Valor (MBV) se ha consolidado como un enfoque clave para mejorar la eficiencia y los resultados en la atención médica. Esta metodología prioriza al paciente como centro del sistema participando en la evaluación de su tratamiento, además de enfocarse en la obtención de mejores resultados clínicos y en la optimización de los recursos, con un impacto directo en la sostenibilidad del sistema.

OBJETIVO

Evidenciar el impacto positivo de la implantación de estrategias digitales en el marco de la MBV en pacientes externos bajo MHDA.

MATERIAL

Las actividades de este estudio se llevaron a cabo en el contexto de la práctica clínica habitual, los pacientes recibían una atención dual presencial y telemática en la consulta externa de Farmacia Hospitalaria de pacientes MHDA de dos hospitales.

La atención telemática se llevó a cabo a través de una plataforma de telemedicina permitiendo una comunicación bidireccional asíncrona entre paciente y hospital. Esta plataforma permite: Entrega y recopilación automática de PROMs y PREMs, recordatorios y alertas, visualización de resultados en tiempo real en un panel de control y la comparación de la evolución del paciente con otros pacientes con la misma patología.

La plataforma cumple con el RGPD de la UE y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales en España.

Los pacientes fueron enrolados en el momento de iniciar o modificar su tratamiento ambulatorio y se registraron en uno o más programas de seguimiento de enfermedades crónicas. Se dispone de la autorización previa de los CEIC de los hospitales correspondientes, así como de los pacientes que firman el CI en el momento de la inclusión en el programa.

RESULTADOS

Después de 3 años de la implementación progresiva del programa, el 65 -70% de los pacientes de las consultas MHDA de ambos hospitales tienen seguimiento telemático multidisciplinar mediante PROMs y PREMs.

Sobre un total de 1.778 pacientes en programa de seguimiento, 1.447 han generado actividad en la plataforma, enviando 1.688 mensajes de chat, con 64.756 cuestionarios enviados y 40.164 cuestionarios contestados, siendo atendidos por 39 profesionales clínicos diferentes.

El grado de adherencia global a la plataforma fue del 62,02%, con una nota de satisfacción media de 7,96, si bien se observó una disminución puntual de las respuestas en los primeros 6 meses debido a fatiga de encuestas.

El 80,15% de los pacientes calificaron positivamente la experiencia.

CONCLUSIONES

La utilización de los PROMs y PREMs en pacientes MHDA constituye una herramienta útil para el seguimiento coste efectivo, ya que permite reducir visitas hospitalarias innecesarias, ayuda a la conciliación de la vida familiar y la vida laboral de los pacientes, y permite tener resultados de salud reportados por los propios pacientes.

Además, la bibliografía y nuestros resultados preliminares demuestran una mejora en la adherencia al tratamiento.

La mejora a la adherencia a la cumplimentación de los cuestionarios deberá pasar por estrategia de reducir el número de cuestionarios por envío, su frecuencia y/o mayor concienciación en los contactos presenciales con el sistema de salud.

Asimismo, permite mejorar el "patient Journey", dado que periódicamente se pasan PREMs para evaluar la experiencia del paciente enfocada tanto a la atención centrada en la persona como a la coordinación asistencial. Estas métricas permiten ajustar circuitos, implementar mejoras y/o promover el establecimiento de unidades funcionales, entre otras medidas.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****103**

250 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE RELACIÓN ASISTENCIAL EN RED: IMPACTO EN LA ATENCIÓN ONCOHEMATOLÓGICA Y EFICIENCIA

Gamell Álvarez, Lluís¹; Brunet, Joan¹; Vicky, Rovira¹; Rubió, Jordi¹

¹ Institut Català d'Oncologia

INTRODUCCIÓN

La atención oncológica requiere modelos de gestión que garanticen equidad, accesibilidad y eficiencia. En este contexto, se ha implementado un modelo de relación asistencial en red entre un centro especializado y hospitales comarcales con el objetivo de descentralizar la atención, optimizar los recursos y mejorar la continuidad asistencial.

Este modelo establece una gestión compartida de la atención oncológica, donde el centro especializado lidera la gestión clínica global y los hospitales comarcales proporcionan soporte estructural y recursos locales para garantizar proximidad en la asistencia. La estructura de colaboración incluye mecanismos de coordinación profesional, un sistema de facturación basado en actividad y un esquema de corresponsabilidad económica entre los niveles asistenciales.

OBJETIVO

Analizar el impacto del modelo de relación asistencial en red, basado en la corresponsabilidad entre niveles asistenciales, en la atención oncológica. Este estudio evalúa cómo la coordinación entre centros ha influido en la distribución de la actividad clínica, la accesibilidad de los pacientes, la eficiencia económica y la optimización de los recursos humanos y materiales.

Se establece una relación transparente con la red, garantizada a través de un cuadro de mando compartido, donde cada centro dispone de indicadores de actividad y económicos actualizados mensualmente. Este sistema permite un seguimiento en tiempo real del rendimiento asistencial y financiero, facilitando la toma de decisiones basada en datos objetivos.

MATERIAL

Se realizó un análisis retrospectivo de la actividad asistencial y económica durante el año 2024 en comparación con el año previo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en hospitales comarcales bajo el nuevo modelo de relación asistencial. Se analizaron indicadores clave en cuatro dimensiones:

- Asistencial: Número de pacientes nuevos y atendidos, distribución de primeras visitas y seguimiento, redistribución de sesiones de hospital de día. Gestión medicación.
- Económica: Participación en ingresos y gastos, distribución de los ingresos por actividad y resultados. Integración de los profesionales en la red.

RESULTADOS

- En un año el 49,3% de los pacientes atendidos en el área en algún momento han sido atendidos en su hospital comarcal de referencia.
- El 42% de las primeras visitas y el 36,6% de las sesiones de hospital de día se han realizado en uno de los hospitales de la red.
- El 20% de los profesionales de los servicios de oncología médica y hematología presta sus servicios en los hospitales de la red.
- El 19,45% del consumo de medicación oncohematológica se realiza en los hospitales de la red.
- Los hospitales de la red participan en un 24,89% de los gastos y en un 29,43% de los ingresos.
- En el año 2024 todos los centros han participado del 50% de los resultados económicos.
- De los ingresos que reciben los centros el 70% es por la actividad y el 30% por los resultados.

CONCLUSIONES

El modelo de relación asistencial en red ha permitido una descentralización progresiva de la atención, mejorando la accesibilidad de los pacientes sin comprometer la calidad asistencial. Se ha observado una redistribución efectiva de la actividad clínica, con un aumento en la captación de pacientes en la red y un mejor equilibrio en la carga asistencial entre niveles.

Desde el punto de vista económico, la estructura de corresponsabilidad ha demostrado ser sostenible, permitiendo optimizar los ingresos y los gastos sin afectar la continuidad de la atención. La evolución del modelo organizativo ha facilitado una mejor integración de los profesionales en la red.

Este modelo de relación asistencial se está implantando progresivamente en otras regiones sanitarias con el objetivo de lograr una atención oncológica más equitativa, accesible y eficiente.

251 IMPLEMENTACIÓN DE UNA SISTEMÁTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA

Música Orellana, Mikel¹; Gil Molet, Alejandra¹; Larrinaga Llaguno, Maite¹; Presmanes Losada, María Magdalena¹; Maíz Méndez, Ainhoa¹; Merino Ochoa, Olga¹

¹ OSAKIDETZA - OSI BILBAO BASURTO

INTRODUCCIÓN

Dentro del Contrato Programa (CP) anual que la Organización Sanitaria Integrada (OSI) firma con el Departamento de Salud, hay un apartado en el que se evalúan los denominados Proyectos Bottom Up (BU): aquellos proyectos que la propia OSI propone implementar y que nacen a partir de la iniciativa de sus profesionales, estando alineados con las estrategias priorizadas a nivel de Comunidad autónoma.

Estos proyectos están orientados a la implementación de buenas prácticas e iniciativas para mejorar los servicios que se prestan a los/las pacientes y usuarios/as.

OBJETIVO

- Facilitar la identificación de proyectos BU.
- Asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la convocatoria del CP respecto a los proyectos BU.
- Desarrollar una sistemática que fomente la proactividad en los y las profesionales para identificar e implementar proyectos de mejora.

MATERIAL

1. Realización en 2023 de actividades de benchmarking en otras organizaciones sanitarias.
2. Elaboración de propuesta de convocatoria abierta de proyectos BU por parte de la Unidad de estrategia y la Unidad de Investigación e Innovación con criterios técnicos y ayudas económicas.
3. Aprobación por parte del Equipo directivo de la convocatoria y comunicación, primero a líderes y posteriormente a toda la plantilla.
4. Recepción de propuestas de proyectos BU y valoración por parte de la Unidad de estrategia y la Unidad de Investigación e Innovación. Validación final por parte del Equipo Directivo.
5. Apertura de centro de coste asociado a los BU.
6. Reunión con promotores de proyectos no priorizados como BU para analizar la posibilidad de implementación por otras vías.
7. Revisión en 2024: Inclusión de la Comisión de Innovación en la priorización inicial de los proyectos recibidos e incorporación de nuevos criterios de priorización.

RESULTADOS

- Incremento exponencial en proyectos de mejora identificados: 4 en 2021, 6 en 2022, 6 en 2023, 13 en 2024 (primera vez con convocatoria), 26 en 2025
- Incremento de la presencia de atención primaria en los proyectos presentados (de 25% en 2021 a 38% en 2025) y de personal sanitario no facultativo (de 25% en 2021 a 70% en 2025) entre los promotores de los BU.

CONCLUSIONES

La convocatoria para la identificación de BU ha logrado lo siguiente:

- Estructurar la identificación, priorización e implementación de proyectos de mejora.
- Facilitar el cumplimiento de los requisitos del CP.
- Aumentar el número de proyectos de mejora bajo el radar de la organización.
- Incrementar los perfiles profesionales que aparecen como promotores de los proyectos.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



105

252 IMPLEMENTACIÓN EFICIENTE Y SOSTENIBLE DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LOS ACCESOS VENOSOS.

Aznar Vázquez, Irene¹; Barea Gil, Marta¹; Isla Sánchez, Irene¹; Peñalver García, Patricia¹; Martínez Vázquez, Carolina¹; Aguiló López, David¹

¹ Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

En 2021 se conformó un grupo de trabajo con el objetivo de plantear un estudio alineado con los requerimientos y objetivos marcados por el proyecto Flebitis Zero, un proyecto multicéntrico nacional. Dado que la flebitis es una complicación frecuente asociada a la inserción de dispositivos venosos, se consideró fundamental desarrollar un paquete de medidas preventivas basadas en evidencias y actualizar los protocolos técnicos relacionados con ellos, con miras a optimizar la atención y la sostenibilidad del sistema sanitario. Además, estudios recientes han mostrado que los efectos adversos como la flebitis pueden generar costes adicionales significativos, estimándose en torno a 1.500 USD (1380€) por episodio, lo que representa un impacto económico importante en la atención hospitalaria. Según publicaciones de la Infusion Nursing Society (INS), la frecuencia de la flebitis varía en función de diversos factores, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias preventivas eficaces.

OBJETIVO

Definir y ejecutar, mediante un estudio observacional, la eficacia de medidas preventivas y actualización de protocolos en accesos venosos. Evaluar su efecto en la incidencia de flebitis y cuantificar el impacto económico, eficiencia y sostenibilidad.

MATERIAL

Tras una revisión exhaustiva, se planteó un paquete de medidas preventivas basadas en evidencias y se revisaron y actualizaron los protocolos correspondientes a todos los procedimientos técnicos relacionados con los accesos venosos. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio de impacto económico con una estimación de costes que contemplaba diferentes vías, presentándose a dirección para la selección de la vía más adecuada. La estrategia escogida se pilotó mediante un registro manual en una unidad asistencial con alta proporción de pacientes con accesos venosos, registrándose una tasa basal de flebitis del 3,09% en enero de 2023, con mediciones trimestrales durante el periodo de implantación. Paralelamente, se implementaron acciones formativas dirigidas al personal de enfermería, lo que facilitó la implantación de la estrategia de forma transversal en el resto de las unidades asistenciales a lo largo del año 2024, momento a partir del cual se adoptó un registro y explotación telemática de los datos.

RESULTADOS

El análisis de los datos mostró una disminución paulatina en la tasa de flebitis, reduciéndose desde el 3,09% inicial en enero de 2023 hasta alcanzar un 2,44% en la última medición realizada en diciembre de 2024. El tamaño muestral estudiado fue de 1288 accesos venosos.

Teniendo en cuenta las estimaciones que publica la INS, el número de episodios evitados durante el periodo de estudio se estima en 5,8; lo que supone un ahorro económico de aproximadamente 8000€ en la unidad de estudio.

Este descenso respalda la efectividad de las medidas preventivas implementadas y la actualización de los protocolos, aunque hay que tener en cuenta que este ahorro podrá verse modificado por factores específicos de cada centro.

CONCLUSIONES

La creación del grupo de estudio y la implementación de un paquete de medidas preventivas, junto con un análisis de impacto económico, han demostrado ser estrategias efectivas para reducir la incidencia de flebitis.

La combinación de acciones formativas, la expansión del modelo a otras unidades asistenciales y la transición a un registro telemático refuerzan la viabilidad y sostenibilidad del enfoque basado en el valor, optimizando recursos y mejorando la calidad de la atención.

Sin embargo, se identificaron algunas limitaciones: fue preciso realizar una re-evaluación de costes debido a un uso inadecuado de algunos materiales y se requirió reforzar tanto la formación del personal como la frecuencia de las mediciones. Inicialmente, la tasa de flebitis se medía de forma trimestral; actualmente se realiza de forma bimestral y se han incorporado indicadores adicionales de actividad, que se registran mensualmente, como el porcentaje de registro de vías y el porcentaje de pacientes con accesos venosos colocados.

263 INNOVACIÓN DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ADHERENCIA AL REGISTRO CLÍNICO EN HOSPITALIZACIÓN.

Ramírez Flores, Silvia¹; De Tovar Fernández, María Magdalena¹; Ramírez Flores, Silvia¹; Quintero Solís, María Luisa¹; Alemany Lasheras, Francisco José¹; Martín Chacón, Elena Raquel¹

¹ Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente y la continuidad asistencial son pilares fundamentales en la atención hospitalaria, ya que reducen riesgos, minimizan errores y optimizan los resultados clínicos. La complejidad del entorno hospitalario, caracterizado por la intervención de equipos multidisciplinares, la toma de decisiones en tiempos reducidos y la rotación constante de pacientes, aumenta la probabilidad de incidentes y dificulta la gestión asistencial.

En este contexto, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) representan una herramienta clave para la optimización de la atención sanitaria, permitiendo reducir errores humanos, mejorar la coordinación entre profesionales y aumentar la eficiencia en la práctica clínica.

En diciembre de 2023, se inició el desarrollo de una herramienta destinada a mejorar la seguridad del paciente y optimizar su seguimiento hospitalario. Actualmente, su implementación ha demostrado ser eficaz tanto para los profesionales sanitarios como para el registro y adherencia al seguimiento clínico, contribuyendo significativamente a la mejora de la seguridad del paciente hospitalizado.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de la herramienta en la adherencia al registro de cuidados en la historia clínica del paciente hospitalizado y el nivel de satisfacción de los profesionales con la misma.

MATERIAL

Este estudio adopta un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos para la evaluación técnica y científica, junto con un análisis cualitativo centrado en el diseño y la visualización de la información en la aplicación.

Esta herramienta se implementa en el área de hospitalización entre enero y marzo de 2024, tras un pilotaje realizado en diciembre de 2023 en el área de Tratamientos Cortos y en una de las alas de hospitalización. Previamente, se llevó a cabo una presentación a los profesionales de enfermería y medicina, abordando su funcionamiento y finalidad.

Desde su implantación, los profesionales acogen la herramienta de manera muy positiva, manifestando la utilidad que les proporciona en su día a día, tanto para la organización de sus actividades como en la seguridad que les genera con respecto al seguimiento de los pacientes.

Un año después de su puesta en marcha, se ha evaluado el estado de los registros en la Historia Clínica del paciente, objetivando un descenso en todos ellos.

RESULTADOS

a) Resultados en salud: Desde la implementación, el número de valoraciones generales ha aumentado un 19% con respecto a 2023 y un 26,3% con respecto a 2022, alcanzando un 97,01% de pacientes con valoración general registrada. El registro de dispositivos médicos ha experimentado un incremento del 25,4% en comparación con 2023 y del 43% con respecto a 2022, representando un aumento superior al 70% en relación con los valores registrados en 2019.

b) Satisfacción con la aplicación:

- El 82% de los profesionales considera que la herramienta mejora la seguridad del paciente.
- El 80,7% indica que la herramienta facilita la identificación de errores en la atención clínica.
- Usabilidad, el 84% de los encuestados percibe MONPAC como una herramienta intuitiva y de fácil comprensión.
- Continuidad de cuidados, el 76,9% de los profesionales considera que MONPAC contribuye a su mejora, y el 84,6% la valora como un recurso eficaz para la transmisión de información en la asistencia clínica.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman que la implementación ha tenido un impacto significativo en la adherencia al registro clínico y en la percepción de seguridad de los profesionales sanitarios. Se ha observado un aumento notable en el número de valoraciones generales y en el registro de dispositivos médicos, lo que sugiere una mejora en la trazabilidad y calidad del seguimiento del paciente hospitalizado.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud, destaca su utilidad en la optimización del flujo de trabajo, el acceso ágil a la información y la reducción de errores clínicos.

264 INNOVACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE SOMETIDO A PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSCATÉTER (TAVI)

Calvo Barriuso, Elena¹; Gómez Hospital, Joan Antoni¹; Benavides Moya, Rolando Gabriel¹; Millat Servent, Silvia¹; Elvira Meire, María Del Mar¹; Olivera Sáez, Eva¹

¹ Hospital Universitario de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

El gran volumen de pacientes y el aumento de su complejidad, juntamente con la necesidad de mantener los estándares de seguridad y niveles de calidad hacen que necesitemos integrar nuevas tecnologías y sistemas que nos ayuden a lograrlo. Por otro lado, las organizaciones están dedicando grandes esfuerzos en incorporar la experiencia del paciente y de los profesionales, para mejorar el empoderamiento del paciente y la implicación del profesional en los procesos. La mejora de los cuidados se basa en el enfoque del paciente durante todo su proceso por los diferentes servicios y etapa por los que pasa durante su enfermedad o tratamiento.

OBJETIVO

Construcción de un nuevo proceso de TAVI estandarizado, que tiene como pilares la reingeniería de procesos y la mejora de la experiencia del paciente y la prescripción de una APP para facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales que ofrece recursos educativos esenciales para el manejo de sus condiciones de salud como ejes centrales de la transformación.

MATERIAL

Se han identificado los diferentes indicadores de salud a evaluar y como incidir sobre ellos. Por ejemplo: días de estancia media, complicaciones y satisfacción del paciente.

Se ha aplicado la metodología LEAN para la evaluación de todo el proceso del paciente, identificando los diferentes elementos del proceso (actores, circuitos, etapas, puntos críticos).

Se han realizado grupos focales con pacientes para conocer su opinión sobre acciones de mejora.

Como consecuencia de ambos trabajos (reingeniería + xpat) se han realizado propuestas para la optimización del proceso.

RESULTADOS

El proyecto O en TAVI se ha basado en 4 ejes: reingeniería de proyectos, experiencia del paciente y del profesional, creación de un proceso en el sistema sap del hospital, creación de una app con contenido informativo para el paciente.

Una de las claves del éxito es el trabajo en equipo durante todo el proceso: equipo sanitario, ingenieros, administrativos, informáticos, personal de atención a la ciudadanía, etc.

Mediante la reingeniería de procesos se ha reformulado el proceso del paciente de inicio a fin, solucionando muchos de los problemas detectados, como estandarización de las visitas independientemente del origen del paciente, disminuyendo la variabilidad y posibilidad de errores.

Mediante el resultado de los grupos focales se han aplicado cambios sugeridos, por ejemplo, en la información que se le daba al paciente al alta. Se han realizado dos sesiones con la participación de 14 participantes.

En la APP se envían videos informativos y formularios para interactuar con el paciente, permitiendo envío automatizado pero individualizado por paciente de PREMS y PROMS. Se han trabajado 4 infografías, 3 vídeos, incorporado 3 cuestionarios, etc.

Se ha elaborado un proceso de sap informático, donde se introducen todas las variables, visibles para todos los profesionales. Además, permite trabajar con hojas de monitorización del proceso.

La evaluación de la satisfacción del profesional también es clave para evaluar el éxito y permanencia en el tiempo de los cambios aplicados, implicación en el proyecto, etc. Se ha realizado una encuesta a los profesionales que han participado en el proyecto y muestran un NPS de 100. Con 100% de promotores.

CONCLUSIONES

Se ha creado un nuevo proceso de TAVI a nivel informático y tecnológico, con desarrollo de una aplicación de móvil, nuevo contenido multimedia y envío de mensajes, teniendo en cuenta la experiencia de los pacientes sometidos a TAVI, y trabajando de forma multidisciplinar.

La aplicación de nuevas tecnologías en la masificación y altos volúmenes de trabajo es necesaria, pero aplicando siempre el valor y la experiencia del profesional asistencial y del paciente.

269 INNOVACIÓN, ABORDAJE Y PRIMEROS PASOS EN LA ATENCIÓN REMOTA: TELECUIDADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DEL -----

Cañizares Sánchez, Rubén¹; Rubio Gil, Francisco Javier¹; Alonso Vicente, Elena¹; El Hallaj Lista, Maryam¹; Fuentes López, Yolanda¹; Sánchez Romero, Verónica¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

Las consultas de telecuidados han emergido como una modalidad innovadora en la atención sanitaria, impulsada por el avance de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Esta forma de atención permite a los profesionales de enfermería ofrecer cuidados a distancia, facilitando el acceso de los pacientes a servicios de salud.

OBJETIVO

El estudio tiene como objetivos definir el telecuidado en enfermería, sus áreas de aplicación, analizar las herramientas utilizadas, examinar su eficacia en los resultados de salud e identificar las consultas susceptibles de telecuidados en el -----

MATERIAL

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que incluyó artículos científicos, guías profesionales y documentos con información sobre la definición, aplicaciones, beneficios y desafíos del telecuidado. En total se recogieron 42 artículos que permitieron definir el telecuidado y establecer un plan de desarrollo en el -----

RESULTADOS

Los hallazgos indican que el telecuidado abarca la gestión de enfermedades crónicas, cuidados postoperatorios y salud mental. Las herramientas utilizadas incluyen videollamadas, monitorización remota de signos vitales y aplicaciones de salud. La evidencia muestra que el telecuidado puede ser tan efectivo como las consultas presenciales, mejorando la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente.

A pesar de sus beneficios, la adopción generalizada del telecuidado enfrenta desafíos, como la brecha tecnológica y la resistencia de algunos pacientes a utilizar estas nuevas formas de atención. Con la bibliografía disponible, se han identificado algunas consultas de enfermería susceptibles de utilizar estas herramientas para facilitar el acceso a los pacientes y su cuidado a través de las TIC.

CONCLUSIONES

El telecuidado se posiciona como una alternativa viable en la atención de pacientes, optimizando recursos y tiempos. Acercar las consultas y cuidados de enfermería especializados al paciente mejora su calidad de vida, mejora la atención y ofrece resultados positivos en salud.

271 INTEGRACIÓN ASISTENCIAL ÁREA DE SALUD DE TUDELA. SERVICIO NAVARRO DE SALUD

Magaña Orta, Sara¹; Juárez Barrillas, Fernando³; Lagaron Cabello, Blanca⁴; Merino, Fernando⁵; López Mas, José Ramón⁶; Sanz Gálvez, María²

¹Servicio Navarro de Salud; ²Hospital Reina Sofía; ³Centro de Salud Corella; ⁴Centro de Salud Cintruenigo; ⁵Centro de Salud Tudela Este; ⁶Centro de Salud Buñuel

INTRODUCCIÓN

Es un modelo colaborativo entre A.P y A.H centrado en el paciente y orientado a resultados. El Área de Salud de Tudela (Navarra), que incluye el Hospital Reina Sofía y 7 Zonas Básicas de Salud, ha implementado un modelo de integración asistencial que busca mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios mediante la coordinación entre atención primaria, atención hospitalaria.

En nuestro análisis, hemos detectado que existe una falta de comunicación entre niveles, se detectan diferencias en cuanto al enfoque integral del paciente y se detectan diferencias en cuanto al manejo burocrático de determinados procesos.

OBJETIVO

Garantizar una atención integral al paciente, promoviendo estrategias comunes y adaptadas a las necesidades del momento actual. Esta atención integral incluye gerencia integrada, que permite garantizar la continuidad asistencial. Incluye igualmente sostenibilidad y innovación, recogiendo en este punto la implementación de nuevas tecnologías y procesos integrados. Igualmente incluye atención comunitaria en el que hay una participación activa entre los profesionales y la comunidad y finalmente queda incluido el modelo PAISS, en el que se integra atención social y sanitaria a las personas con alta dependencia.

MATERIAL

- Tecnología avanzada
- CNP (Consultas no presenciales)
- Historia clínica integrada
- Protocolos por procesos específicos
- Cursos clínicos compartidos
- Reuniones periódicas y comisiones
- Profesionales de enlace

RESULTADOS

Con la integración asistencial, conseguimos resultados tales como:

- Mejora en la coordinación clínica
- Identificación de áreas de trabajo prioritarias
- Uso de rutas asistenciales específicas
- Comunicación entre niveles y fortalecimiento de las relaciones entre A.P. y A.H

CONCLUSIONES

La colaboración A.P. – A.H. es esencial para mejorar la calidad asistencial.

Requiere esfuerzos continuos de formación y comunicación para superar barreras organizativas y profesionales.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****110**

272 INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS FONDOS DE COHESIÓN EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Chacón García, Ana¹; González Álvarez, Bárbara¹; Basoco Jiménez, Eduardo¹; Martín Herrera, Israel²; Lorenzo Martínez, Susana Francisca²; Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar²

¹Hospital Clínico San Carlos; ²Gerencia Asistencial Hospitales

INTRODUCCIÓN

La gestión de los pacientes derivados desde otras comunidades autónomas (CCAA) a un hospital de alta complejidad, con varias unidades de referencia, se realiza con una aplicación informática del ministerio denominada SIFCOWEB.

Esta aplicación registra el flujo de pacientes de unas CCAA a otras, dentro de los Sistemas de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Los pacientes recibidos desde esta aplicación, deben ser registrados en un segundo tiempo en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del hospital, lo que implica una carga extra de trabajo administrativo y el riesgo de incidencias de registro, que afectan a la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Integrar los registros de la aplicación de SIFCOWEB en la HCE del hospital para mejorar la eficiencia y la seguridad.

MATERIAL

Este proyecto se inició en el año 2023 y se ha realizado gracias al liderazgo de la Consejería de Sanidad, los desarrolladores del Ministerio de Sanidad (MS) y de Sistemas de información de la Comunidad, la dirección del hospital y los profesionales de admisión. Se consensuó el procedimiento por todas las partes implicadas.

RESULTADOS

En la HCE se incorporan las nuevas solicitudes de SIFCO.

Dichas solicitudes se verifican y se envían electrónicamente a los servicios para su aceptación. Los médicos referentes las evalúan y validan. Si procede, se citan, se codifican las atenciones realizadas y se registra el informe de alta.

Todo ello vuelca directamente en la Aplicación SIFCOWEB.

CONCLUSIONES

La integración de aplicaciones externas, como SIFCOWEB en la HCE, mejora la trazabilidad y la seguridad de los procesos y ahorra tiempo de trabajo a los profesionales de todas las categorías profesionales (médicos y administrativos).

El registro adecuado de los pacientes de SIFCO en HCE permite monitorizar la actividad realizada en el propio hospital y a nivel de la consejería, con lo que también mejorará la facturación del centro y del Servicio de Salud.

273 INTEGRACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PROYECTO PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA INTRAHOSPITALARIO

García De León Chocano, Ricardo¹; Martínez Gálvez, María³; Marcos Martínez, María Pilar²; Martínez Romero, Milagros⁴; López Vázquez, María Isabel²; Ramos Albal, Manuel Clemente²

¹Hospital Virgen del Castillo. Área de Salud V. Servicio Murciano de Salud; ²Hospital Virgen del Castillo. Área de Salud V - Altiplano. Servicio Murciano de Salud; ³Hospital Virgen del Castillo. Unidad Funcional Áreas de Salud V y VI. Servicio Murciano de Salud;

⁴Subdirección General de Tecnologías de la Información. Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres europeas. El programa de cribado del cáncer de mama (PCCM) tiene como objetivo diagnosticar el tumor precozmente mediante estudio mamográfico, cada dos años, permitiendo un mejor y más rápido tratamiento, disminuyendo la mortalidad y mejorando el pronóstico y calidad de vida de las pacientes. Durante los dos últimos años existe una propuesta de asunción del PCCM por parte de las unidades hospitalarias, anteriormente realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Esto supone un cambio organizativo en el abordaje del cribado, tanto en los perfiles de profesionales implicados, como a nivel tecnológico, abriendo la posibilidad de incorporar herramientas de Inteligencia Artificial (IA). Actualmente, existen evidencias que avalan los resultados favorables de la lectura mamográfica asociando al factor humano una lectura procedente de IA.

OBJETIVO

Desplegar el PCCM dentro de una unidad hospitalaria, garantizando el acceso a estudios previos realizados desde la AECC e integrando un sistema de IA de procesamiento de mamografías para apoyar la lectura humana.

MATERIAL

Población diana de 5.316 mujeres en edad de cribado, gestionada desde Salud Pública en campaña del PCCM del 15/09/2024 al 15/04/2025. Realización de estudios del PCCM desde la unidad intrahospitalaria, incorporando mamografía con tomosíntesis y lectura de casos por radiólogos expertos en patología mamaria. Estudios previos de mamografía de 9.978 pacientes del área de salud, realizados desde la AECC entre 2009 y 2024. Sistema de IA validado a nivel europeo para su uso en cribado de cáncer de mama, con marcado CE. Algoritmo de IA de aprendizaje profundo para el procesamiento de imagen mamográfica y generación de informe automático de hallazgos, resumido en un score de riesgo de 0 a 100, categorizado en tres niveles: bajo, medio y alto. Periodo de estudio del 15/10/2024 al 24/02/2025 con 2.153 pacientes atendidas.

RESULTADOS

Se ha desplegado el PCCM en la unidad hospitalaria. Se han realizado 2.153 mamografías de cribado con tomosíntesis durante el periodo de estudio.

Se han migrado 40.353 estudios mamográficos previos, realizados desde la AECC, al sistema de archivado y comunicación de imagen médica (PACS) del Servicio de Salud, a través de DICOM.

Se ha desplegado el sistema de IA, con toda su infraestructura hardware y software instalada localmente en servidores del Servicio de Salud, como un nodo DICOM local.

Se ha integrado el sistema de IA en el flujo de trabajo de cribado del sistema de imagen médica de la unidad hospitalaria, automatizando todos los envíos en ambas direcciones: Envío automático de las series de pruebas de mamografía desde el mamógrafo al nodo DICOM del sistema de IA para su procesamiento automático. Envío automático de la imagen procesada, con la incorporación de hallazgos detectados, al sistema de postprocesado de imagen médica.

Se han procesado con éxito 1.988 mamografías de cribado en el sistema de IA, generando un 92,34% de mamografías con informe automático de hallazgos.

CONCLUSIONES

Ha sido posible desplegar el PCCM, integrando en el flujo de trabajo, tanto el acceso a las imágenes previas como a las imágenes procesadas por IA, con su informe automático de hallazgos.

La integración de la IA en el flujo de trabajo no ha supuesto tiempos adicionales de gestión, gracias a la automatización de todo el proceso.

La incorporación de la lectura por IA ha supuesto un importante avance, facilitando el despliegue del PCCM en la unidad hospitalaria, optimizando los tiempos de lectura al requerir una sola lectura humana, apoyada por IA.

Se ha identificado una futura mejora en el proceso de lectura del radiólogo, mediante un sistema de ordenado de pacientes según la categoría del riesgo detectado por la IA.

276 INTEGRANDO LEAN HEALTHCARE E ISO 9001 PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Fariñas Álvarez, María Concepción¹; Flor Morales, Virginia¹; Ruiz Ruiz, Ana¹; Higuera Moreno, Angelica¹; Martín Noda, Carmen M.¹; Andrés Gómez, María¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Lean es una filosofía de mejora continua que maximiza el valor para el cliente eliminando desperdicios, optimizando procesos y promoviendo la participación activa de los profesionales. ISO 9001 proporciona un enfoque sistemático basado en la mejora continua y la gestión del riesgo. La combinación de ambas metodologías permite estructurar, estandarizar y agilizar los procesos, buscando eficiencia, seguridad y satisfacción del usuario.

OBJETIVO

Enfocar los procesos asistenciales del hospital hacia la mejora continua, promoviendo la cultura Lean dentro de la organización a través de la implementación de un sistema de gestión de la calidad (SG) conforme a la norma ISO 9001:2015.

MATERIAL

Ámbito: procesos asistenciales de un hospital de tercer nivel. Se comenzó con el proyecto en febrero de 2018, y continúa actualmente. Para el despliegue, se crea un Comité/grupo de mejora (GM) en cada proceso, que incluye a la dirección, mandos intermedios y profesionales de todas las categorías profesionales coordinados por la Unidad de Calidad. Se establece cronograma y alcance del proceso. Se hace formación en Lean mediante talleres específicos y durante los workshops ("aprender haciendo"). Para la mejora continua se usa la metodología DMAIC y diversas herramientas Lean: Value Stream Mapping (VSM), Customer Journey con pacientes, A3, 5 why's, matriz de priorización, seguimiento de las oportunidades de mejora (OM) y objetivos mediante matriz de riesgos y 3C-Kaizen. Los riesgos se identifican a partir de las incidencias, el análisis del contexto (mediante DAFO), la comunicación, y los indicadores. El SG consta de 7 bloques: 1. Organización, competencias y responsabilidades; 2. Criterios homogéneos de funcionamiento. 3. Coordinación/comunicación entre profesionales del equipo; 4. Coordinación/comunicación con partes interesadas; 5. Experiencia de pacientes-familiares; 6. Sistemas de información/comunicación. 7. Recursos humanos/materiales. 8. Sistema de medición. Los cuadros de mandos se elaboraron a través de Qlik Sense®. Se realizan encuestas de experiencia del paciente mediante totem en urgencias y consultas y SMS a las 48 horas tras el alta en los pacientes hospitalizados y pruebas.

RESULTADOS

Desde 2018 se han abordado los procesos: bloque quirúrgico (28 quirófanos), hospitalización pediátrica (hospitalización convencional y corta estancia), reanimación (incluido unidad de críticos), planta de maternidad, trauma grave, artroscopias, atención al paciente con endocarditis. Se han obtenido la certificación ISO 9001:2015 del Bloque Quirúrgico en 2021, la de Hospitalización pediátrica en 2023, y Reanimación y Maternidad previstas en 2026. Hay 8 GM con 157 trabajadores (94 FEA, 3 MIR, 42 enfermeras, 5 TCAE, 4 celadores, 2 Aux.administrativos y 7 equipo directivo). En los workshops han participado más de 500 trabajadores y 20 pacientes. Se han formado 48 personas en Lean en cursos acreditados (satisfacción global: > 9). En las auditorías externas de los procesos certificados no ha habido desviaciones. Inicialmente en los VSM se identificaron: 335 OM (desperdicios) en el BQ, 69 en hospitalización pediátrica, 34 en reanimación, 45 en maternidad, 73 en trauma grave, 49 en artroscopias, 43 en endocarditis. Se abordaron las OM tras priorización (riesgos rojos y naranjas). Entre las OM cerradas destacan: mejora traslados UCI-BQ, mejora protocolo multirresistentes, protocolos de acogida, Implantación del Código Trauma en el hospital, gestor de ingresos en hospitalización, equipo endocarditis, mejora registros en reanimación, protocolización clínica. Los indicadores de actividad y calidad muestran tendencias positivas. La satisfacción de los pacientes es superior a 9, con NPS en hospitalización de 77 en 2024.

CONCLUSIONES

La integración de Lean Healthcare e ISO 9001:2015 ha mejorado la eficiencia y calidad asistencial, optimizando procesos y reduciendo desperdicios. El enfoque desplegado en el hospital fortalece la coordinación y la mejora continua, permitiendo certificaciones de procesos clave y alcanzando alta satisfacción del paciente y mejora de los resultados. Todo ello con elevada participación y motivación de los profesionales.

278 INTERCONSULTAS DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS.

Chopo Alcubilla, María Jesús¹; Tercero Navarro, Isabel¹; Pérez Llorente, Vanesa¹; Zamora Bagües, Marta¹; Casanovas Marsal, Josep Oriol²; Lafarga Molina, Laura¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (Hospital Universitario Miguel Servet)

INTRODUCCIÓN

La implementación de las Tecnologías de la Información y Comunicación, destacándose la adopción progresiva de la Historia Clínica Electrónica, ha favorecido la estandarización de los procesos de registro, así como la optimización de la comunicación tanto intra como interprofesional en la gestión de los cuidados. La instauración de las interconsultas de enfermería a través de Historia Clínica Electrónica ha facilitado la colaboración entre enfermeras de atención especializada y Enfermeras de Práctica Avanzada en unidades como ostomías. Este modelo de interconsulta contribuye a optimizar los procesos de atención y a una mayor precisión en la gestión de los cuidados especializados.

OBJETIVO

Describir la actividad asistencial respecto a la atención en el paciente ostomizado de un hospital de tercer nivel y evaluar el impacto de la implementación del proceso de registro y gestión de los cuidados en el contexto hospitalario.

MATERIAL

Estudio retrospectivo, observacional y analítico de intervención pre- post implementación de las interconsultas en ostomías en un hospital terciario durante el 2024. Las variables registradas fueron sexo, edad, tiempo de estancia, interconsulta prequirúrgica y postquirúrgica, prioridad de la interconsulta, tiempo de respuesta a la interconsulta y complicaciones. Se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas con la optimización de tiempo de respuesta y repercusión en el paciente cuatro meses antes y cuatro meses después de la implementación de las interconsultas. Los datos se recogieron a través de Historia Clínica Electrónica anonimizados, utilizando los registros de interconsultas. El análisis descriptivo de las variables se presenta mediante indicadores de tendencia central y de dispersión y las variables cualitativas se presentan mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante Jamovi 2.3.13®.

RESULTADOS

Los pacientes a los cuales se les solicitó una interconsulta de enfermería en ostomías fueron en un 57,5% hombres, con una media de edad de 70,3 años (DE:13,5), frente al 42,5% de mujeres. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 29,2 días (DE: 55,6). Antes de la implementación de las interconsultas fue de 28,2 días (DE: 52,4) y post implementación: 31,2 (DE: 62,8) ($p=0.798$). Los pacientes prequirúrgicos atendidos para realización de marcaje y educación sanitaria antes de la implementación fueron el 24,8% (28) frente al 4,4% 5 post implementación ($p=0.004$). Las interconsultas tuvieron en su mayoría, con un 95,6% (108) una prioridad normal frente al tipo de interconsulta preferente, que fue de un 4,4% 5, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre la prioridad otorgada a las IC antes y después de la implementación de las IC a través de HCE ($p=0.005$). El tiempo medio de respuesta a la interconsulta fue de 1,79 días (DE: 3,64) pre implementación y 0,235 días (DE:1,37) post implementación, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,019$). El total de las complicaciones en ostomías fue de un 23,4% (25), no existiendo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la implementación.

CONCLUSIONES Los resultados indican que, durante los meses posteriores a la implementación, no se observaron mejoras significativas en la mayoría de los indicadores evaluados, excepto en el tiempo de respuesta que influye directamente post implementación de las interconsultas. No obstante, los hallazgos subrayan la unificación del canal de comunicación como un avance importante. La implementación de las interconsultas marca un paso inicial en la sistematización de la gestión de los cuidados en los diferentes servicios del hospital.

286 LA GESTIÓN CLÍNICA COMO MOTOR DEL CAMBIO PARA UNA MEDICINA BASADA EN VALOR

Álvarez Soto, Ana¹; Millat Servent, Silvia¹; Romero Aguilar, Nuria²; Elvira Meire, María Del Mar³; Casas González, Julia³; Ferrer Marín, Carla³

¹Hospital Universitari de Bellvitge; ²Atención Primaria Metropolitana Sud

INTRODUCCIÓN

La medicina basada en el valor (MBV) propone orientar a los servicios de salud en su reorganización hacia una atención de máximo valor para los pacientes al mejor coste.

Este modelo combina tres elementos esenciales: a) Implementar sistemas de medición de resultados de salud de valor para los pacientes, b) organizar la práctica asistencial en torno a condiciones clínicas, y c) calcular los costes por paciente durante todo el proceso.

La implementación de los tres componentes requiere el cambio de un modelo fragmentado que ha usado por décadas el pago por actividad y volumen, hacia un modelo centrado en el valor y en el paciente de forma integral e integrada. Esto implica grandes retos, tanto a nivel de las políticas sanitarias e infraestructura, como a nivel de las instituciones, profesionales y pacientes.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es integrar de manera operativa el concepto de MBV en la organización. Es decir, generar cambios organizativos en la institución, a través de la optimización de los procesos clínicos.

MATERIAL

Nuestra gerencia consta de un hospital terciario y un comarcal, que trabajan estrechamente con un amplio número de centros de Atención Primaria.

En el contexto de un proyecto de transformación digital para el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas, nos planteamos un cambio más profundo de 13 condiciones clínicas que habitualmente afectan al paciente crónico complejo (IAM, demencia, obesidad mórbida, EPOC...) y que atendemos de manera transversal e integrada.

Esta transformación consiste en un rediseño de los procesos clínicos mediante Lean Healthcare, valoración de la experiencia del paciente mediante metodología Design thinking con los propios pacientes, medición de esa experiencia y de resultados en salud mediante encuestas PREMs y PROMs, así como evaluación de los costes por proceso, y generación de herramientas digitales para el mejor control de las patologías objeto del proyecto.

Estas herramientas digitales pueden ser dispositivos que monitorizan algunos signos del paciente (pulseras... básculas...), pero también aplicaciones móviles que permiten tanto obtener información específica de su patología, como recoger y enviar parámetros a los profesionales que usarán esta información para monitorizar y cambiar el manejo terapéutico.

RESULTADOS

En el momento actual, tras trabajar en 6 de las 13 condiciones clínicas, podemos decir que han participado de manera integrada 56 profesionales y 111 pacientes en 13 grupos de trabajo diferentes. Se han propuesto 58 acciones de mejora para los 8 tipos de problemas más frecuentes (listas de espera, digitalización, coordinación, comunicación, gestión de la información, trazabilidad de pacientes, obtención y explotación de datos). Muchas de estas acciones están en fase de implantación. Así mismo, se creará una nueva unidad funcional (demencias).

Para el seguimiento de los resultados derivados, se han creado un cuadro de mandos para cada proceso con 18 indicadores comunes (seguridad clínica, eficiencia, experiencia del paciente...), y una media de 20 indicadores específicos.

Los profesionales puntúan con un 8.23 su satisfacción global, y están más satisfechos cuanto mejor es el liderazgo clínico del proyecto. Los pacientes puntúan su satisfacción en un 9.4 sobre 10, y un 96.35% de ellos volverían a participar en una experiencia similar.

CONCLUSIONES

Cada vez está más claro que debemos enfocarnos hacia una asistencia sanitaria de calidad, en base a las necesidades de los pacientes, y que debemos contar con ellos para definir el modelo de atención y aquello que consideran valor. Y, sobre todo, medir si realmente estamos consiguiendo maximizarlo.

A través de proyectos innovadores en base a la optimización de los procesos clínicos, podemos generar un cambio organizativo profundo en el sistema sanitario, implicando tanto a profesionales como a los pacientes, con un alto grado de satisfacción de ambos colectivos.

287 LA GESTIÓN DEL PACIENTE MUSCULOESQUELÉTICO. DE UNA NECESIDAD A UNA OPORTUNIDAD

Tendero Alarcón, Andrés¹; Salvador Blasco, Remedios²; Fernández González, Rafael²; De Toro Rodríguez, Silvia²; Levia López, Ana María²

¹Gerencia Atención Integrada de Villarrobledo-SESCAM; ²Hospital General de Villarrobledo

INTRODUCCIÓN Las patologías musculoesqueléticas representan una de las principales causas de consulta en los sistemas sanitarios debido a su alta prevalencia y el impacto en la calidad de vida de los pacientes asociado a comorbilidades y pluripatología. Algunas circunstancias como las geográficas o de gestión de recursos humanos propician un rendimiento ineficaz en las consultas que asisten a este tipo de pacientes teniendo como resultado un paciente que peregrina entre múltiples especialidades (reumatología, rehabilitación y trauma) por un mismo motivo. Ésto ha generado duplicidad en listas de espera, estas mismas listas sobredimensionadas, con buzones estancados desde el año 2019 y percepción de insatisfacción en pacientes y profesionales.

OBJETIVO

- Demostrar la costo-efectividad de la figura del gestor de casos en el abordaje de listas de espera.
- Mejorar la eficiencia en la gestión de las interconsultas.
- Conocer si existe relación entre la satisfacción de pacientes a estos recursos y la medida llevada a cabo.

MATERIAL

Se ha realizado un análisis descriptivo de la situación de los buzones en consultas especializadas de Rehabilitación, Reumatología y Traumatología desde 2019. Se ha analizado la actividad llevada a cabo por la figura de enfermera gestora de casos, así como los índices de reclamaciones en dichas especialidades por motivos de "lista de espera" y "demora en asistencia" a lo largo de los años 2022, 2023 hasta mayo de 2024.

RESULTADOS

En los buzones de dichas especialidades se encontraban pacientes desde el 2019 a la espera de citación y se generaba más buzón, en concreto en la especialidad de trauma (año 2022, media de buzón de 240) de lo que se era capaz de asistir (media de 225).

En el 2023 fueron revisadas por la enfermera gestora un total de 8050 historias de pacientes de las 3 especialidades empezando desde el año 2019 siendo citadas 1136 y quitadas un total de 1247 por duplicidades en buzones o porque ya no era necesaria la cita. Además, fueron solicitadas un total 976 pruebas complementarias con la finalidad de ganar en eficiencia en las citaciones nuevas (la media de buzón en trauma era de 173, en Reuma de 40 y en Rehabilitación 24).

En el 2024, hasta el mes de mayo de datos evaluados (pendiente segundo semestre), se revisaron un total de 3690 historias, de las cuales fueron citadas 253 y quitadas 166 consultas y con un volumen de petición de pruebas de 774.

El impacto de estas actividades en el 2023 tuvo un valor de entre 227000-85000 euros y en el 2024 de un valor entre 18200-10600 euros.

En cuanto a los índices de reclamaciones relacionadas con las distintas especialidades tratadas, entre los años 2022 y 2024, aumentaron en el año 2023 en todas las especialidades en relación al 2022. En el año 2024 descendieron en traumatología en un 13% aumentando en las otras dos especialidades.

CONCLUSIONES

- La figura del profesional gestor de casos ha tenido un impacto directo en la eficiencia de las consultas que suelen presentar duplicidad no justificada en citaciones.
- La implantación de esta figura está resultando costo-efectiva, aunque no es posible determinar su peso específico sobre el descenso de generación de buzón.
- No existe relación estadísticamente significativa entre la implementación de esta figura y el índice de reclamaciones por motivos de lista de espera, lo que hace suponer que la percepción por los pacientes de demora en lista de espera penaliza a pesar de la estrategia para ganar eficiencia en la gestión de consultas.
- Es necesario continuar estudio para validar consistencia de la estrategia.

293 LA OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LA GESTIÓN DE CAMAS DE UN HOSPITAL COMARCAL EN ÉPOCAS DE SATURACIÓN

Melis Batle, Antonia María¹; Gibert Hernandez, Enrique¹

¹ Hospital Comarcal de Inca

INTRODUCCIÓN

La saturación de los centros sanitarios es un problema ya conocido, de actualidad y debate en los últimos años ya que provoca un impacto en la asistencia sanitaria ofrecida, influyendo negativamente en la mayoría de los indicadores de calidad. La falta de camas de hospitalización listas para recibir pacientes del servicio de urgencias hace que el servicio se paralice y colapse porque los pacientes no pueden ingresar. Además, dicha demora en el ingreso hospitalario provoca un incremento en la estancia media del paciente, que impacta de manera negativa en él y en el sistema.

OBJETIVO

Principal: Evitar el colapso en el servicio de urgencias

Secundario: Asegurar la actividad quirúrgica programada

MATERIAL

Partiendo de que uno de los motivos que provocan el colapso en urgencias es tener pacientes pendientes de ingreso por faltas de cama en hospitalización, se estableció un plan de contingencia que supuso reconvertir la unidad de corta estancia (UCE) de urgencias, que en ese momento estaba cerrada por falta de facultativos, en una unidad de preingreso hospitalario (UPRE) para ampliar el parque de camas disponibles, de tal forma que en urgencias se dispusiera de más huecos donde atender a los pacientes, evitando su sobreocupación y el consecuente colapso.

La UPRE pasó a ser una unidad que atendía de lunes a viernes de 8-22h, lo que supuso la contratación de más profesionales de enfermería, mientras que los médicos responsables de dichos pacientes eran los de la unidad de destino, y la figura encargada de organizar el circuito era la enfermera gestora de camas.

RESULTADOS

Durante los nueve meses en que se aplicó el plan de contingencia, un total de 580 pacientes ingresaron pasando previamente por la UPRE, hecho que permitió esponjar la atención en el servicio de urgencias.

En la mayoría de los casos se pudo asegurar la actividad quirúrgica programada y los ingresos de forma programada, solo suspendiéndose un 2% por el hecho descrito.

CONCLUSIONES

Partiendo que la presión asistencial en el Servicio de urgencias fue constante en ese mismo período de tiempo e incluso, viéndose incrementada en ciertas épocas del año por diferentes factores, cabe concluir que el uso de la UCE como UPRE resultó rentable, ya que se pudieron atender unos 580 pacientes que precisaban ingreso hospitalario y que eran susceptibles de permanecer una media de 8h en urgencias esperando una cama disponible.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



117

300 LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN EN LA GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EL ROL ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL.

Berrozpe Villabona, Clara¹; Trillo Martínez, María Luisa¹; Gracia Casado, Gema Lucía¹; Real Campaña, José Manuel¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La certificación ISO 9001, como sistema de gestión de calidad, en un hospital de tercer nivel, con la implicación de 16 servicios y unidades, garantiza un enfoque estructurado hacia la mejora continua. En este marco, la Revisión por Dirección es un procedimiento clave para garantizar la adecuación, eficacia y alineación estratégica de dicho sistema de gestión de calidad.

OBJETIVO

Describir la sistemática de la Revisión por Dirección conforme al punto 9.3 de la norma ISO 9001 en los 16 servicios y unidades certificadas de un hospital de tercer nivel, destacando la implicación de la Unidad de Calidad Asistencial (UCA).

MATERIAL

La UCA proporciona soporte metodológico a través de reuniones, programadas y a demanda, con los servicios y unidades certificados. Dichos servicios y unidades envían anualmente a la UCA la información pertinente para la Revisión por Dirección, conforme a un formato establecido. Este informe incluye el estado de aspectos pendientes de revisiones previas, cambios en el contexto, cambios en partes interesadas, satisfacción, cumplimiento de objetivos, desempeño de procesos con información de indicadores, resultados de auditorías previas, gestión de no conformidades, desempeño de proveedores externos, identificación de riesgos y oportunidades de mejora y necesidades de recursos.

La UCA analiza esta información y programa un calendario de reuniones con cada servicio y unidad y sus respectivas subdirecciones para evaluar datos, validar objetivos y establecer compromisos. Posteriormente, el informe consolidado se presenta en una reunión con la Gerencia y las Direcciones, donde se revisa la alineación del sistema de calidad con la estrategia del hospital, y se establecen directrices y objetivos para el siguiente período, cumpliendo así con el requisito de revisión del sistema de gestión de calidad por la alta dirección, tal y como dicta la norma. Para cerrar el ciclo, el acta de reunión se distribuye a los servicios y unidades, para garantizar la transmisión eficaz de la información sobre los acuerdos alcanzados y las directrices establecidas, asegurando la transparencia y los compromisos asumidos durante el proceso de Revisión.

RESULTADOS

Desde la implementación de esta metodología de Revisión por Dirección en 2018 hasta 2024, se han realizado un total de 130 reuniones (media de 22 reuniones por año). De estas, 124 han sido con los servicios y unidades y 6 de Gerencia y Direcciones. En 2025, hasta el 28 de febrero, se han realizado 8 reuniones con los servicios y unidades. Las Revisiones han permitido evaluar tendencias de desempeño, identificar oportunidades de mejora y reforzar el cumplimiento del ciclo PDCA.

En los servicios y unidades certificadas, se han registrado avances en satisfacción y consolidación de indicadores específicos, aunque persisten desafíos comunes como son la falta de recursos (humanos y materiales) y de estabilidad de las plantillas.

CONCLUSIONES

La implicación de los profesionales es clave para la optimización del sistema de gestión de calidad en los servicios y unidades, así como la Revisión por Dirección es una herramienta fundamental para evaluar su estado de implementación y el desempeño de los servicios y unidades. Permite garantizar un enfoque estructurado y basado en datos para la toma de decisiones estratégicas. Por el procedimiento establecido en nuestro hospital, la UCA tiene un rol estratégico en la coordinación eficaz de las reuniones, así como en el asesoramiento metodológico y el seguimiento de acciones.

302 LUCES Y SOMBRAS TRAS 15 AÑOS DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO

Mínguez Platero, Jose¹; Burdeos Palau, Elena¹; Gimeno Vilarrasa, Flor¹; Moreno Oliveras, Luis¹; Gómez Gutiérrez, Esther¹; Llopis Calatayud, José Emilio¹

¹ Hospital Universitario de La Ribera

INTRODUCCIÓN

El listado de verificación quirúrgica (checklist quirúrgico) es una herramienta estandarizada que tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico, reduciendo errores y eventos adversos. Desde su implementación en nuestro hospital hace 15 años, ha sido ampliamente adoptado en todos los quirófanos. Sin embargo, con el paso del tiempo, su aplicación ha evolucionado y presenta tanto fortalezas como debilidades que afectan su efectividad.

Este trabajo realiza un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para evaluar la implantación del checklist quirúrgico y su impacto en la práctica clínica actual, identificando los principales retos y oportunidades para su optimización.

OBJETIVO

Evaluar la implantación del listado de verificación quirúrgica tras 15 años de experiencia mediante un análisis DAFO, identificando sus fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades con el fin de mejorar su aplicación y eficacia en la seguridad del paciente quirúrgico.

MATERIAL

Para el estudio, se ha utilizado el listado de verificación quirúrgica de la OMS adaptado a la realidad de nuestro hospital. Se ha realizado un análisis retrospectivo de la base de datos de los últimos 25 años, evaluando su aplicación, adherencia y resultados. Para ello, se han empleado auditorías internas, encuestas al personal sanitario y revisión de incidentes relacionados con la seguridad quirúrgica.

El análisis DAFO se ha estructurado en:

- **Fortalezas:** Aspectos positivos del checklist quirúrgico y su impacto en la seguridad.
- **Debilidades:** Dificultades y fallos en su implementación o cumplimiento.
- **Oportunidades:** Posibilidades de mejora y adaptación a nuevos escenarios.
- **Amenazas:** Factores externos que pueden comprometer su efectividad.

RESULTADOS

Tras 15 años de implementación, se han completado más de 242.265 listados de verificación quirúrgica, aplicándose en más del 95% de las intervenciones.

El análisis DAFO ha revelado los siguientes hallazgos:

Fortalezas:

- Se trata de una herramienta ampliamente conocida y estandarizada en todos los quirófanos.
- Ha demostrado eficacia en la prevención de errores y eventos adversos quirúrgicos.
- Ha facilitado la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.
- Mejora la cultura de seguridad dentro del entorno quirúrgico.

Debilidades:

- Su aplicación se ha convertido en un mero registro administrativo, perdiendo su finalidad original de prevención.
- Falta de adherencia total en algunos equipos, con cumplimentación parcial o rutinaria.
- Desigualdad en su aplicación entre diferentes servicios y especialidades.
- Falta de auditorías periódicas para evaluar su correcta implementación.

Oportunidades:

- Digitalización del checklist para mejorar su integración con los sistemas de historia clínica electrónica.
- Formación continua del personal para reforzar la importancia del checklist como herramienta de seguridad.
- Personalización del checklist según las necesidades de cada especialidad quirúrgica.
- Incorporación de auditorías periódicas y mecanismos de retroalimentación para mejorar su efectividad.

Amenazas:

- Falta de compromiso por parte de algunos profesionales sanitarios.
- Rutina y mecanización del proceso, reduciendo su impacto real en la seguridad del paciente.
- Exceso de burocracia y registros adicionales que dificultan su aplicación efectiva.
- Resistencia al cambio en la implementación de mejoras o modificaciones en el checklist.

CONCLUSIONES

- El checklist quirúrgico es una herramienta consolidada que ha demostrado su eficacia en la seguridad del paciente.
- Sin embargo, su aplicación ha perdido impacto en algunos entornos debido a la mecanización del proceso y la falta de auditorías de calidad.
- Es fundamental reforzar su uso como herramienta de seguridad, no solo como un requisito administrativo.
- La digitalización y personalización del checklist, junto con formación continua, pueden mejorar su efectividad.
- La implementación de auditorías y la retroalimentación del personal quirúrgico son claves para mantener la adherencia y mejorar la seguridad quirúrgica.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



119

308 MEDIR PARA MEJORAR: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SANITARIA EN UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO AUTONÓMICO EN 2024

Rivera Pérez, María De La Paz¹; Alejos Collado, Laura¹; Larrocha Mata, Daniel¹; Villegas Portero, Román¹; Muñoyerro Muñiz, Dolores¹

¹ Servicio Andaluz de Salud - Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

La Agencia para la Investigación y la Calidad en la Atención Sanitaria (AHRQ) desarrolla indicadores que permiten evaluar y mejorar el desempeño de la atención hospitalaria (AH) en las áreas propiamente de calidad (IQI) y seguridad del paciente (PSI), y de la atención primaria (AP) en prevención de la hospitalización (PQI).

OBJETIVO

Conocer y evaluar la calidad y seguridad del paciente a nivel de Centros de AH (CAH) y el nivel de prevención por Distritos de AP (DAP) en un Sistema Sanitario Público Autonómico (SSPA).

MATERIAL

Se extrajeron todos los episodios cerrados y codificados del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en 2024 con los diagnósticos principales de los episodios para cada indicador a partir del conjunto centralizado de estos registros en el SSPA.

Los IQI calculados fueron Tasa de Mortalidad en la Fractura de Cadera (IQI19) y Tasa de Primera Cesáreas (IQI21), comparando parejas de hospitales diferentes para ambos indicadores a partir de la Razón Estandarizada (RE) por ajuste indirecto con regresión logística multivariante tomando las variables sexo, edad y Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) y Riesgo de Mortalidad, ambos al alta hospitalaria.

Los PSI calculados fueron la Tasa de Úlcera por Decúbito (PSI3) y la Tasa de Sepsis Asociadas a Cateterismo Venoso Central (SQI7) **brutas para todos los CAH y por cada 1.000 altas, comparando con la tasa bruta global del SSPA.**

El PQI calculado fue la Tasa de Ingresos Causados por Condiciones Crónicas Sensibles a Cuidados Ambulatorios (PQI91) para todos los DAP por 100.000 habitantes, a partir de una RE por ajuste indirecto con datos agregados por sexo y edad.

Se utilizó el software de la AHRQ y R para el análisis de datos posterior. Hubo ajustes específicos según tipo de indicador. Se tomó de referencia global del SSPA en los ajustes por regresión y datos agregados. Se construyeron intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Los análisis permitieron identificar los eventos esperados y observados, así como el exceso de esos eventos entre CAH y DAP en términos de seguridad del paciente, atención hospitalaria y prevención.

En el **PSI91**, se observaron diferencias en las tasas de eventos adversos entre CAH, con algunas instituciones presentando valores superiores a la media. Estos resultados sugieren oportunidades de mejora en la seguridad asistencial y en la implementación de estrategias preventivas.

En los **PQI**, se identificaron áreas con tasas elevadas de hospitalización por condiciones prevenibles, lo que resalta la necesidad de fortalecer la AP y las estrategias de Salud Pública.

Debido a la naturaleza de los criterios de los IQI solo se pueden comparar los hospitales consigo mismos en el tiempo, lo que permite medir el cambio en los protocolos asistenciales.

CONCLUSIONES

Los indicadores de la AHRQ demuestran ser herramientas útiles para la evaluación objetiva del desempeño sanitario. Su implementación y análisis permiten identificar áreas de mejora, facilitando la toma de decisiones basada en datos para optimizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el SSPA.

Los IQI permiten la identificación de aquellos episodios con resultados más desviados del esperado según el global del SSPA, permitiendo no solo el benchmarking con los CAH con mejores resultados, sino también permitiendo el estudio de casos concretos más desviados negativamente, permitiendo el análisis de causa raíz e indirectamente el nivel de la calidad los registros.

Los CMBDs constituyen una base de datos de gran valor y con décadas de recorrido en el SSPA cuya generación, auditoria y explotación siguen teniendo externalidades positivas por explorar en los tomadores de decisión del SSPA.

312 MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

Franco Cañellas, Cristina¹; Algar Martínez, Daniel²; Gil Bordas, Silvia²; Burdoy Joaquín, Emili³; Zurita Badosa, Mireia⁴; Benaque Vidal, Alba²

¹ CatSalut (Servei Català de Salut); ² Servei Català de Salut; ³ Consorci Sanitari del Maresme; ⁴ Consorci Hospitalari de Vic

INTRODUCCIÓN

La coordinación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales es fundamental para garantizar una atención sanitaria eficiente, accesible y centrada en el paciente. En este contexto, la metodología Lean Healthcare ha sido clave para abordar las dificultades en la coordinación entre la Atención Primaria (AP) y el Ámbito Hospitalario (AH). A través de un enfoque formativo y de trabajo colaborativo con todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) se han identificado y abordado las principales oportunidades de mejora. Actualmente, el proyecto se está implementando en 25 hospitales del territorio y ha impactado directamente en 230 Equipos de Atención Primaria.

OBJETIVO

- Garantizar que el 100% de las primeras visitas e interconsultas se realicen dentro del plazo máximo establecido.
- Garantizar la adecuación del 100% de las órdenes clínicas, siguiendo los criterios de derivación pactados.
- Asegurar la trazabilidad total de los procesos de solicitud y gestión de las órdenes clínicas por parte de los profesionales, los usuarios y el Sistema.
- Fomentar la colaboración y coordinación efectiva entre profesionales

MATERIAL

El enfoque adoptado se basa en un abordaje transversal del proceso, siguiendo los principios de la metodología Lean:

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de Atención Primaria (médicos de familia, referentes de admisiones y sistemas de información) y del ámbito hospitalario (dirección asistencial, sistemas de información y atención al usuario).
2. Análisis de oportunidades de mejora mediante un mapeo (Value Stream Map) de los principales circuitos de coordinación y comunicación: derivaciones, interconsultas, programación de pruebas y consultorías.
3. Definición de líneas de acción específicas y asignación de responsables para su implementación.

Abordaje específico del circuito de derivación

1. Creación de grupos de trabajo específicos entre AP y AH, formados por profesionales asistenciales, para desarrollar protocolos de derivación adaptados a cada servicio.
2. Estructuración de los protocolos en tablas de fácil consulta, con información clave y consenso entre los profesionales.
3. Inclusión de todos los profesionales de AP en el proceso de validación del protocolo, permitiendo aportaciones y modificaciones.
4. Implementación y seguimiento de los protocolos para garantizar su aplicación adecuada y evaluar su impacto.

RESULTADOS

La implementación del proyecto ha permitido lograr avances significativos en la coordinación y eficiencia del sistema sanitario. Escalabilidad, estandarización y accesibilidad:

- 50% de los hospitales de la comunidad autónoma implicados en el proyecto.
- 60% de los Equipos de Atención Primaria participantes.
- 50 protocolos de derivación consensuados en 15 servicios con mayor volumen de demanda.

Compromiso y mejora continua:

- Creación de 25 grupos de trabajo conjunto entre AP y AH.
- Reducción del 50% en las derivaciones rechazadas entre noviembre 2023 y noviembre 2024.
- Incremento de un 25% en el volumen de interconsultas entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

El Proyecto ha permitido identificar las necesidades específicas de coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales y desarrollar respuestas concretas a las oportunidades de mejora detectadas. Muchas de estas iniciativas han demostrado ser escalables y sistémicas, aportando valor tanto para los profesionales como para los pacientes. Desde el punto de vista del paciente, se ha garantizado la trazabilidad de las derivaciones y la adecuación de la visita con el profesional indicado. Para los profesionales, el proyecto ha mejorado la coordinación y optimizado los circuitos de derivación, reduciendo tiempos de espera y mejorando la eficiencia asistencial. La metodología utilizada ha facilitado la creación de un espacio de trabajo colaborativo y ha fomentado una cultura de mejora continua. Gracias a ello, se han consolidado los objetivos establecidos y se ha generado un impacto positivo y sostenible en la atención sanitaria de la Comunidad.

313 MEJORA DE LA EFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS ENTRE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y REUMATOLOGÍA BASADO EN LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL Y EL USO DE PROMS.

Sánchez Molina, Irina¹; Navarro Ruiz, Andrés²; González Ferrández, José Antonio²; García Monsalve, Ana²; Martínez Duce, Nuria²; Barberà Serna, Sonia²

¹NOVARTIS; ²Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

La espondiloartritis (SpA) es un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan principalmente a la columna vertebral y las articulaciones periféricas. Entre ellas, la espondilitis anquilosante es la forma más conocida, pero también se incluyen otras condiciones como la artritis psoriásica. La prevalencia es de 0,26% para Espondilitis Anquilosante y de 0,58% para Artritis Psoriásica.

El control y seguimiento adecuado de la espondiloartritis es crucial para prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones. Si bien la fase de diagnóstico es clave, es en el manejo y seguimiento crónico donde se encuentra el verdadero desafío. La espondiloartritis es una enfermedad crónica que puede generar discapacidad si no se controla adecuadamente, afectando la calidad de vida de los pacientes e incrementando la carga económica en el sistema de salud.

El objetivo de un tratamiento exitoso es, entre otros factores, la remisión de los síntomas y la mejora funcional. Esto requiere un enfoque proactivo y continuo para monitorizar la actividad de la enfermedad y ajustar los tratamientos según la respuesta del paciente.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es optimizar la ruta asistencial de estos pacientes poniendo foco en la parte de control y seguimiento de la enfermedad basado en PROMs. Asegurando un control y seguimiento "estandarizado" y coordinado de la patología entre los servicios de Farmacia y Reumatología, que consigue que se reduzca el número de visitas evitables y a que se pueda detectar a tiempo que la patología no está bien controlada, es decir, que sigue teniendo enfermedad activa o que no está teniendo buena respuesta al tratamiento.

MATERIAL

Se ha creado un grupo de trabajo formado por los profesionales que están involucrados en la ruta asistencial de estudio (Reumatología, Enfermería, Farmacia, Calidad y Medicina Preventiva) para analizar la situación actual e identificar las áreas de mejora, basado en metodología Lean.

Algunas de esas áreas de mejora fueron las siguientes:

1. No coinciden las citas de Reumatología con enfermería.
2. Se duplica información entre enfermería y Farmacia.
3. Variabilidad en el número de visitas al año.
4. Gran cantidad de visitas del paciente al hospital.
5. No está estandarizada la recogida de índices de actividad y PROMs

Posteriormente se trabajó también en definir conjuntamente como equipo multidisciplinar las soluciones que se han implementado.



RESULTADOS

Gracias a la estandarización del proceso asistencial de los pacientes con Espondiloartritis se ha conseguido:

- Se ha reducido un 45,5% los costes de seguimiento del paciente tras el proyecto basado principalmente en reducción de visitas evitables (media de 25.000€ en 60 pacientes analizados).
- Se han eliminado las duplicidades en la información de las visitas (Farmacia & Reumatología & Enfermería)
- Se ha reducido un 50% las visitas de los pacientes a reumatología y actualmente hace 2 visitas estandarizadas enfermería, una presencial y otra telefónica.
- Se ha incrementado el uso de PROMs de forma estandarizada por parte de los servicios de farmacia y reumatología en la consulta en un 130%
- Se ha mejorado el seguimiento de la actividad y estado de los pacientes, detectando un 30% de casos de enfermedad no controlados que antes pasaban desapercibidos.

CONCLUSIONES

Un correcto seguimiento de los pacientes beneficia tanto a la organización sanitaria en términos económicos y de uso de recursos. Como a los pacientes que se benefician de un mejor control de su patología y por tanto, un mejor resultado en salud.

316 MEJORAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA PARA REDUCIR INCIDENCIAS Y AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Olivera Cañadas, Guadalupe¹; Fernández Ruiz-Morón, Ana²; Álvarez Blanco, Antonio²; Quinteiro García, Ana Isabel²; Rodríguez Cerrillo, Matilde²; Belmonte Sánchez, Sergio²

¹ SERMAS; ² Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La receta electrónica (RE) ha supuesto un gran avance en la gestión de tratamientos médicos, mejorando la trazabilidad y la seguridad en la prescripción y dispensación de medicamentos. Sin embargo, persisten incidencias que afectan la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento, como ocurre con las prescripciones que se quedan sin firmar y las que requieren visado y son rechazadas por la inspección médica.

Uno de los principales problemas derivados de las prescripciones sin firmar es que impiden que el paciente acceda directamente a su medicación en las farmacias. En el caso de que se realicen modificaciones en la dosis respecto a un medicamento crónico prescrito previamente, el paciente puede seguir recogiendo el medicamento, pero con la posología previa no modificada, lo que conlleva que reciba una cantidad inadecuada de fármacos por exceso o por defecto para su tratamiento. Todo ello compromete tanto la adherencia terapéutica como la eficacia.

Asimismo, la falta de alertas en la RE sobre el rechazo de visados impide que el profesional lo detecte a tiempo, generando retrasos en la dispensación y afectando la continuidad del tratamiento.

OBJETIVO

1. Evaluar el número de prescripciones sin firmar e identificar las principales causas de rechazo en las prescripciones que requieren visado.
2. Desarrollar estrategias para reducir las prescripciones sin firma y mejorar la tasa de aceptación de los visados.

MATERIAL

Se realizó un análisis retrospectivo de los datos de 2024 y principios de 2025 para identificar los motivos de rechazo de visados y de prescripciones sin firma. Con base en estos hallazgos, se diseñó una estrategia, en colaboración con el Servicio de Farmacia Hospitalaria, para mejorar la seguridad de la prescripción electrónica. La estrategia incluyó:

- Un informe con análisis de resultados y recomendaciones de prescripción segura.
- Envío semanal a cada servicio de un archivo con detalles sobre prescripciones sin firma y visados rechazados.
- Evaluación periódica del impacto de las medidas implementadas mediante la comparación de datos antes y después de la intervención.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 306 prescripciones con visado, de las cuales 121 (39,5%) fueron rechazadas. Las principales causas fueron:

- Prescripción para indicaciones no financiadas (29%).
- Otros errores en la documentación (20%).
- Formularios incompletos (17%).
- Falta del formulario/informe correspondiente (8%).

Los servicios más afectados fueron endocrinología (23%) y medicina interna (19%). Los fármacos con más rechazos fueron la semaglutida (37%) y los anticoagulantes de acción directa (ACOD) (20%). En los ACOD, el 37,5% de los rechazos se debió a la falta del formulario/informe adecuado, y por este mismo motivo en el caso de la semaglutida fue del 34%. El mayor porcentaje de rechazo en ambos casos, se debió a prescripción para indicaciones no financiadas.

Respecto a las recetas sin firma, se identificaron 328 casos, afectando a 276 pacientes y emitidas por 168 facultativos diferentes.

CONCLUSIONES

El análisis evidencia que, aunque la receta electrónica ha optimizado la gestión de tratamientos, persisten problemas que deben abordarse.

El número de prescripciones sin firma es pequeño en relación con el total de prescripciones, pero debe tender a cero. Es fundamental garantizar que todos los pacientes reciban su hoja de medicación cuando haya cambios, ya que esto refuerza la seguridad y obliga a la firma del facultativo.

Por otro lado, los visados rechazados son en su mayoría por indicaciones no financiadas, lo que requiere una revisión del criterio de prescripción facultativa. Es esencial adoptar medidas que aseguren la continuidad del tratamiento y la seguridad del paciente, mejorando y optimizando el proceso de prescripción electrónica.

319 METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE APLICADA A LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Rodríguez García, Adrián¹; Pérez Bendicho, Peña²; Baños Ledesma, María Victoria²; Rodríguez Mena, Diego²

¹Subdirector Médico. Facultativo Especialista de Área en Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.;

²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INTRODUCCIÓN

Los bloques quirúrgicos (BQ) de los hospitales son lugares donde confluyen multitud de procesos y personal diferentes, en cuyo centro se encuentra el paciente que va a ser intervenido. Además, es imprescindible su coordinación con el resto del hospital y proveedores externos. Tratándose de un área de alta complejidad y elevados costes, conseguir que su funcionamiento sea óptimo es un reto, que implica mucho trabajo, esfuerzo y organización.

La metodología Lean predica el “menos es más”, es decir la eficiencia operacional: optimizar los recursos y procesos, suprimiendo todo aquello que no aporta valor al proceso.

Al llegar a la Dirección del centro nos planteamos resolver algunos de los problemas que detectamos apoyándonos en esta metodología.

OBJETIVO

Hacer un mapeo, estudio e intervención (estandarización) de procesos que no están funcionando de manera óptima en el BQ, priorizando la actuación en aquellos críticos ya sea por seguridad, relación coste-beneficio o generación de valor para el paciente.

MATERIAL

Se conformó un equipo core multidisciplinar formado por: Subdirección de Mejora de Procesos, Subdirección Médica Quirúrgica, Subdirección de Enfermería Quirúrgica, Supervisión de enfermería del BQ, Coordinador médico de cirugía programada y representante de celadores. Así mismo, se reclutaron los perfiles necesarios en cada una de las intervenciones haciéndoles parte activa del proceso y del cambio.

Se realizó un mapeo del proceso global y, dada la complejidad de este ecosistema, se realizaron diferentes Gemba Walks y reuniones de Voice of Customer para identificar aquellos subprocesos que resultaban críticos por diferentes motivos o suponían un cuello de botella (Teoría de las limitaciones). Una vez priorizados, se aplicó sistemáticamente la metodología DMAIC a cada uno de los subprocesos intervenidos.

RESULTADOS

Se detectaron múltiples áreas de mejora con las cuales se ha establecido un plan de acción a 3 años vista. A continuación, se describen los resultados obtenidos hasta la actualidad:

- Hora de inicio tardío de forma generalizada: para lograr adelantar el flujo de trabajo, se priorizaron pacientes y se reorganizaron funciones entre el turno de noche y el de mañana.
- Circuitos de pacientes que implicaban una pérdida de tiempo significativa: disminución de cambios de camilla en el paciente postoperado y una reorganización de la Cirugía Mayor Ambulatoria que elimina movimientos innecesarios y transporte.
- Programación: se creó una comisión de programación semanal que integra todas las necesidades: equipos de rayos X, materiales especiales, esterilización, colaboraciones entre servicios, prolongaciones de jornada, priorización de quirófanos, así como da feedback de las principales incidencias acaecidas.
- Organización rígida del personal subalterno: se propuso su integración en los equipos quirúrgicos por áreas, se reforzó con sesiones su formación, se propuso aumentar su presencia en el BQ disminuyendo sus salidas para trasladar equipos, muestras, etc.
- Creación de una comisión de seguridad específica para el BQ que trate de manera más integral sus problemas particulares (infecciones, identificación del paciente, flujos, trazabilidad de muestras biológicas, etc).

Además de los resultados cuantitativos positivos (rendimiento del suelo quirúrgico, disminución de prolongaciones de jornada y de suspensiones quirúrgicas, etc.), la estandarización de los procesos ha disminuido el nivel de tensión del personal, mejorando su satisfacción y la del paciente.

CONCLUSIONES

Gracias a la filosofía de la metodología Lean, reflexionar que procesos/subprocesos tienen aspectos carentes de valor, detectarlos, proponer soluciones, estandarizando procesos y ponerlas en marcha, ha permitido solventar varios problemas, así como aumentar la eficiencia, seguridad y satisfacción del personal y de los pacientes.

Al tratarse de un enfoque de mejora continua, esto sólo es el inicio de lo que esperamos sea una sistemática de trabajo integrada permanentemente en la filosofía de la organización.

321 METODOLOGÍA PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EFICIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROGRAMA MARCO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL.

Vargas Pina, Ismael¹; Suárez Mejías, Cristina²

¹ Director general de sistemas de información y comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud; ² Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios se enfrentan a retos singulares debido a su complejidad organizativa, la diversidad demográfica y geográfica, y el impacto de factores socioeconómicos en la salud de su población. En este contexto garantizar la equidad en el acceso a servicios sanitarios es una prioridad. Las estrategias que persiguen la transformación digital de los ámbitos sanitarios se erigen como el marco fundamental para abordar estos desafíos.

Sin embargo, es relevante garantizar la implementación y puesta en marcha de forma efectiva de estas estrategias, lo que supone la necesidad de garantizar la accionabilidad y ejecutabilidad de iniciativas concretas que permitan avanzar en la consecución de los objetivos marcados.

OBJETIVO

El Programa Marco de Transformación Digital Sanitaria (PMTDS) tiene como objetivo definir y validar un modelo metodológico que facilite el desarrollo y ejecución eficaz de las estrategias de transformación digital en el ámbito sanitario, maximizando el impacto en la calidad asistencial, la sostenibilidad operativa y la satisfacción de la ciudadanía y los profesionales.

MATERIAL

La metodología combina enfoques cualitativos y cuantitativos para garantizar un análisis integral y representativo. El diseño metodológico incluye las siguientes fases:

1. Revisión bibliográfica y análisis documental: Estudio de marcos teóricos, estrategias internacionales, nacionales y regionales, incluyendo una comparación de modelos de transformación digital en otros sistemas sanitarios relevantes.
2. Diagnóstico participativo: Realización de entrevistas y talleres con actores clave para capturar una perspectiva amplia y diversa sobre las necesidades y desafíos actuales.
3. Diseño de la metodología marco: Desarrollo de un enfoque que integre principios clave propios de cada organización, asegurando su adaptabilidad al contexto de cada región. La incorporación de los programas a esta metodología permite asegurar que los planes estratégicos no solo definan "qué" hay que hacer, sino adicionalmente como "hacerlo bien", alineándolos así con la Estrategia de transformación digital de la organización.
4. Implementación de la metodología marco: implementación de la metodología PMTDS en el contexto de nuestra comunidad.
5. Validación mediante estudios de caso: Aplicación de la metodología en iniciativas concretas del Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad para evaluar la efectividad de la metodología.
6. Evaluación del impacto: Definición y uso de indicadores clave para medir resultados en términos de mejora asistencial, eficiencia operativa y experiencia del usuario, así como la sostenibilidad de las soluciones implementadas tras la implementación de PMSASD en cada región.

RESULTADOS

Como resultado, a partir del Programa Marco de Transformación Digital Sanitario (PMTDS) se ha desarrollado en nuestra comunidad el Programa Marco SASDigital (PMSAD), compuesto por 5 programas estratégicos que aseguran que los principios, valores y objetivos específicos definidos en la Estrategia de Salud Digital están presentes en los 8 planes estratégicos definidos. Son los siguientes:

Programas Estratégicos:

- Programa de Aseguramiento del Gobierno Digital (PAGD)
- Programa de Humanización Digital (PHD)
- Programa de Aseguramiento de la Ciberseguridad (PACIB)
- Programa de Aceleración del Time to Market (PATTM)
- Programa de Aseguramiento de la Sostenibilidad Digital (PASD)

Planes Estratégicos:

- Plan Estratégico de Infraestructuras Digitales (PEID)
- Plan Estratégico de Portfolio de Soluciones Digitales (PEPSD)
- Plan Estratégico de Gobierno de la Inteligencia Artificial (PEGIA)
- Plan Estratégico de Acompañamiento Digital (PEAD)
- Plan Estratégico de Gobierno del Dato (PEGD)
- Plan Estratégico de Ciberseguridad (PECIB)
- Plan Estratégico de RRHH SIC (PERHSIC)
- Plan Estratégico para la Optimización de la Gestión SIC (PEOGSIC)

CONCLUSIONES

La implementación de una metodología estructurada para asegurar la transformación digital efectiva en el sistema sanitario público de nuestra comunidad está permitiendo, en un marco previsible de trabajo, asegurar la eficiencia en el uso de la financiación disponible, a través de la implementación de proyectos concretos y accionables, trazables con los objetivos de la Estrategia de Salud Digital definida.

325 MOMENTOS CLAVE EN EL VIAJE DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE AFECTAN A LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Romero Piqueras, Carlos¹; Sierra Pérez, Jorge²; Pazo Gil, Roberto Antonio³

¹Fractal Strategy; ²Universidad de Zaragoza; ³Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones compartida (TDC) es un proceso fundamental en la atención oncológica, donde los pacientes enfrentan decisiones difíciles sobre su tratamiento y condiciones de vida junto al equipo sanitario. La identificación de los momentos clave de TDC a lo largo del proceso oncológico, junto con el análisis de los factores que afectan al paciente en dichos momentos pueden contribuir a plantear estrategias que favorezcan la TDC.

La TDC puede contribuir a transformar el viaje del paciente por el proceso oncológico, integrando un enfoque en el que profesionales de la salud y pacientes colaboran para tomar decisiones informadas, considerando sus preferencias y valores personales. Este viaje se compone de las experiencias que el paciente vive desde su perspectiva a lo largo de su interacción con el sistema de atención sanitaria.

OBJETIVO

Los objetivos principales son: 1) Mapear el viaje del paciente oncológico identificando sus momentos de decisión clave, 2) Identificar y analizar los factores que influyen en el paciente en los momentos de TDC.

MATERIAL

La investigación-acción integra la investigación con la práctica, permitiendo a los participantes analizar y transformar situaciones reales a través del proceso de investigación. Un enfoque colaborativo que busca resolver problemas concretos y generar conocimiento.

Para obtener conocimiento de la experiencia del paciente se emplean una combinación de técnicas cualitativas, a destacar: safari (vivir la experiencia en primera persona), shadowing (observación directa de la experiencia del paciente), entrevistas semiestructuradas a pacientes y sus familias, y dinámicas de cocreación con profesionales del hospital.

El conocimiento obtenido se representa utilizando una herramienta de visualización del viaje del paciente que pone el foco en la visualización de los momentos de TDC. Identificados los momentos de TDC, se profundiza a través de entrevistas semiestructuradas a pacientes determinando mediante saturación de discurso los factores que influyen en estos momentos de toma de decisión.

RESULTADOS

Los momentos clave de decisión identificados en el viaje del paciente son aquellos en los que se debe elegir entre dos o más opciones sin una evidencia médica concluyente sobre cuál ofrece un mayor beneficio para el paciente, por ejemplo, consulta de oncología en la que se decide si realizar un tratamiento preventivo.

En dichos momentos, los factores que inciden en la TDC son: 1) el impacto emocional del diagnóstico, 2) dinámica familiar y relación con el entorno de apoyo, 3) relación médico-paciente, 4) acceso a la información y 5) comprensión de la información.

CONCLUSIONES

Abordar el estudio del viaje del paciente oncológico desde la perspectiva de la TDC permite una comprensión integral y humanizada del proceso asistencial, proporcionando a los profesionales de la salud una visión más profunda de la experiencia del paciente, particularmente en los momentos críticos de decisión.

La identificación y caracterización de los factores que inciden en la TDC, evidencian su relevancia para lograr una atención más centrada en las personas. El conocimiento de dichos factores permitirá el diseño e implementación de estrategias y herramientas orientadas a reducir las barreras que dificultan la participación del paciente en la toma de decisiones. Esto, a su vez, favorecerá una atención oncológica más equitativa, participativa y alineada con los valores y preferencias de los pacientes, favoreciendo mejores resultados en términos de salud y bienestar del paciente.

332 NUEVA MANERA DE VISUALIZAR LAS LISTAS DE ESPERA PARA APOYAR LA TOMA DE DECISIONES DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Rodrigo Rincón, Isabel¹; Santana Domínguez, Sergio¹; Arraiza Saldise, María Dolores¹; Petrina Jaúregui, Estrella¹

¹ Hospital Universitario de Navarra

INTRODUCCIÓN

Uno de los desafíos a los que se enfrentan las organizaciones sanitarias en nuestro país es la gestión de las listas de espera. Estas listas tienen repercusiones políticas, mediáticas, sociales y, especialmente, en la salud de las personas que esperan atención. Por ello, el número y el tiempo que esperan los pacientes constituyen indicadores clave para estas organizaciones.

A menudo, la información es muy extensa siendo necesarios sistemas sintéticos de visualización rápida que faciliten la toma de decisiones.

OBJETIVO

Diseño de un panel de visualización de las listas de espera que permita: 1. Comprender la información y detectar patrones. 2. Permita una comunicación eficaz con los profesionales. 3. Posibilite la comparación de los servicios de una forma rápida. 5. Apoye a la planificación estratégica. 6. Valore la efectividad de las medidas adoptadas. Todo ello con el fin último de facilitar la toma de decisiones.

MATERIAL

Se utilizaron las bases de datos de consultas externas y de intervenciones quirúrgicas de un hospital terciario. Se tomaron como referencia el tiempo de garantía de listas de espera especificado en la legislación. Se utilizó tableau como sistema de business intelligence.

RESULTADOS

Se ha obtenido un panel de gráficos en los que se representan los distintos servicios en cuadrantes (al estilo del cuadrante mágico de Gartner) en función del número de pacientes en lista de espera y el % que están fuera de la ley de garantías. Para consultas, se tiene como opción el desglose en función de consultas preferentes y normales, con y sin cita. Para las intervenciones quirúrgicas, se tiene como opción los distintos tipos de garantías en función del procedimiento. La visualización es dinámica de manera que se puede observar la estela del desplazamiento de los servicios por los cuadrantes a lo largo del tiempo. Asimismo, se visualiza la densidad de la espera y el mapa de colores de cada especialidad en función de los tramos de espera.

Esta nueva visualización se mostró al equipo directivo y a los Jefes de Servicio en una reunión monográfica sobre lista de espera. La opinión de los convocados fue favorable ya que consideraron que esta nueva visualización les permitía conocer mejor cuál era su situación con respecto a los otros servicios y al conjunto de hospital. También permite observar de forma más intuitiva el impacto de las medidas tomadas para disminuir las listas de espera.

CONCLUSIONES

La utilización de nuevas herramientas de visualización de listas de espera permite transformar grandes cantidades de datos en información valiosa facilitando la toma de decisiones para mejorar el rendimiento y la capacidad de respuesta de los servicios en un entorno dinámico y con muchas restricciones.

334 NUEVO MODELO ASISTENCIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Herrera Mateo, Sergio Antonio¹; Puig Campmany, Mireia¹; Herrera Mateo, Sergio¹; Mirabet Pérez, Sònia¹; Pérez Rosalen, Marta¹; Viñólas Prat, XavierV; Acebes Roldán, Xènia¹

¹ Fundació de Gestió Sanitària del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome progresivo que representa un gran desafío para los sistemas sanitarios mundiales. Afecta aproximadamente a 64 millones de personas en el mundo, con 15 millones en Europa y más de 770.000 personas. Esta alta prevalencia genera múltiples ingresos hospitalarios, visitas frecuentes a urgencias y un considerable impacto económico y social.

La IC es una condición crónica con frecuentes episodios de descompensación, lo que exige una estrategia integral y multidisciplinaria. Sin embargo, los modelos actuales presentan fragmentación entre niveles asistenciales, ocasionando deficiencias en el seguimiento y falta de continuidad en la atención. Como consecuencia, existen altas tasas de reingresos hospitalarios, llegando a superar el 30% en los primeros 60 días tras el alta.

Para enfrentar esta problemática, entidades de España, Italia y Suecia formaron un consorcio europeo en el marco de una Compra Pública Pre-comercial (CPP). El objetivo es desarrollar nuevos modelos asistenciales basados en la atención coordinada, proactiva y personalizada, integrando soluciones tecnológicas innovadoras para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la presión sobre los sistemas sanitarios, garantizando una gestión más eficaz y sostenible.

OBJETIVO

El objetivo es ofrecer un modelo de atención integral e integrada de la insuficiencia cardíaca que, con el soporte de soluciones tecnológicas innovadoras, ofrezca proactivamente respuestas rápidas y adecuadas a las necesidades reales del paciente y facilite la actuación coordinada de los diferentes niveles asistenciales.

MATERIAL

Se ha adoptado la metodología de Compra Pública Pre-comercial (CPP) para co-crear y validar soluciones en condiciones reales, dirigidas a mejorar la atención a pacientes diagnosticados con IC.

Se ha seguido un proceso de co-creación a diferentes niveles:

1. Definición de la necesidad asistencial: se han llevado a cabo dinámicas de co-creación para definir las necesidades con la participación de pacientes, cuidadores, profesionales, de hospitales, centros de atención primaria, centros de recuperación, residencias, etc.; se ha estudiado el mercado y conducido un proceso de consulta abierta al mercado.
2. Licitación de soluciones mediante un concurso competitivo organizado en varias etapas para el desarrollo, prototipado y validación de soluciones tecnológicas.
3. Co-creación entre el hospital y los adjudicatarios del nuevo modelo basado en el valor y de las soluciones de soporte. En este proceso han colaborado estrechamente profesionales asistenciales, gestores y pacientes, así como ingenieros y desarrolladores.
4. Validación en entorno real de dos soluciones tecnológicas.

RESULTADOS

- **Innovación asistencial:** mediante un modelo que incorpora telemedicina, algoritmos predictivos, y vías clínicas avanzadas.
- **Coordinación entre niveles asistenciales:** implantación de circuitos de comunicación entre atención primaria, hospitalaria y servicios sociales, para la detección precoz de riesgos de descompensación.
- **Empoderamiento del paciente y su entorno:** con herramientas digitales y formación, para que adopte un rol activo en el seguimiento y control de su condición.
- **Valor y eficiencia:** evaluados a través de indicadores clave como PREMs, PROMs, CROMs, y costes, orientados a reducir reingresos evitables y optimizar el uso de recursos.

CONCLUSIONES

1. Optimizar la atención a la IC requiere modelos innovadores, apoyados por tecnologías avanzadas, que, orientados a aportar valor, mejoren los procesos asistenciales.
2. La integración asistencial es fundamental para transformar los sistemas de salud hacia modelos sostenibles y de alta calidad asistencial.
3. La metodología CPP es efectiva para desarrollar soluciones disruptivas, facilitando su transición desde la investigación hacia la práctica clínica.
4. La colaboración público-privada facilita la implementación de soluciones beneficiosas para la experiencia del paciente y la eficiencia sanitaria.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****128**

338 OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DERMATOLÓGICA EN UN ÁREA DE MADRID MEDIANTE E-CONSULTA: REDUCCIÓN DE ESPERAS Y FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Sánchez-Tembleque Díaz-Pache, Remedios¹; Monge Navarrete, Elena²; Domínguez Auñón, José Domingo¹

¹Hospital Universitario del Henares; ²Centro de Salud Ciudad San Pablo, Coslada (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Las consultas presenciales de Dermatología de la Comunidad de Madrid sufren una saturación muy importante, siendo necesario tomar medidas que ayuden a descongestionar el flujo de pacientes y priorizar la atención de aquellas patologías que requieran de una intervención más urgente.

La interconsulta clínica no presencial, o e-consulta (eC), se ha implementado como una solución transversal y centralizada que facilita la comunicación y transmisión de información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales. En caso de la especialidad de Dermatología, incluye el envío de imagen fotográfica de la lesión cutánea.

La eC de Dermatología no estaba siendo utilizada en todo su potencial en el área de influencia del hospital, demorándose la valoración de los pacientes.

OBJETIVO

Mejora del tiempo de respuesta a las necesidades de la población atendida en los centros de salud del área en materia de patología dermatológica, a través de una atención especializada casi inmediata por medio de la eC, con posibilidad de seguimiento presencial temprano en caso necesario.

Formación continuada del médico de AP, en base a sus propios casos, con progresiva autonomía en el manejo de la patología dermatológica.

MATERIAL

Se acuerda con los centros la priorización de derivación a través de e-consulta de sus casos, con el compromiso por parte del Servicio de Dermatología de una respuesta en menos de 72 horas y una citación presencial en menos de un mes en aquellos pacientes que la precisen.

Se realiza una formación previa en los centros de salud.

Se comienza con un proyecto piloto de 3 meses de duración en uno de los centros de salud del área de influencia, seguido de una difusión de los resultados obtenidos al resto de centros.

Se recogen los datos de solicitudes de peticiones, los tiempos de respuesta de la e-consulta y las citaciones presenciales subsecuentes.

RESULTADOS

Se analiza la evolución de las peticiones a través de e-consulta a lo largo del año 2024, antes y después de la intervención, así como el tiempo de resolución por parte del especialista, las citas presenciales derivadas de la e-consulta y el tiempo de citación de éstas.

Se constata un incremento global del 102% de las interconsultas por vía telemática, que en algunos centros llega al 200%, manteniéndose estable la cifra total de derivaciones.

La resolución de las eC por parte de los Dermatólogos se llevó a cabo en un periodo medio de 1.7 días.

El 34.5% de las eC realizadas se siguieron de una cita presencial, que se ofreció dentro del plazo pactado.

La percepción de los facultativos del Centro de Salud piloto se evaluó en una encuesta, con un grado de satisfacción global de 8.6 ptos/10. La puntuación media respecto a la pregunta acerca de la utilidad de la eC en la formación continua del médico de Atención Primaria en Dermatología fue de 8.7 ptos/10.

CONCLUSIONES

Gracias a la coordinación, colaboración y compromiso de los facultativos participantes en este proyecto, se ha logrado una reducción muy significativa en el tiempo de resolución de la patología dermatológica de los pacientes del área de influencia del hospital. El buen uso de las nuevas tecnologías aporta una clara mejora en la calidad y la eficiencia de la atención a los pacientes con patología dermatológica, en un escenario de largas listas de espera para la atención presencial en esta especialidad en la Comunidad de Madrid.

La e-consulta parece útil en la formación continuada en Dermatología del Médico de Atención Primaria, con el aprendizaje basado en casos clínicos.

340 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA: AUTOMATIZACIÓN DEL REGISTRO Y CÁLCULO DE INDICADORES EN LA EXCELENCIA DE CUIDADOS

Abad González, Alejandra¹; Torrero González, Patricia¹; Merino Pérez, Sheila¹; Fernández López-infantes, Belén¹; Vidal García, Diana¹; García Romero, Adrián¹

¹ Hospital Universitario del Sureste

INTRODUCCIÓN

Los hospitales pueden optar a premios de excelencia que certifican la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria. Sin embargo, medir la efectividad clínica y en cuidados es un desafío debido a la complejidad de los procesos y la cantidad de datos requeridos. La adhesión a iniciativas como las Best Practice Spotlight Organizations (BPSO) permite evaluar la eficiencia de los cuidados en distintos ámbitos.

En este contexto, el hospital ha implementado un sistema de automatización para la obtención y el cálculo de indicadores clínicos, favoreciendo la medición de resultados y facilitando la toma de decisiones estratégicas, asegurando así una participación efectiva en estos compromisos de excelencia.

OBJETIVO

- Mejorar la capacidad del hospital para participar en iniciativas de excelencia en cuidados sin incrementar la carga de trabajo.
- Optimizar la recopilación de datos e indicadores clínicos mediante la automatización, reduciendo los tiempos de procesamiento.
- Facilitar la toma de decisiones basada en datos fiables y actualizados.
- Garantizar la precisión, estandarización y homogeneidad de los indicadores clínicos requeridos.
- Reducir la carga administrativa del personal sanitario para que pueda enfocarse en la atención al paciente.

MATERIAL

Hasta el momento, la recopilación de datos para los indicadores mensuales BPSO se realizaba manualmente por el personal de enfermería. En cada unidad hospitalaria, una enfermera dedicaba hasta 8 horas diarias durante 6 meses para obtener los datos de los pacientes ingresados en relación al dolor, úlceras y accesos vasculares entre otros. Este proceso manual no solo retrasaba la disponibilidad de los datos, sino que también limitaba drásticamente el número de unidades que podían ser evaluadas simultáneamente.

Para solucionar esta problemática, se ha desarrollado un sistema de automatización compuesto por:

1. **Un módulo de extracción automática** de datos desde los registros clínicos electrónicos.
2. **Un algoritmo de cálculo de KPIs** que garantiza la coherencia de la información y permite su análisis comparativo.
3. **Un sistema de validación y formateo** que adapta los resultados al formato solicitado por las iniciativas de excelencia.
4. **Un motor de informes automatizados** que genera los datos del mes en apenas 10 minutos y los envía por correo electrónico a los distintos involucrados en el proyecto.

Este sistema ha permitido eliminar la dependencia de procesos manuales, garantizar la calidad de los datos obtenidos y proporcionar herramientas de análisis en tiempo real para la dirección del hospital.

RESULTADOS

Desde la implementación de esta automatización, el hospital ha logrado:

- Reducir en más del **99.9%** el tiempo dedicado a la recopilación, procesamiento y envío de datos, pasando de 960 horas a solo 1 hora cada seis meses.
- Mejorar significativamente la calidad y fiabilidad de los indicadores reportados, reduciendo los errores manuales.
- Aumentar la capacidad del hospital para evaluar el impacto de sus prácticas de atención en tiempo real.
- Facilitar la toma de decisiones basada en evidencia, mejorando la eficiencia en la gestión hospitalaria.
- Incrementar la competitividad del hospital en programas de excelencia sanitaria sin que la carga administrativa represente una barrera.

CONCLUSIONES

La automatización del registro y análisis de indicadores ha representado un avance clave en la optimización de la gestión hospitalaria. La implementación de este sistema ha permitido liberar recursos humanos para centrarse en la atención directa al paciente, al tiempo que proporciona datos estructurados y fiables para la toma de decisiones estratégicas.

Anteriormente, la recopilación manual limitaba la cantidad de unidades que podían evaluarse y generaba retrasos en la disponibilidad de datos. Ahora, con un sistema que en minutos obtiene y distribuye los indicadores, el hospital puede evaluar en tiempo real el impacto de sus cuidados y tomar decisiones basadas en datos actualizados, representando un paso esencial hacia una sanidad más eficiente, sostenible y enfocada en la mejora continua de la atención al paciente.

341 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DE ENFERMEDADES RARAS DERMATOLÓGICAS: PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA

Sánchez Pobre-Bejarano, María Pilar¹; Cobos Pozo, Pilar²; Baniandrés Rodríguez, Ofelia³; López Estebanz, José Luís⁴; Llamas Velasco, María Del Mar⁵; Rivera Díaz, Raquel⁶

¹SERMAS; ²Consejería de Sanidad; Paseo de la Castellana, 280, 28046 Madrid; ³CEIMI. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Dr Esquerdo 46, 28007 Madrid.; ⁴Hospital Universitario Fundación Alcorcón; C/ Budapest s/n Alcorcón 28922 Madrid; ⁵Hospital Universitario de la Princesa; Calle Diego de León 62. 28006 Madrid; ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre; Av Córdoba s/n. 28041 MADRID

INTRODUCCIÓN

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una enfermedad dermatológica autoinflamatoria rara y crónica, caracterizada por brotes impredecibles y potencialmente mortales. El manejo de los pacientes con esta patología presenta desafíos importantes, dada la falta de criterios homogéneos de atención y derivación, la ausencia de guías locales unificadas y la necesidad de una coordinación multidisciplinar.

OBJETIVO

Este proyecto, de carácter integral, tiene como objetivo mejorar la gestión las enfermedades raras dermatológicas (ERD) como la PPG en la Comunidad, mediante el análisis de la organización asistencial existente, el diseño de un mapa de referencia de los centros de alta experiencia y el desarrollo de una guía clínica para optimizar la atención y el abordaje terapéutico. Se ha seguido en este proyecto la metodología en curso para actualizar las referencias de los procesos asistenciales en base a su complejidad, dentro del plan de mejora de rutas asistenciales en enfermedades raras o complejas en la Consejería de Sanidad.

MATERIAL

El proyecto se ha desarrollado en dos fases paralelas. En la primera, se ha constituido un grupo de dermatólogos expertos en la patología coordinados a nivel central que diseñó un cuestionario para conocer la organización asistencial en 25 hospitales. Se analizaron los recursos disponibles y los flujos asistenciales para caracterizar la situación actual y establecer los flujos de consulta y/o derivación para dar asistencia a estos pacientes según la complejidad y necesidad de recursos.

En paralelo, el grupo de trabajo coordinado a nivel central elaboró una guía clínica para estandarizar el manejo asistencial de la PPG. Se revisó y consensó en el área dermatológica y se completará con la revisión por expertos de otras áreas implicadas.

RESULTADOS

El análisis evidencia que el 88% de los centros atiende a pacientes con esta patología, pero solo el 32% utiliza una codificación unificada, lo que limita el adecuado registro de los casos para mejorar su conocimiento y manejo. El 64% de los hospitales cuenta con guardia dermatológica diaria. El 76% dispone de una consulta monográfica de psoriasis y el 52% trabaja con un modelo de asistencia multidisciplinar. La derivación es poco frecuente entre centros, y para los casos más complejos los mapas de derivación no están especificados, pero se resuelve entre los centros.

La guía clínica elaborada define estrategias para la gestión de la PPG, estandarizando el diagnóstico, el tratamiento y los procesos de derivación. Enfatiza la importancia de la coordinación entre dermatólogos y otros especialistas involucrados a través de un trabajo multidisciplinar. Esta visión integral contribuye a mejorar la asistencia y la calidad de vida del paciente, asegurando un abordaje completo de la enfermedad y sus comorbilidades, y permitirá optimizar la eficiencia y equidad con una gestión más efectiva de los recursos sanitarios.

CONCLUSIONES

El proyecto ha identificado áreas clave de mejora para evolucionar el modelo sanitario actual y avanzar hacia la excelencia en la atención de pacientes con PPG, dentro del método de mejora de las referencias en la Comunidad. Con él, se ha iniciado el diseño de estrategias orientadas a estandarizar la gestión y optimizar los procesos asistenciales, para garantizar una atención más eficiente y coordinada. La creación de un mapa de referencia para casos complejos fortalecerá la comunicación entre hospitales y optimizará el manejo de los pacientes en unidades especializadas. Además, una guía de manejo específica y unificada permitirá estandarizar procesos, asegurando un enfoque más equitativo, sostenible y eficaz tanto en la práctica clínica como en la gestión sanitaria.

342 OPTIMIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE PERSONAL EN UN SERVICIO DE SALUD: DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA AUTOMATIZADA

Oliver Bretón, Paola M^{a1}; Guijarro Casado, Agustín²; Álvarez Hernández, Ana Cristina²; Baños Ledesma, M^a Victoria²; Pelleja Guardiola, Ana M^a ²

¹ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ² Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INTRODUCCIÓN

La implementación de herramientas digitales en la gestión hospitalaria ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la equidad en la asignación de turnos, liberar tiempo administrativo y facilitar la toma de decisiones basada en datos objetivos. Estas herramientas permiten distribuir de manera más equitativa las cargas de trabajo, minimizar errores y mejorar la eficiencia operativa.

Este trabajo presenta una herramienta desarrollada en Microsoft Excel que automatiza el cálculo del personal necesario en un servicio de salud. Su implementación busca optimizar la planificación de turnos, mejorar la gestión del personal de refuerzo y asignar recursos de manera eficiente, promoviendo una distribución equitativa de la carga laboral y reduciendo los tiempos de respuesta ante las necesidades asistenciales. Actualmente, la herramienta está en proceso de evolución hacia una aplicación web.

OBJETIVO

Desarrollar una herramienta para automatizar el cálculo de necesidades de personal, reduciendo el tiempo de planificación, optimizando la distribución del personal de pool.

Facilitar la toma de decisiones mediante una herramienta flexible y adaptable a cualquier escenario.

MATERIAL

Se desarrolló una herramienta en Microsoft Excel con fórmulas automatizadas, permitiendo calcular de manera inmediata la diferencia entre horas requeridas y disponibles con solo introducir dos datos esenciales.

Los parámetros se basaron en la normativa oficial y bases de datos internas, asegurando el cumplimiento horario y la adaptación a turnos híbridos. Su diseño permite realizar ajustes rápidos y visualizar el impacto de las modificaciones en tiempo real.

Para evaluar su eficacia, se comparó la planificación manual frente a la automatizada, midiendo el tiempo empleado en cada método. Además, se realizó una encuesta de satisfacción a los gestores para valorar su utilidad y facilidad de uso.

Actualmente, la herramienta está en fase de evolución a una aplicación web para mejorar su accesibilidad y funcionalidad.

RESULTADOS

La implementación de la herramienta ha permitido automatizar la planificación del personal, reduciendo el tiempo de gestión y mejorando la eficiencia operativa.

Se ha logrado una reducción del tiempo del 96-98%, pasando de 7-8 minutos a solo 10-20 segundos por unidad, lo que ha optimizado la capacidad de respuesta ante cambios en la dotación de personal.

La posibilidad de modificar valores en tiempo real ha facilitado la creación y comparación de escenarios, permitiendo evaluar distintas configuraciones de turnos sin necesidad de rehacer cálculos.

La validación con cálculos manuales ha confirmado que la herramienta mantiene la precisión sin introducir errores, asegurando resultados fiables con un proceso más ágil.

La encuesta realizada al personal gestor refleja un 100% de satisfacción, destacando su facilidad de uso, rapidez en la obtención de resultados y reducción de la carga administrativa.

CONCLUSIONES

La herramienta desarrollada optimiza la planificación del personal, reduciendo tiempos de gestión y mejorando la eficiencia operativa. Permite crear y ajustar escenarios en tiempo real, eliminando cálculos manuales y facilitando la toma de decisiones.

Su capacidad para redistribuir el personal de forma equitativa asegura una mejor organización de los recursos. La validación con cálculos manuales confirma su precisión, y la alta satisfacción del personal gestor destaca su facilidad de uso y rapidez.

Su desarrollo a aplicación web, podría potenciar su accesibilidad e integración en la gestión hospitalaria.

343 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES: IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DIGITAL CORPORATIVA

Rubio Cirilo, Laura¹; Alosete Palacios, Irene¹; Cid Buiza, Laura¹; Baulenas Parellada, David¹

¹ Vithas Sanidad

INTRODUCCIÓN

La vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) es un pilar fundamental en la seguridad del paciente y en la gestión de la calidad asistencial. La dispersión de la información y la falta de estandarización en la recopilación y análisis de datos compromete la efectividad de las estrategias preventivas.

La gestión de estos procesos en nuestra red de 18 hospitales se realizaba a través de correos electrónicos de solicitud de información y remisión de la misma en formatos heterogéneos, dificultando la trazabilidad, el acceso a la información y la coordinación. Para abordar estas limitaciones, se desarrolló e implementó una plataforma digital corporativa en nuestra red interna.

OBJETIVO

El objetivo principal es estructurar y homogeneizar la gestión de la vigilancia, prevención y control de infecciones mediante una herramienta digital. Como objetivos específicos, se plantean: optimizar la accesibilidad y trazabilidad de la información en los 18 hospitales, facilitar el seguimiento de indicadores clave, permitiendo una actualización automatizada y en tiempo real, reducir la variabilidad y los errores de transcripción en la información remitida, mejorando la calidad y comparabilidad de los datos.

MATERIAL

Se implementó un sistema digital estructurado en diferentes áreas de trabajo:

Repositorio documental: Espacio destinado a la gestión de actas de reuniones y acceso directo al portal de calidad y transparencia, donde se encuentra el repositorio documental corporativo y de los hospitales.

Gestión de indicadores: Paneles de control para el seguimiento de indicadores clave por procesos, con actualización automatizada de datos.

Plataforma de comunicación y colaboración: Espacios compartidos para consultas, reportes y resolución de incidencias en tiempo real, además de un calendario con fechas clave para la gestión del proceso.

La implementación se llevó a cabo en dos fases: 1. Desarrollo y validación del entorno digital en colaboración con los equipos de control de infección de los hospitales y 2. despliegue y formación, con sesiones dirigidas a los responsables de cada hospital y la difusión corporativa de la plataforma.

RESULTADOS

La plataforma se ha puesto en marcha recientemente, se presentan resultados preliminares:

Capacitación y adopción: El 100% de los hospitales ha recibido formación y cuentan con acceso activo.

Implementación de indicadores: Se ha subido la estructura de más de 75 indicadores, incorporando datos de los últimos dos años para seis procesos clave.

Estandarización: El 100% de los hospitales utiliza formularios homogéneos, mejorando la uniformidad en la recolección de datos.

Accesibilidad y trazabilidad: Se ha optimizado el tiempo de búsqueda al contar con un repositorio único accesible desde cualquier centro.

Seguimiento de indicadores: La plataforma permite la actualización en tiempo real de los indicadores clave, reduciendo el tiempo necesario para consolidar datos manualmente. En los primeros dos meses, se ha observado una mejora en la calidad de los datos reportados.

Optimización de la comunicación: Se ha reducido en un 50% el uso del correo electrónico para la gestión de información epidemiológica, favoreciendo una comunicación más eficiente y estructurada.

CONCLUSIONES

La implementación de una plataforma digital corporativa ha supuesto una transformación en la gestión de la vigilancia, prevención y control de infecciones en nuestra red de hospitales. Destacan como principales beneficios:

Mejora en la calidad y disponibilidad de los datos, facilitando la toma de decisiones.

Estandarización en la notificación y análisis de datos, garantizando uniformidad y comparabilidad entre hospitales.

Optimización del tiempo dedicado a la cumplimentación de informes, permitiendo que los equipos de control de infección adopten un enfoque más proactivo en la prevención de infecciones.

Estos resultados preliminares reflejan un impacto positivo en la gestión de la información epidemiológica y consolidan la plataforma como una herramienta clave para mejorar la vigilancia y control de las IRAS a nivel corporativo.

344 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESOS DE LOGÍSTICA DE PUESTO DIGITAL MEDIANTE MODELOS DE ALMACÉN Y TALLER PROVINCIAL

Carrasco Abril, Inmaculada¹; Pérez Gata, José María ¹

¹ SAS

INTRODUCCIÓN

Por regla general, el control de stock de todo tipo de material informático en los almacenes de los centros ha sido un problema endémico. Considerando material informático todo aquello como PC, portátiles, móviles y/o pantallas, siempre se ha convertido en un problema a la hora de conocer el estocaje o al realizar una auditoría de las diferentes instalaciones subvencionadas.

OBJETIVO

Para paliar esta problemática logística, se ha desarrollado un sistema informático que permite tener un control de toda la mercancía que pasa por el almacén. Este sistema hace que cuando la mercancía entra, se le dé una ubicación exacta dentro del espacio físico del almacén, cuantifica por producto el número de unidades que hay, y de la misma forma, cuando las existencias salen para ser instaladas, se descuentan de las unidades que hay.

Con este sistema es posible saber qué productos tenemos en nuestro almacén, qué cantidad, dónde están e incluso dónde se han instalados una vez que han salido.

MATERIAL

El desarrollo de este sistema comienza con la recolección de requisitos a través de entrevistas con el personal para identificar necesidades y problemas. Se definen objetivos claros, como la optimización del almacenamiento y la mejora en la trazabilidad de insumos médicos, seguido de un análisis de los procesos actuales y un estudio de viabilidad.

Se decide una arquitectura web basada en ORACLE que, mediante una metodología de trabajo como SCRUM, optimizan y se ajustan a las necesidades de la herramienta.

RESULTADOS

Tras la puesta en funcionamiento de esta aplicación, la mercancía que pasa por el almacén está más controlada. Actualmente el número de movimientos diarios en la aplicación supera los 300 y gracias a ella, se conoce incluso el lugar donde se ha instalado reduciendo así el porcentaje de pérdida que existía antes. Este sistema de digitalización es usado a día de hoy en 3 hospitales y 3 distritos, siendo posible su expansión a todo la Comunidad.

CONCLUSIONES

Los beneficios obtenidos tras el uso de este sistema logístico es, entre otros, un control más exhaustivo de la mercancía que existe, entra y sale de los almacenes, una gestión eficiente de la trazabilidad de dónde se instalan o a quién se la asignan, un control de la obsolescencia de las existencia, así como una reducción importante de la pérdida o extravío de todos los productos que pasan por los almacenes.

345 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ICTUS ISQUÉMICO: IMPACTO EN LA GESTIÓN SANITARIA BASADA EN VALOR

Domínguez Trujillo, Conrado¹; Domínguez Trujillo, Pino Delia²

¹ Coordinador del Grupo de Trabajo de IA en gestión sanitaria de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud); ² Servicio Canario de la Salud / Universidad Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El ictus es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. En España, representa la segunda causa de muerte global y la primera en mujeres. Además, es la principal causa de invalidez y la segunda de demencia. A pesar de los avances en prevención y tratamiento, se prevé un incremento del 27% en su incidencia hasta el año 2025. La rehabilitación temprana es clave para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, siendo la fisioterapia un pilar fundamental en este proceso. Y por tanto impactando de forma positivo en incrementar el valor de la gestión sanitaria basada en valor (según el Enfoque "Better Value Health Care" de Sir Muir Gray del NHS)

OBJETIVO

El objetivo general del estudio es analizar la efectividad del tratamiento fisioterapéutico en pacientes con ictus isquémico ingresados en un Hospital de tercer nivel. Se plantearon objetivos específicos como:

1. Evaluar la mejoría de la función motora en pacientes ingresados.
2. Describir la cobertura del programa de fisioterapia en estos pacientes.
3. Relacionar el inicio del tratamiento fisioterapéutico con su efectividad.
4. Comparar los resultados en pacientes mayores y menores de 65 años.
5. Analizar el impacto de los objetivos anteriores en relación con mejorar el valor de la gestión sanitaria.

MATERIAL

Se llevó a cabo un estudio observacional de cohortes retrospectivo en pacientes con ictus isquémico ingresados. La muestra incluyó 170 pacientes, de los cuales 84 recibieron tratamiento fisioterapéutico tras una interconsulta con el servicio de rehabilitación. Se utilizaron escalas de valoración clínica como la NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) y la Rankin Modificada para evaluar la discapacidad y la evolución de los pacientes.

Igualmente se analizan los impactos sobre la definición de Muir Gray (2017) que desarrolla el concepto de "valor personalizado y poblacional".

RESULTADOS

Los hallazgos principales incluyen:

1. Edad y evolución: La edad media de los pacientes fue de 71,8 años. Se observó que los pacientes más jóvenes respondían mejor al tratamiento.
2. Tiempo de inicio de fisioterapia: Se confirmó que una intervención fisioterapéutica temprana mejora significativamente la evolución funcional, reduciendo el grado de discapacidad medido por la escala NIHSS y Rankin Modificada.
3. Eficacia de la fisioterapia: Los pacientes que recibieron fisioterapia mejoraron al menos 4 puntos en la escala NIHSS en el 82% de los casos. La reducción del tiempo de inicio de la terapia aumentó la eficiencia del tratamiento.
4. Técnicas fisioterapéuticas más efectivas: Se identificó que la técnica de CNT Activa Resistida con potenciación muscular mostró la mayor eficiencia. Además, la reeducación postural global en bipedestación se destacó por su impacto positivo en la recuperación.
5. Se reportan resultados de incremento del valor en la gestión sanitaria de estos pacientes por incrementos en el beneficio asistencial, reducción de daños, mejores resultados esperados y más satisfactoria experiencia del paciente, así como reducciones de costes directos e indirectos económicos y de tiempos de acceso.

CONCLUSIONES

El estudio confirmó que la fisioterapia temprana es altamente efectiva en la recuperación de pacientes con ictus isquémico. Se evidenció que:

1. La edad influye significativamente en la recuperación funcional.
2. El tiempo de demora entre el ictus y la terapia es un factor crítico en la recuperación.
3. La fisioterapia mejora la función motora y reduce la gravedad del ictus.
4. Se logró una reducción significativa en el grado de discapacidad de los pacientes tratados con fisioterapia.
5. Se recomienda la implementación de estrategias para garantizar el acceso temprano a la rehabilitación en la fase aguda del ictus.
6. Mejoras en el valor personalizado y poblacional que este abordaje tiene desde la gestión sanitaria.

En conclusión, el tratamiento fisioterapéutico precoz contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir el impacto del ictus en términos de discapacidad y dependencia. Este estudio proporciona evidencia para fortalecer la inclusión de programas de fisioterapia en la fase aguda del ictus en los protocolos hospitalarios y por tanto mejoras considerables en la aportación de valor en la gestión sanitaria con este tipo de abordajes para esta tipología de pacientes y patología.

348 OPTIMIZANDO LA ATENCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES

Valín Jaraiz, Jaime¹; Herran, Enara²; Ana Filipa, Marques Ferreira³; González Ortuno, Javier³; Persiani, Luca⁴; Viñolas, Xavier⁵

¹Additum - Valor en Salud; ²ADDITUM- Valor en Salud; ³IZERTIS; ⁴OLIDATA; ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a más de 60 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa de hospitalización en personas mayores de 65 años. Aunque los avances en cardiología han mejorado los resultados clínicos, la gestión integral de la IC sigue siendo un reto para el SNS. Reducir las readmisiones, mejorar la calidad de vida y optimizar los costes asistenciales es esencial, especialmente considerando que el 35.7% de los pacientes son readmitidos durante el primer año (Foroutan, F et al. JACC. 2023).

Para abordar estos desafíos, un consorcio de hospitales de España, Suecia e Italia en el marco de una Compra Pública Precomercial (CPP), han impulsado la búsqueda de nuevas soluciones digitales que optimicen la atención integral de estos pacientes. En colaboración con estos centros, desde este consorcio de empresas, hemos desarrollado una plataforma que impulsa un modelo de cuidado más eficiente, integrado y centrado en el paciente.

OBJETIVO

El objetivo de la solución es la monitorización en tiempo real del estado de los pacientes, la predicción y prevención de las descompensaciones, la reducción de las re-admisiones y, la optimización del proceso asistencial integrado, mejorando las transiciones de los pacientes entre niveles asistenciales.

MATERIAL

La metodología sigue las normas de la CPP, dónde empresas y sanitarios colaboramos en la co-creación de la solución.

Diseño/Desarrollo: A través de sesiones de trabajo, se ha desarrollado una solución que permite optimizar la atención sanitaria, aumentar la eficiencia y mejorar los resultados de los pacientes, reforzando un modelo asistencia basado en el valor. La solución integral se compone por:

- Aplicación móvil para pacientes: facilita el seguimiento, la activación y la teleasistencia
- Herramienta clínica de gestión: recogida y visualización de datos, para mejorar la comunicación entre niveles asistenciales. Permite a los profesionales sanitarios supervisar, gestionar, y personalizar el cuidado de los pacientes.
- Cuadros de mandos clínicos: seguimiento de indicadores de proceso en tiempo real para optimizar la toma de decisiones en el proceso.

Funcionalidades: La solución se basa en un sistema de soporte a la decisión clínica integrando datos de seguimiento y monitorización, datos históricos, sociodemográficos y recogida de resultados e impacto en el paciente. A través de modelos predictivos y de estratificación, la plataforma permite personalizar rutas de atención para cada paciente, fomentando la colaboración interdisciplinar. Sus funcionalidades mejoran la comunicación entre profesionales, impulsan el aprendizaje y potencian el empoderamiento de pacientes y clínicos.

Validación: Se han iniciado los 12 meses de implementación y validación, en el entorno asistencial. Durante el pilotaje se evaluará el uso de la solución, su impacto en la gestión clínica y en la toma de decisiones, recogiendo indicadores de: Eficacia; derivaciones entre servicios; Experiencia y empoderamiento del paciente; Usabilidad, satisfacción y coordinación entre profesionales; Adherencia; Resultados en salud.

RESULTADOS

Resultados en proceso:

- Integrar la solución en los servicios de urgencias y cardiología
- Mejorar de la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la frecuencia y duración de las hospitalizaciones
- Optimizar de los costes de atención.
- Mejorar la predicción de exacerbaciones, facilitando intervenciones tempranas y mejorando la adherencia al tratamiento.
- Facilitar un análisis de coste-efectividad que establezcan las bases para su adopción en el SNS.

CONCLUSIONES

El proceso de CPP, ha permitido diseñar una solución integral que representa un enfoque pionero para afrontar los complejos retos de optimización que plantea la gestión y el cuidado de los pacientes con IC Avanzada. Esta solución pretende facilitar la transformación de la asistencia sanitaria basada en valor, ofreciendo una plataforma sólida, adaptable y centrada en el paciente.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****136**

366 PLAN INTEGRAL DE CONTINGENCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS

Giménez García, José María¹

¹ Servicio Murciano de Salud - Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de información sanitarios son una herramienta fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Para la correcta toma de decisiones, es de vital importancia poder gestionar los datos clínicos de los pacientes en tiempo real. Hoy en día vivimos con frecuencia constantes amenazas tanto internas como externas que pueden restringir o incluso impedir la disponibilidad de los sistemas de información sanitarios. Es necesario elaborar planes de contingencia que sean capaces de afrontar retos de presente y futuro, por lo que hemos desarrollado un sistema innovador capaz de garantizar el acceso a los datos actualizados de los principales sistemas de información sanitarios de forma ágil y segura en caso de indisponibilidad de estos.

OBJETIVO

El objetivo principal es elaborar un plan de contingencia integral (software) que asegure la accesibilidad a los datos clínicos actualizados y garantice la atención continuada para no afectar a la seguridad del paciente durante las interrupciones de los principales sistemas de información sanitarios.

MATERIAL

Se ha desarrollado en las siguientes fases:

- Instalación de puntos seguros: los puntos seguros son ordenadores instalados en zonas estratégicas del hospital que se usan de forma convencional y, además, en caso de indisponibilidad de los sistemas de información sanitarios, desde estos equipos se puede acceder al plan de contingencia para visualizar en modo consulta los datos actualizados de los pacientes.
- Formación del personal: se ha capacitado al personal sanitario sobre el uso de estos puntos seguros, dando máxima difusión y sesiones formativas.
- Plan de Mejora Continua: realizamos reuniones periódicas y analizamos el feed-back continuo de los profesionales sanitarios con el fin de perfeccionar el sistema.

RESULTADOS

Hemos desarrollado una infraestructura que, en los casos de indisponibilidad de los sistemas de información sanitarios, garantiza la accesibilidad a los datos actualizados de los pacientes, lo cual añade mucho valor a lo que hoy en día permiten los actuales planes de contingencia, ya que estos dan acceso a los datos de forma off line en extensos archivos pdf muy poco eficientes.

Durante el año 2024, en nuestra área de salud, en las más de 150 indisponibilidades que hemos sufrido, hemos asegurado la accesibilidad a los datos clínicos actualizados, garantizando así la atención continuada de los pacientes.

CONCLUSIONES

La experiencia ha evidenciado que, no solo resuelve la necesidad inmediata de continuidad asistencial ante caídas de sistemas, sino que también fortalece la capacidad de respuesta del equipo sanitario y genera un entorno de trabajo más seguro y confiable, ya que permite mantener la continuidad asistencial y la calidad de la atención.

En conclusión, la iniciativa no solo ha alcanzado sus metas iniciales, sino que se posiciona como un modelo de referencia para la gestión de contingencias en entornos sanitarios, capaz de adaptarse y escalarse a distintas instituciones, mejorando la resiliencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto.

368 PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REFERENCIA A NIVEL PROVINCIAL PARA EL ÁREA DE PARITORIO

De León Socorro, Silvia¹; Palmés Quintana, Alejandro²; Yépez Martínez, Sandra¹; Martín Martínez, Alicia¹

¹Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ²Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La actual crisis sanitaria provocada por la pandemia ha acelerado la transformación digital en la sanidad española, un proceso que ya se encontraba en marcha. Esta transformación es esencial para que las comunidades autónomas garanticen el acceso a asistencia sanitaria de calidad, minimizando costes y empoderando a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud. En este contexto, se busca establecer un "continuum asistencial", donde la información fluya de manera efectiva a lo largo del proceso de atención sanitaria. Esto implica que los profesionales de la salud, incluyendo médicos y enfermeras, tengan acceso a toda la información relevante de los pacientes en el momento de la atención, mejorando la coordinación y la calidad del cuidado. Para lograr esto, es fundamental medir la continuidad de la asistencia en tres dimensiones: continuidad de gestión, continuidad de la información y continuidad de la relación.

OBJETIVO

El objetivo principal es definir la tecnología necesaria y los circuitos a habilitar para establecer un centro de referencia para el área de partos a nivel provincial. Implica apoyarse en la transformación digital de los procesos necesarios durante el embarazo y el parto, garantizando una atención integral y de calidad.

MATERIAL

Se seleccionará tecnología común que permita gestionar la información de las pacientes de manera uniforme. Se utilizarán cardiotocógrafos con capacidad de digitalización de trazas y constantes vitales, centralizando sus datos en un sistema de información integrado. Será fundamental para gestionar la información, asegurando la documentación y gestión adecuada tanto de la atención materna como de la del recién nacido.

La digitalización de la información obstétrica es solo el primer paso hacia una transformación digital exitosa. La normalización de los ítems y nomenclaturas es clave para que los profesionales sanitarios ejerzan su labor con eficiencia. Las herramientas de gestión deberán ser personalizables y capaces de incorporar sistemas de validación de datos, garantizando la calidad de la información. Se definirá un formulario de historia del parto que contenga todos los elementos relevantes, minimizando los campos de texto libre. La documentación generada se almacenará en el sistema de información y se exportará a la historia clínica electrónica, incluyendo trazas digitalizadas, notas de parto y un informe final personalizado.

Con todo, se definirán flujos de trabajo que permitirán al centro de referencia prestar apoyo telemático a sus centros asignados. Esto abordará problemáticas como la variabilidad en la calidad asistencial y la necesidad de traslados urgentes. Se habilitará una herramienta de interconsulta virtual para poder compartir información y resolver dudas. En situaciones críticas, el centro de referencia tendrá acceso remoto a los registros de pacientes.

RESULTADOS

Se espera que el centro de referencia mejore la atención y el seguimiento de las pacientes durante el embarazo y el parto. La digitalización de la información obstétrica permitirá una gestión más eficiente y respuestas más rápidas ante situaciones críticas. Se habilitará un portal para que las pacientes puedan seguir su embarazo y registrar información relevante. Éste integrará datos de control domiciliario, como tensiómetros, glucómetros y balanzas, que se conectarán a la aplicación. Los datos recopilados mejorarán la atención y facilitarán la comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud, asegurando un seguimiento integral y continuo.

CONCLUSIONES

El desarrollo de un centro de referencia a nivel provincial para el área de partos no solo mejorará la atención materno-infantil, sino que también sentará las bases para un sistema de salud más integrado y eficiente. La transformación digital y la estandarización de procesos son esenciales para garantizar la continuidad de la atención y empoderar a las pacientes en su proceso de salud. Este enfoque integral promete transformar la atención obstétrica, mejorando la calidad y accesibilidad de los servicios ofrecidos.

369 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA: VALOR Y SOSTENIBILIDAD DESDE LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

Redondo García, Sierra¹; Calero Pizarro, Ana Belen²; Vidal Lacosta, Victor ²

¹HSCR_Hospital Universitario Santa Cristina.; ²HSCR

INTRODUCCIÓN

La gestión del valor en los servicios sanitarios implica optimizar recursos, mejorar la calidad asistencial y garantizar la sostenibilidad del sistema. En este contexto, la enfermería desempeña un papel clave en la transformación del modelo de atención, aportando estrategias innovadoras y generando impacto en los resultados en salud.

Sin embargo, la falta de planificación estratégica en la gestión de enfermeras puede limitar su potencial para generar valor.

Este estudio presenta la implementación de un plan estratégico en la División Enfermera de un hospital público de apoyo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), con el objetivo de transformar la gestión de los cuidados, mejorar la eficiencia y operativa consolidar un modelo asistencial centrado en la excelencia y la sostenibilidad.

OBJETIVO

El objetivo es describir el impacto de un plan estratégico para la gestión de los cuidados en un hospital de apoyo.

MATERIAL

La metodología se basa en el diseño e implantación de proyectos de gestión, desde la gestión del cambio y utilizando metodologías de análisis organizacional.

El ámbito es el Hospital XXXXX

El periodo: septiembre 2023 a diciembre 2024.

Las fuentes de información utilizadas son:

- Informes de gestión del hospital
- Memoria económica.
- Encuestas: satisfacción de pacientes y clima laboral de profesionales
- Informes de resultados del modelo EFQM
- Indicadores clave de desempeño (KPIs): seguridad, calidad y eficiencia.

Las técnicas empleadas:

- Análisis DAFO sobre la gestión de cuidados.
- Balanced Scorecard desde cuatro perspectivas: financiera, cliente (paciente y profesional), procesos internos y aprendizaje/ crecimiento.
- Modelo PDCA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) con implementación de ciclo de mejora continua.

El plan se representa mediante mapa estratégico que incluye la visión, clientes, proceso internos, aprendizaje y conocimiento y eficiencia. Los ejes estratégicos de desarrollo son:

1. Liderazgo	3. Tecnologías e innovación	5. Organización asistencial
2. Profesionales	4. Proceso asistencial	

RESULTADOS

Los resultados logrado en el primer año de despliegue son:

• Procesos Asistenciales:

- Impulso de servicios de cuidados crónicos, paliativos, salud mental.
- Apertura de unidad media estancia de ELA.
- Reducción de la variabilidad en la atención y mejora de eficiencia desde evidencia clínica.
- Diseño de indicadores de resultado y satisfacción en cuidados.

• Calidad Asistencial:

- Diseño indicadores asistenciales desde modelos y con lenguajes de cuidados.
- Fortalecer cartera de servicios de cuidados y seguridad del paciente.
- Reconocimiento de enfermería especializada y orientación a práctica avanzada.
- Acciones de humanización y mejora de experiencia y satisfacción del paciente.

• Formación y Desarrollo Profesional:

- Rediseño de estrategias y metodologías de formación continuada
- Incremento de la formación en investigación en cuidados.

- Capacitación específica para atención ante personas con ELA.
- Diseño de indicadores de proceso e impacto de la formación.

• Liderazgo e Innovación:

- Unidad de investigación
- Creación Grupo de investigación en cuidados hospitalarios
- Hospital seleccionado en proyecto Nursing Research Challenge.
- Generación de conocimiento clínico y traslación de resultado a asistencia.
- Fortalecimiento de la autonomía y liderazgo en la toma de decisiones.

• Sostenibilidad:

- Unidad de Sistemas de Información
- Digitalización de la formación: plataforma de gestión del conocimiento para optimizar recursos y mejorar comunicación.
- Diseño de cuadro de mandos: sistema de gestión de rendimiento para mejorar eficiencia y calidad asistencial.
- Análisis continuo de asignación de recursos alineado con competencias y servicios.

CONCLUSIONES

La planificación estratégica en cuidados permite transformar los modelos asistenciales aportando valor tangible al hospital desde la excelencia en cuidados, con medición de impacto de resultados en salud, innovación y liderazgo. Un planteamiento disruptivo para los retos futuros de los sistemas sanitarios en continua adaptación, innovación y con compromiso de un equilibrio óptimo y sostenible.

381 PROGRAMA DE HEMATOGERIATRIA TRANSVERSAL INTERNIVEL: INNOVACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE MAYOR CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS.

Fuertes De Gilbert Rivera, Beatriz¹; Del Campo Garcia, Raquel²; Constante Pérez, Yamile¹; Bargay Leonart, Juan Jose²; Gelabert Puigserver, María¹; Grauches Cañellas, María Vladimir¹

¹Hospital Joan March; ²Hospital SON LLATZER

INTRODUCCIÓN

Con el envejecimiento poblacional, ha aumentado la incidencia de enfermedades oncohematológicas en personas mayores. Además la heterogeneidad de esta población, la fragilidad, multimorbilidad, necesidades a múltiples niveles y reducción de la reserva funcional dificultan el manejo estándar de estos pacientes, lo que supone muchas veces un desafío clínico y exige un enfoque multidisciplinar.

En respuesta, se ha desarrollado un programa de oncohematogeriatría transversal, internivel, con la colaboración de los servicios de hematología de un hospital de agudos (HA) y de geriatría de un hospital de atención intermedia (HAI), que pretende mejorar la atención integral, abordar las necesidades complejas de esta población, optimizar los tratamientos ajustándolos a la condición clínica y funcional del paciente y garantizar la continuidad asistencial en cada momento de la enfermedad

OBJETIVO

El objetivo principal es desarrollar un programa de oncohematogeriatría que garantice una evaluación integral y personalizada de los pacientes mayores con enfermedades hematológicas.

Objetivos específicos:

- Implementar una estrategia asistencial protocolizada interdisciplinar e integral para pacientes mayores de 65 años con enfermedades oncohematológicas.
- Individualizar la atención y optimizar el diagnóstico y tratamiento a través de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y toma de decisiones conjunta.
- Reducir las complicaciones asociadas al tratamiento de cáncer así como mejorar el manejo de fragilidad y comorbilidades del paciente oncohematológico mayor
- Coordinar la atención desde el diagnóstico hasta la recuperación funcional, reduciendo efectos secundarios, hospitalizaciones innecesarias, etc.
- Garantizar la coordinación entre el hospital de agudos, el hospital de atención intermedia y Atención Primaria para un seguimiento continuo y personalizado.
- Mejorar la calidad de vida, autonomía y los resultados clínicos, así como satisfacción percibida, de estos pacientes.

MATERIAL

El desarrollo del programa de oncohematogeriatría siguió un esquema estructurado en varias fases para garantizar su viabilidad, aplicabilidad y sostenibilidad: 1. Búsqueda Bibliográfica y Análisis del Estado actual. 2. Justificación y Definición del Problema y necesidades. 3. Diseño y Elaboración del Programa. 4. Difusión y Formación del Personal Sanitario. 5. Implementación del Programa. 6. Evaluación y Mejora Continua

Se desarrolla un programa colaborativo entre los servicios descritos basado en los siguientes pilares:

- Población diana: Pacientes mayores de 65 años con enfermedades oncohematológicas, que presentan comorbilidades, fragilidad o algún grado de vulnerabilidad clínica, que dificultan el tratamiento convencional.
- Diseño del programa: Modelo de atención transversal e interdisciplinar, que integra distintos niveles asistenciales:
- Hospital de agudos: diagnóstico, tratamiento oncoespecífico y manejo de complicaciones agudas. CEX ambas especialidades y hospitalización de hematología con interconsulta de grt.
- Hospital de atención intermedia: recuperación funcional, optimización de comorbilidades y cuidados de convalecencia.
- Colaboración con atención primaria y cuidados paliativos.
- Trabajo en equipo interdisciplinar (geriatras, hematólogos, enfermería, rehabilitación, psicología, trabajo social, unidad gestión casos etc).
- Cribado inicial por el hematología para identificar pacientes frágiles o con comorbilidades que se beneficiaran de valoración geriátrica integral (VGI).
- VGI: Evaluación multidimensional por geriatra y enfermera especializada, incluyendo aspectos clínicos, funcionales, cognitivos, nutricionales, emocionales y sociales. Identificación de áreas de vulnerabilidad que precisen adaptar tratamiento.
- Circuito asistencial Seguimiento longitudinal y coordinación entre niveles asistenciales y especialidades:

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****140**

- Reuniones periódicas para discusión de casos clínicos y criterios terapéuticos para decisiones compartidas
- Consulta externa de HematoGeriatría en HA semanal por geriatra de HAI. Evaluación de pacientes ambulatorios o en hospital de día, con seguimiento coordinado entre geriatras y hematólogos.
- Valoración del paciente ingresado en la planta de Hematología del HA para optimizar el manejo de comorbilidades y decidir el nivel asistencial más adecuado.
- Derivación al Hospital Atención intermedia en caso de necesidad de convalecencia o recuperación funcional tras tratamiento.
- Seguimiento coordinado para evitar reingresos y optimizar la continuidad asistencial
- Plan de intervención individualizado. Diseño de un plan terapéutico conjunto entre hematólogo y geriatra y otras disciplinas, adaptado al estado funcional y las preferencias del paciente.
- Intervenciones personalizadas en múltiples áreas: ajuste farmacológico, soporte nutricional, rehabilitación I, apoyo, manejo de síntomas . Educación sanitaria y apoyo al paciente y familia.
- Registro y análisis de datos para evaluar la efectividad del programa.
- Formación continua e investigación (Ensayos ; biomarcadores)
- Propuestas de mejora tras primer año de desarrollo : 1. Implementación de plataforma digital para el seguimiento remoto de pacientes y monitorizar síntomas, síndromes geriátricos y efectos secundarios del tratamiento. 2 . Protocolo prehabilitación oncohematológica estandarizada.

RESULTADOS

- Optimización y mejor control de tratamientos hematológicos y geriátricos minimizando riesgos y mejorando la respuesta terapéutica.
- Personalización tratamiento según fragilidad y comorbilidades. Reducción de efectos adversos y toxicidad del tratamiento así como otras complicaciones y hospitalizaciones
- Detección precoz de áreas de vulnerabilidad mediante la VGI. Mejoría de manejo de fragilidad, comorbilidades, síndromes geriátricos y control sintomático.
- Mejoría de atención de necesidades funcionales, psicológicas y sociales
- Aumento en la calidad de vida de los pacientes geriátricos y la satisfacción de paciente y familia.
- Todo ello además podría asociarse a disminución de costes sanitarios asociados

CONCLUSIONES

La creación de un programa de oncohematogeriatría entre los servicios de hematología y geriatría permite una atención más completa y adecuada para pacientes mayores con enfermedades hematológicas. Su implementación ha demostrado ser una estrategia eficaz para optimizar la atención de pacientes mayores con neoplasias hematológicas, permitiendo un abordaje coordinado, integral e interdisciplinar, que ayuda en la toma de decisiones, optimiza el uso de recursos y mejora la personalización del tratamiento y los resultados en salud. Este modelo innovador basado en la coordinación entre niveles asistenciales, servicios y la aplicación sistemática de la VGI, no solo optimiza recursos sanitarios, sino que también mejora la calidad de vida del paciente y percepción de la atención recibida, por lo que podría replicarse en otros hospitales para mejorar la atención a la creciente población oncogeriátrica.

394 PROYECTO DE MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: UN ENFOQUE HOLÍSTICO DE LA GESTIÓN

Cumbreras Aguaded, Cinta¹; Cañuelo Merino, Trinidad²; Pastor Fernández, Lina²; Ramírez Benítez, María Isabel²; Rodríguez Barbero Rodrigo, Joaquín²; Villazala González, Rubén²

¹ Aguaded; ² GERENCIA INTEGRADA CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

A menudo, la comunidad sanitaria concibe el consentimiento informado únicamente como un formulario que el paciente debe firmar antes de ciertos procedimientos. En una Gerencia comprometida con la seguridad del paciente, como la nuestra, se busca cambiar esta percepción y proponer un enfoque integral que considere el consentimiento como un proceso global. Este proceso se organiza en tres etapas: la primera consiste en proporcionar al paciente toda la información necesaria, resolverle sus dudas, informarle sobre los riesgos y beneficios, y permitirle tomar una decisión libre y consciente sobre su tratamiento. En esta etapa, la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente debe asegurar una comprensión total de la información proporcionada. La segunda etapa es la formalización del consentimiento, acto que le otorga validez legal. Finalmente, en la tercera etapa, el consentimiento se registra en la historia clínica.

Este proyecto nace de la Comisión de Historias Clínicas de una Gerencia de Atención Integrada con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de normalizar estos documentos, adaptándolos a una nueva plantilla conforme a la legislación vigente. Sin embargo, a medida que se avanza en esta tarea, surge la reflexión de si esta acción por sí sola sería suficiente para mejorar el proceso de comunicación e información del consentimiento informado, lo que motiva el inicio de este estudio.

OBJETIVO

Mejorar el nivel de implementación y cumplimentación del consentimiento informado, además de proporcionar herramientas que optimicen la comunicación y el flujo de información entre los profesionales de la salud y pacientes.

MATERIAL

El análisis situacional permite estructurar el proyecto en varias fases. La primera consiste en la estandarización y normalización de los consentimientos. En la segunda se realiza una auditoría para evaluar el grado de cumplimentación de los mismos por los profesionales. La tercera se centra en la formación y difusión de la iniciativa dirigida a los servicios.

Para la ejecución del proyecto se utilizaron herramientas de planificación, como un cronograma o diagrama de Gantt, y técnicas creativas, como el brainstorming, para generar ideas y potenciar el pensamiento innovador.

RESULTADOS

Todos los consentimientos se integraron en la historia clínica electrónica, para que estuvieran accesibles a través de formularios. Además, se diseñó una guía para estandarizar la cumplimentación de los mismos, vinculada a un código QR, y se crearon materiales divulgativos, como infografías, para fortalecer la comunicación entre profesionales y pacientes.

CONCLUSIONES

La auditoría realizada reveló que, aunque se aseguraba una correcta cumplimentación de los consentimientos, no se podía garantizar que los pacientes pudieran tomar decisiones plenamente autónomas tras recibir la información sobre los procedimientos a los que iban a someterse.

La incorporación de los consentimientos en la historia electrónica contribuyó en gran medida a minimizar las deficiencias encontradas en su cumplimentación.

El feedback recibido de la auditoría y las sesiones con los servicios permitió la creación de herramientas de apoyo, tanto para facilitar la cumplimentación como para mejorar la comunicación. Estos materiales, carteles, guías e infografías, reflejaban fielmente el compromiso de la Alta Dirección con el proyecto.

Como desafío futuro se ha solicitado a la Dirección Gerencia la implementación de la firma electrónica para garantizar la identidad del paciente y del profesional de la salud. Además, uno de los compromisos futuros es adaptar el lenguaje técnico utilizado en los consentimientos por uno más accesible para las personas, y para ello se va a crear un grupo de trabajo que incluya la voz del paciente participando en este proceso de adaptación.

Palabras clave. Normalización, compromiso, información, comunicación, autonomía.

395 PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

Gay-Pobes Vitoria, José Javier¹; Vaquero Galan, Silvia²; Peña Pachón, Lucía Inmaculada²; Calvo Martínez, Laura²; Díaz De Cerio Canduela, Pedro²

¹ Servicio Riojano de Salud; ² Hospital San Pedro

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial no solo se mide por la efectividad de los tratamientos asistenciales, sino también por la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de comunicación y atención de sus pacientes. Actualmente, los canales de comunicación entre los pacientes y el Servicio de Salud, presentan barreras que dificultan un acceso rápido y efectivo a la información y a la resolución de dudas o incidencias.

Desde la Dirección de Calidad, Seguridad del paciente y Continuidad Asistencial hemos detectado una sobrecarga en la atención a las solicitudes y reclamaciones realizadas por parte de los usuarios. Para mejorar esta situación se ha desarrollado un proyecto de gestión de las atenciones para facilitar el acceso del usuario al Sistema de Salud y agilizar la respuesta.

OBJETIVO

Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema sanitario.

- Optimizar la gestión de solicitudes y reclamaciones mediante circuitos diferenciados.
- Agilizar la respuesta a los pacientes reduciendo tiempos de espera.
- Fomentar la digitalización como herramienta de comunicación.
- Potenciar la participación del paciente en la mejora de los servicios de salud.

MATERIAL

El proyecto se desarrolla como una revisión y ampliación del Servicio de Atención al Paciente ya existente en el Servicio de Salud. Se plantea en varias fases:

- Identificación de los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios.
- Mapeo de los procesos actuales de Atención al Paciente.
- Implementación de circuitos diferenciados para la gestión de solicitudes
- Integración de la opinión de usuarios
- Adecuación de espacios físicos para mejorar la accesibilidad, comodidad y seguridad tanto de pacientes como de profesionales.
- Divulgación.
- Sensibilización y formación continua del personal en atención centrada en el paciente.
- Establecimiento de indicadores de calidad y accesibilidad.
- Evaluación de la efectividad de las mejoras implementadas.
- Plan de sostenibilidad y continuidad del proyecto.

RESULTADOS

Los primeros indicadores reflejan una mayor rapidez de respuesta y menor espera para la asistencia y resolución de reclamaciones.

Los datos de comparativa del primer trimestre de 2024 en comparación con el primer trimestre 2025:

- Se ha reducido en 9 días el tiempo de respuesta a las solicitudes de los usuarios pasando de 25 días a 16 días
- Se ha reducido un 30% las reclamaciones, pasando de 1257 a 883.

CONCLUSIONES

Este proyecto permitirá una mejora significativa en la comunicación entre los pacientes y el Sistema de Salud, optimizando tiempos de respuesta, integrando diferentes canales de atención y asegurando que las necesidades de los usuarios sean atendidas de manera eficiente.

397 PROYECTO ESALUT: TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL MODELO ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LOS RESULTADOS EN SALUD.

Davins Riu, Meritxell¹; Valero Valdelvira, Patricia²; Bonjorn Dalmau, Mercè²; Alegre Cabrera, Pablo²; Palahi Navarro, Estela³; Taboada Bernal, Jordi⁴

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ²Hospital Germans Trias i Pujol. Grup INEDIT, IGTP; ³Hospital Germans Trias i Pujol;

⁴Hospital Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN

El proyecto representa un cambio de paradigma en el cuidado de enfermedades agudas y crónicas, donde la tecnología de telemedicina es el medio para mejorar la experiencia del usuario y los resultados de salud.

OBJETIVO

El proyecto representa un cambio de paradigma en el cuidado de enfermedades agudas y crónicas, donde la tecnología de telemedicina es el medio para mejorar la experiencia del usuario y los resultados de salud.

OBJETIVOS

- Aumentar los resultados de Salud (PROMS) y la calidad de vida de los pacientes y cuidadores
- Incrementar la Eficiencia, la Calidad y la Seguridad del sistema sanitario
- Mejorar la experiencia de los pacientes (PREMS)

MATERIAL

Proyecto innovador centrado en el paciente que realiza una transformación del modelo asistencial a través tres pilares: Telemonitorización, Empoderamiento del paciente y Comunicación. Se lleva a cabo una reingeniería del proceso para su implementación, con enfoque masivo, pero totalmente personalizado gracias a una biblioteca.

El proyecto es integral e integrado en diferentes niveles asistenciales (primaria y hospital) y también integrado en los sistemas de información. La ejecución e implementación se basan en una metodología específica que se utiliza en cada caso de uso. Esta metodología consta de tres fases: definición y reingeniería del proceso, construcción e implementación/evaluación. Las reuniones se realizan utilizando la metodología Agile. La evaluación abarca aspectos clínicos, eficiencia del sistema y experiencia del paciente. La evaluación de la experiencia del paciente se realiza de manera cuantitativa y cualitativa utilizando la escala uMARS, y se busca una mejora continua a través de la evaluación de diferentes indicadores. Los datos están integrados en los sistemas de información propios. A nivel de la experiencia de paciente se han recogido resultados cuantitativos escala uMARS y cualitativos, entrevistas personales y grupos focales.

RESULTADOS

Desde su inicio a finales de 2020, más de 3000 pacientes han sido incluidos en el programa. Además, el proyecto ha contado con la participación de 100 profesionales en 80 casos de uso. Se han reingenierado 80 procesos, incluyendo 4 transversales. Más de 500 alarmas han sido reportadas, en los datos preliminares se observa una disminución en el tiempo desde la complicación a la visita. Promoviendo la medicina preventiva y anticipativa.

Se han realizado más de 600 formularios, muchos de ellos PROMs, 1000 consejos, 49 ejercicios + plataforma rehabilitación online con Inteligencia artificial y 100 retos. Para facilitar la personalización contamos con 280 perfiles combinable entre sí.

Los resultados de la experiencia del paciente muestran una puntuación media objetiva de 4.08 sobre 5 según la escala uMARS, destacando la funcionalidad con la puntuación más alta y la información con una alta credibilidad de 4.9 sobre 5. Después de entrevistar más de 264 pacientes.

Cada caso de uso tiene sus resultados clínicos, pero podemos destacar un aumento a más de 80% de adherencia en la CPAP en pacientes con apnea obstructiva del sueño cuando antes era de menos del 50%.

A nivel eficiencia, hemos realizado una disminución de más de 6 meses en el proceso obesidad mórbida para cirugía bariátrica en la parte de evaluación psicológica.

Los profesionales lo que más valoran es la integración de los datos en la historia clínica.

CONCLUSIONES

eSalut es un macro proyecto innovador, escalable y sostenible, de transformación digital en la asistencia sanitaria que involucra a todos los actores. Se utiliza una única aplicación totalmente personalizada a cada paciente. Donde la evaluación y la mejora continua es su base fundamental gracias a los PREMS i los PROMS.

El programa eSalud ha demostrado que es posible realizar un cambio de modelo asistencial con beneficios en eficiencia del sistema, resultados de salud y satisfacción de los profesionales y los pacientes.

413 REVISIÓN DE DOCUMENTOS CLÍNICOS MEDIANTE MODELOS DE LENGUAJE GENERATIVOS (LLM): UN ENFOQUE METÓDICO Y AUTOMATIZADO

Villalón, Javier¹; Villalon Coca, Javier²; Ayuso Sacido, Ángel³; Paniagua Sánchez, Sandra³; Cid Buiza, Laura²; Alosete Palacios, Irene²; Baulenas Parellada, David²

¹Vithas Sanidad; ²Vithas Hospitales, S.L.U; ³Fundación Vithas

INTRODUCCIÓN

La gestión de la documentación clínica se enfrenta a desafíos en el contexto de una atención sanitaria cada vez más compleja. Errores, inconsistencias y omisiones cumplimentando los informes clínicos pueden obstaculizar la continuidad asistencial y comprometer tanto la calidad de la atención, como la seguridad del paciente.

La revisión automática de informes clínicos mediante un modelo de Inteligencia Artificial (IA), y en particular, mediante un modelo de lenguaje generativo (LLM), se presenta como una herramienta disruptiva, capaz de identificar problemas de una forma robusta y eficiente, permitiendo un incremento en la calidad del servicio asistencial y ofreciendo soporte para mejorar la gestión de la información en entornos clínicos con alto volumen de atenciones.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la viabilidad de incorporar modelos de lenguaje generativos en la revisión de la documentación clínica. Se pretende evidenciar cómo la integración de estas herramientas en los procedimientos de evaluación de la correcta cumplimentación de la Historia Clínica (HC), puede facilitar la verificación de la integridad y precisión de los informes, incrementando la eficiencia operativa y elevando los estándares de calidad y seguridad en la asistencia.

MATERIAL

El estudio se centró en analizar el nivel de concordancia entre el personal asistencial y el modelo de IA en la evaluación de la correcta cumplimentación de 824 informes de alta hospitalaria y de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), correspondientes al periodo comprendido entre enero y septiembre de 2024, y procedentes de doce centros sanitarios.

Los apartados evaluados en cada uno de los informes son:

1. Antecedentes personales	6. Diagnóstico principal
2. Medicación habitual	7. Pruebas complementarias
3. Alergias	8. Resumen de la evolución
4. Motivo del ingreso	9. Estado del paciente al alta
5. Anamnesis	10. Tratamiento o instrucciones al alta

La revisión de cada informe se realizó por personal asistencial cualificado de los centros participantes en el estudio y a través de la solución GPT-4o de Azure OpenAI. La preparación de los datos incluyó procesos de anonimización y normalización, excluyendo registros con información incompleta. Para el análisis estadístico se utilizó el software R (versión 4.3.3) y se aplicó el método AC1Gwet, que evalúa el grado de acuerdo entre criterios sin penalizar las clases desbalanceadas.

Se utilizó la matriz de confusión para calcular los porcentajes correspondientes a cada clase.

RESULTADOS

En promedio, la revisión realizada por el personal asistencial muestra un grado de corrección del 94,0% de los apartados, mientras que el modelo de IA alcanza el 83,9%. La concordancia global entre ambos observadores se sitúa en un 85,0%, con un valor de AC1 de 0,8137, lo cual refleja un alto nivel de acuerdo. Destaca especialmente la coincidencia en apartados como el diagnóstico principal y el motivo de ingreso, que superan el 85%, mientras que los porcentajes más bajos se observan en categorías como "Medicación habitual" y "Pruebas complementarias".

CONCLUSIONES

1. Los modelos de lenguaje generativos muestran una alta precisión en la revisión de documentación clínica, no obstante, existen diferencias notables en la evaluación de ciertos apartados, lo que podría deberse a la forma en que los profesionales sanitarios interpretan y documentan la información clínica. Los evaluadores humanos tienden a considerar información adicional no incluida en el informe, mientras que el modelo de IA aplica criterios estrictos, identificando deficiencias o inconsistencias que pueden pasar desapercibidas.
2. La automatización reduce significativamente el tiempo de revisión.
3. Se identificaron errores específicos que requieren ajustes en el modelo, indicando que, a pesar de los resultados positivos, es fundamental reconocer los desafíos y limitaciones inherentes al uso de la IA para la revisión de documentación clínica.
4. La precisión de los modelos puede verse afectada por la calidad y la estructura del informe, lo que subraya la importancia de la estandarización de los documentos clínicos.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****145**

414 REVOLUCIÓN EN ACCESOS VASCULARES: INNOVACIÓN Y EXCELENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lechosa Muñiz, Carolina¹; Díez Hernández, Ana¹; García Ugarte, Miren Lorea¹; Martínez Zorilla, Lucía¹; Gutiérrez Somaza, Tamara¹; Marcos León, Carmen¹

¹ Subdirección Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital de tercer nivel, el Equipo de Infusión y Acceso Vascular (EIAV) ha reformado el enfoque tradicional en la inserción de catéteres. Este grupo formado por 3 enfermeras especializadas del Servicio de Radiodiagnóstico y una TCAE, ha asumido tareas que tradicionalmente estaban reservadas para médicos, cambiando fundamentalmente las prácticas establecidas en el ámbito de la salud.

OBJETIVO

Este estudio evalúa cómo el EIAV ha mejorado la calidad de los accesos vasculares y ha reforzado la capacitación del personal, elevando así los estándares de atención y eficiencia mediante la adopción de técnicas avanzadas y tecnología de punta.

MATERIAL

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos desde 2020 hasta 2024 para examinar la frecuencia y complejidad de las intervenciones del EIAV, así como el impacto de sus programas formativos que incluyen entrenamientos y seminarios.

RESULTADOS

- **Expansión Cuantitativa:** Las intervenciones mensuales del EIAV crecieron de 130 en 2022 a 176 en 2024, un aumento del 35%. Este crecimiento destaca la necesidad de expandir el personal y sugiere la inclusión de una enfermera pediátrica para abarcar los accesos vasculares en población infantil.
- **Impacto Educativo:** En 2024, 29 profesionales fueron capacitados a través de cursos y seminarios interactivos. El EIAV ha jugado un papel crucial en la educación continua, extendiendo su influencia más allá del hospital mediante la colaboración en formaciones online y en otras unidades. La figura del "formador de formadores" ha sido esencial para expandir el manejo de la ecografía para canalizar líneas medias a más profesionales.
- **Innovación y Liderazgo en Investigación:** El equipo ha liderado y participado en investigaciones que incluyen estudios sobre la calidad de vida de pacientes con catéteres PICC y el desarrollo de nuevas metodologías como la canalización ecoguiada. El uso del Sistema Sherlock 3CG® ha minimizado la exposición a radiación, utilizando navegación electrocardiográfica y detección magnética para guiar la colocación precisa del catéter, reduciendo la necesidad de radiografías de tórax.
- **Proactividad en Gestión:** La colaboración continua con el departamento de suministros para definir especificaciones técnicas ha permitido adaptarse rápidamente a las necesidades clínicas y responder eficazmente a las alertas sanitarias.

CONCLUSIONES

El EIAV ha transformado los estándares de cuidado demostrando que la innovación y el liderazgo visionario pueden conducir a mejoras significativas en eficiencia y calidad del cuidado. Los datos subrayan la urgencia de expandir la plantilla para mantener la calidad y responder eficientemente a la creciente demanda de servicios del EIAV. La perspectiva futura incluye la creación de un equipo multidisciplinar que integre enfermería con especialidad pediátrica para abarcar todas las edades de la vida.

415 SABER QUE SE PUEDE, QUERER QUE SE PUEDA: REDUCCIÓN ESTABLE, SOSTENIDA Y EFICIENTE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

Alonso Salazar, María Teresa¹; Noguera Quijada, Carmen¹; Martínez Moreno, Sagrario¹; Freire Magariños, Manuel¹; Mansilla Paco, M^a Carmen¹; Portero Belmonte, Esther¹

¹ Hospital Universitario Infanta Sofía

INTRODUCCIÓN

El bloque quirúrgico es un área de gestión compleja, cuyos resultados en calidad técnica y percibida, seguridad y eficiencia se relacionan con múltiples variables: dotación estructural, competencias profesionales, adecuación de la indicación, preparación del paciente, atención postquirúrgica, gestión del tiempo y los flujos... El proceso resultante tiene elevado coste económico y relevante impacto social.

La reciente pandemia afectó significativamente la actividad quirúrgica (cirugía electiva o con un retraso asumible), de tal manera que desde 2021 venimos arrastrando y gestionando una deuda quirúrgica, en un contexto cultural en el que toleramos las listas de espera como el imprescindible "copago" de un sistema sanitario de altas prestaciones y cobertura universal.

Presentamos la evolución de los indicadores de actividad quirúrgica en los últimos 6 meses de un hospital de complejidad media, con una población asignada de 350.000 habitantes, seis especialidades quirúrgicas, 13 quirófanos más 1 en el bloque obstétrico (funcionalmente 2 quirófanos dedicados a la cirugía urgente) y 2 quirófanos de cirugía menor, tras un plan de intervención ordenado y sostenido en el tiempo, orientado a la adecuación de las indicaciones y tratamientos según la necesidad asistencial, traducida en intervenciones con plazos y recursos (materiales y profesionales) idóneos.

OBJETIVO

Mejorar el proceso asistencial a partir de la indicación quirúrgica, procesando la inclusión en LEQ como una orden de tratamiento que debe ser cumplida en los plazos indicados, con el tiempo y recurso estructural correctos, por el equipo profesional idóneo y las mejores condiciones de recuperación postquirúrgicas.

Mejorar los indicadores de seguimiento pactados institucionalmente.

MATERIAL

El plan de trabajo, desde septiembre de 2024 hasta la actualidad, incluye diferentes actuaciones:

- Análisis individualizado de las LEQ de las especialidades incluidas en RULEQ.
- Definición de objetivos como bloque quirúrgico identificando las fortalezas de cada especialidad en su consecución.
- Identificación del recurso estructural idóneo para cada proceso.
- Asignación flexible de quirófanos según las necesidades globales del hospital.
- Potenciación del liderazgo de los servicios sanitarios transversales: anestesistas y enfermeras, así como de los proveedores estructurales (gestión económica, esterilización...).
- Implicación del Servicio de Admisión en la depuración de la LEQ, calidad de la información en los diferentes registros y planificación quirúrgica.
- Utilización sistemática del Sistema de Información institucional: seguimiento diario de indicadores, agregados e individuales.
- Liderazgo directivo.

RESULTADOS

Evolución de los indicadores en los últimos 6 meses:

- Reducción del 25% de los pacientes en LEQ estructural (32% del total de pendientes de cirugía, pues los transitoriamente no programables disminuyeron un 47% y los que rechazan la derivación un 65%).
- Reducción del 54% de la demora media (desde 86 a 39 días), participando todos los servicios quirúrgicos de este descenso, del 72% de Oftalmología al 32% de Dermatología.
- La espera de los pacientes intervenidos se ha reducido un 32% (de 128 a 88 días).
- En la actualidad, el 100% de los pacientes son intervenidos según los plazos de garantía acordes a su prioridad.
- El porcentaje de procedimientos ambulatorios es bastante estable, pero se ha incrementado de media, un 5%.
- El rendimiento quirúrgico en jornada ordinaria creció un 3%.
- La actividad extraordinaria aumentó un 25%, con reajuste según la evolución de los resultados.

CONCLUSIONES

Nuestra estrategia ha pivotado sobre el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la depuración administrativa, la programación quirúrgica, la flexibilización de la utilización de los quirófanos, la atención a las diferencias entre las especialidades y su particular aportación a los objetivos comunes y la utilización de la actividad extraordinaria como motor de cambio.

Los resultados obtenidos avalan la efectividad de un plan de intervención cuando los objetivos son factibles y el reto actúa como un estímulo que genera compromiso.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****147**

436 TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL MEDIANTE EL USO DE DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN REMOTA

Danés Castells, Marc¹; Escrich Navarro, Raquel¹; Cadenas González, Sonia¹; Ortuño Iniesta, Francisco José¹; López Alarcón, Rosa¹; Estrada Cuxart, Josep Oriol¹

¹ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN Los sistemas de salud enfrentan desafíos crecientes por el envejecimiento poblacional, la multimorbilidad y la presión sobre unos recursos asistenciales ya tensionados. El modelo tradicional, basado en atención reactiva y presencial, resulta insuficiente. La monitorización remota posibilita el seguimiento continuo de pacientes con altas necesidades y, mediante la acumulación de datos, facilita la transición hacia un modelo asistencial preventivo, proactivo, personalizado y eficiente.

OBJETIVO

Desarrollar un modelo de monitorización y seguimiento de pacientes con alta carga asistencial, en un hospital terciario que cubre un área de 800.000 habitantes, tanto en pacientes ingresados como en seguimiento ambulatorio, que permita analizar patrones de descompensación clínica y actuar de forma preventiva.

MATERIAL

Se han adquirido dispositivos “wearables” de monitorización remota continua para planta de hospitalización, y “wearables” de seguimiento remoto para casos ambulatorios y de hospitalización domiciliaria, ambos validados clínicamente. Se ha conseguido integrar las variables fisiológicas al sistema de historia clínica electrónica. Se han diseñado casos de uso con diferentes especialidades médicas: Hospitalización a Domicilio, Neurología, Neumología, Nefrología, UCI, Cardiología, Rehabilitación. Durante el 2024 se procedió al despliegue de la tecnología en las diferentes unidades, la integración en los sistemas de información y la coordinación de procesos asistenciales. Se han desarrollado encuestas para pacientes y profesionales para valorar la satisfacción y se mantienen reuniones periódicas de I+D con el fabricante de los dispositivos para la implementación de las mejoras.

RESULTADOS

El proyecto se encuentra aún en fase de despliegue y depuración de datos, habiendo monitorizado más de 450 pacientes ingresados y 500 pacientes ambulatorios. Se han consensuado los siguientes indicadores de resultados, a destacar: reducción de un 5% de estancia media hospitalización, reducción de 5% de visitas a urgencias, reducción de un 2% de reingresos en UCI, incremento de un 5% de ingresos en hospitalización a domicilio evitando ingreso hospitalario. Se valora también la experiencia del paciente y el profesional en diferentes etapas del proyecto.

CONCLUSIONES

Los sistemas de salud tienen una necesidad de evolucionar para ganar eficiencia y mantenerse sostenibles. La tecnología es una herramienta indispensable en este proceso. La monitorización remota de los pacientes puede aportar datos fisiológicos que, adaptados a los requerimientos de cada unidad o servicio, permiten practicar una medicina más predictiva, proactiva y personalizada.

437 TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LA GESTIÓN ECONÓMICA EN ENTORNOS SANITARIOS: EXPERIENCIA EN LA AUTOMATIZACIÓN INTELIGENTE DE PROCESOS CON RPA

Hidalgo Serrano, David¹; Aguirre Ortega, Francisco Javier¹; Torres Cruz, Rosario¹; Pérez Gordo, José Manuel¹

¹ Hospital Universitario Poniente

INTRODUCCIÓN

La automatización inteligente de procesos con la tecnología "Robotic Process Automation" (RPA) se ha implantado en el sector sanitario especialmente en procesos repetitivos críticos, agilizándolos, reduciendo errores y mejorando la escalabilidad de las tareas. Su implementación libera recursos para actividades de mayor valor añadido, aspecto relevante en el contexto de creciente demanda de servicios e incremento de costes. En particular, la mecanización en los sistemas de información de liquidaciones por asistencia sanitaria que se realizan en los centros sanitarios a usuarios obligados al pago, en los supuestos en los que exista un tercero obligado al pago de la asistencia, consume un elevado número de horas de trabajo manual, que impacta considerablemente en la eficiencia, y que puede optimizarse con la implantación de nuevas tecnologías.

OBJETIVO

Validar la implantación de un RPA para automatizar la mecanización de liquidaciones de ingresos en formularios 047 para la facturación de asistencias sanitarias realizadas a terceros obligados al pago y en formularios FISS-WEB por la facturación de la asistencia sanitaria prestada a personas extranjeras desplazadas temporalmente a España y nacionales de estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo, Suiza, Andorra, estimar la reducción de tiempo de procesamiento y cuantificar el ahorro en términos de horas de trabajo liberadas.

MATERIAL

Se analizó el número de liquidaciones de ingresos realizadas en el centro hospitalario en el año 2023 (n=2.833), valorándose el tiempo total invertido por el personal administrativo para su realización.

Se desarrolló la automatización de los procesos mediante tecnología RPA (047/FISS-WEB), y se seleccionó una muestra significativa de liquidaciones (n=1.001) que se procesaron con el mismo en el mes de enero de 2025, midiéndose el tiempo de mecanización (minutos), número de errores y tiempo de demora (días).

RESULTADOS

Las tareas de mecanización de las 2.833 liquidaciones en el año 2024, 1.788 formularios 047 y 1.045 formularios FISS-WEB, descarga de documentación, envío de notificaciones, así como de corrección de los errores que se generan en las mecanizaciones, y del registro en las aplicaciones corporativas y del centro de la documentación de los expedientes de liquidaciones de ingresos, requirieron 156 jornadas laborales (1.092 horas) de personal administrativo (23,12 minutos por expediente), con una demora media de 15 días de procesamiento.

La automatización mediante RPA de los 1.001 formularios se procesó en 4.194,19 minutos (4,19 minutos por expediente), con una incidencia de errores del 0%, y con una demora promedio de 0 días, liberándose 55 jornadas laborales (385,72 horas) de personal administrativo, sin contar tiempos muertos, paradas por llamadas, emails, compañeros, ausencias laborales, etc. (1.001 expediente x 23,12 minutos/expediente).

A efectos de estimación del impacto agregado de la tecnología, se han considerado los datos publicados en Andalucía por liquidaciones en formularios FISS-WEB (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía - Facturación generada por la atención sanitaria a personas extranjeras desplazadas temporalmente, s. f.), resultando que se habrían dedicado más de 22.000 jornadas laborales (154.040 horas) de personal administrativo para su mecanización, que podrían liberarse para otras funciones de mayor valor añadido mediante su automatización.

CONCLUSIONES

La automatización inteligente de las liquidaciones de ingresos con RPA supone una vía efectiva para optimizar la utilización de recursos, al reducir drásticamente el tiempo dedicado a tareas de bajo valor añadido y minimizar errores. Los resultados preliminares sugieren que la extensión de esta tecnología a todos los centros sanitarios con necesidades similares podría repercutir en una notable liberación de jornadas laborales y una aceleración del proceso de cobro. La estandarización de datos para formularios 047 y FISS-WEB permitiría escalar la solución a distintos ámbitos de la sanidad pública, redundando en mayor eficiencia y calidad en la gestión de los procesos administrativos.

441 TRANSFORMACIÓN DIGITAL: HACIA UNA GESTIÓN SIN PAPEL

Pedreño Barceló, Antonio Luis¹; Lucas Ramos, Antonio¹

¹ Hospital General Universitario Reina Sofía-Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

Dejar atrás prácticas tradicionales como el uso del papel sigue siendo un desafío para un hospital. Las aplicaciones informáticas usadas para la solicitud de vacaciones, permisos y licencias representan una innovación significativa en la gestión administrativa. Estas aplicaciones digitalizan y agilizan el proceso de solicitud y aprobación de permisos de manera eficiente, reduciendo tiempos de espera, costes operativos y errores humanos asociados con los procesos manuales. Además, esta reducción de costes tiene una repercusión directa en el cuidado del medio ambiente, que nos lleva hacia un futuro más verde.

OBJETIVO

El uso de medios electrónicos en lugar de papel tiene múltiples objetivos que abarcan desde la eficiencia hasta la sostenibilidad. Los objetivos principales son:

1. **Eficiencia y agilidad:** Permite acceso más rápido y gestión más eficiente de la información, reduciendo tiempos de espera y errores humanos.
2. **Reducción del impacto ambiental:** Disminuyen el uso de papel, conservando recursos naturales y reduciendo residuos sólidos.
3. **Costes reducidos:** Eliminan gastos asociados con papel, impresoras, tinta y almacenamiento físico, reduciendo costes operativos.
4. **Acceso remoto y disponibilidad:** Los documentos electrónicos son accesibles desde cualquier lugar con conexión a internet.
5. **Seguridad y respaldo:** Ofrecen mejor control sobre la información con opciones de encriptación, respaldo y autenticación, reduciendo el riesgo de pérdida de documentos.
6. **Mejora de la transparencia y trazabilidad:** Permite rastrear todas las acciones sobre un documento, aumentando la transparencia y facilitando el seguimiento de procesos legales y administrativos.

Resumiendo, los medios electrónicos buscan crear un entorno más ágil, sostenible, seguro y accesible, alineado con las necesidades de la era digital.

MATERIAL

Hemos logrado los objetivos utilizando una aplicación informática desarrollada a medida, correo electrónico corporativo y login corporativo para mejorar la trazabilidad. Hemos eliminado el uso de papel, la necesidad de coincidencia de turnos y los archivos físicos.

RESULTADOS

El uso de medios electrónicos presenta beneficios y desafíos. Como **resultados positivos** se destacan:

1. **Mayor eficiencia y rapidez:** Reducción de tiempos en procesos administrativos y automatización de tareas repetitivas.
2. **Ahorro de costes:** Menor gasto en papel, impresión y almacenamiento físico.
3. **Accesibilidad y disponibilidad 24/7:** Acceso a información y servicios en cualquier momento y lugar.
4. **Seguridad y autenticidad de la información:** Uso de login corporativo y almacenamiento seguro con copias de respaldo.
5. **Reducción del impacto ambiental:** Menor uso de papel y recursos físicos, y menos desplazamientos.
6. **Mayor transparencia y control:** Registros electrónicos que permiten trazabilidad y auditorías precisas.

Entre los **desafíos** se encuentran:

1. **Brecha digital:** Capacitación digital insuficiente.
2. **Riesgos de ciberseguridad:** Posibilidad de fraudes y necesidad de sistemas de seguridad avanzados.
3. **Dependencia de la tecnología:** Vulnerabilidad ante fallos de sistemas y ataques informáticos.

Menor interacción humana: Deshumanización en la atención y reducción de relaciones sociales.

CONCLUSIONES

Utilizar medios electrónicos en lugar del papel es más eficiente, económico y sostenible, pero requiere un enfoque responsable en ciberseguridad y acceso equitativo a la tecnología. Los beneficios incluyen:

1. **Mayor eficiencia y rapidez:** Acceso rápido, ediciones en tiempo real y almacenamiento eficiente.
2. **Reducción de costes:** Eliminación de gastos en impresión y almacenamiento físico.
3. **Impacto ambiental positivo:** Disminuye tala de árboles y contaminación.
4. **Seguridad y autenticidad:** Documentos electrónicos más seguros con herramientas digitales.
5. **Accesibilidad y almacenamiento ilimitado:** Archivos accesibles desde cualquier lugar y menor riesgo de extravío.
6. **Menos desperdicio y contaminación:** Eliminación de residuos de papel.

Sin embargo, existen desafíos como la **dependencia tecnológica** y los **riesgos digitales**, que requieren medidas de seguridad adecuadas.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



150

447 TRANSFORMANDO LA MATERNIDAD: HIDROTERAPIA PARA UN PARTO HUMANIZADO Y NATURAL

Lechosa Muñiz, Carolina¹; Vacas Revilla, Fatima²; Parada Martín, Lourdes²; Gómez, Martinez²; Díaz Pérez, Andrea²; De Castro Prado, Diana²

¹ Subdirección Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ² Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La atención al parto ha evolucionado hacia un modelo más humanizado y basado en la evidencia científica. La hidroterapia, entendida como el uso del agua con fines terapéuticos, se ha consolidado como una alternativa eficaz para la analgesia no farmacológica durante el trabajo de parto. Entre sus beneficios destacan la mejora del confort materno, la reducción de la percepción del dolor, la disminución en la duración del parto y una experiencia más positiva para la gestante. A pesar de estas ventajas, su implementación en hospitales de tercer nivel sigue siendo limitada en España.

OBJETIVO

Diseñar e integrar un protocolo seguro de hidroterapia en el trabajo de parto dentro de un hospital de tercer nivel, garantizando su viabilidad operativa y promoviendo su aceptación tanto entre los profesionales sanitarios como entre las gestantes.

MATERIAL

La implementación del protocolo se llevó a cabo en tres fases:

1. Desarrollo del protocolo clínico y adecuación de infraestructuras

- Elaboración de protocolos en colaboración con los servicios de Medicina Preventiva y Obstetricia.
- Definición de criterios de inclusión y exclusión basados en la mejor evidencia científica disponible.
- Adecuación de la Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR) con los recursos necesarios, incluyendo la instalación de una bañera obstétrica.
- Implementación de un plan de higiene y desinfección para garantizar la seguridad del procedimiento.

2. Capacitación del equipo asistencial

- Formación específica para matronas, obstetras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) y celadores del área de partos, ajustada a sus competencias profesionales.
- Enfoque especializado en la atención al parto en el agua para matronas y obstetras.
- Realización de simulacros de evacuación para garantizar la seguridad de las gestantes en caso de emergencia.
- Requisito de formación práctica: observación de un parto en el agua y asistencia supervisada en dos partos.

3. Difusión

Se llevó a cabo una estrategia de difusión en distintos ámbitos:

- Sesión informativa general en el hospital dirigida a todos los profesionales implicados.
- Sesión específica para matronas de atención primaria, con el objetivo de fomentar su participación y derivación informada.
- Nota de prensa dirigida a la ciudadanía, con difusión a través de radio, redes sociales y periódicos locales.

RESULTADOS

- **Formación** 51 matronas (89.5%), 31 TCAEs (100%) y la totalidad de los celadores del área de partos participaron en dos sesiones formativas de 3 horas cada una. Además, los obstetras habituales de partos realizaron el simulacro de evacuación.
- **Infraestructura:** Se adquirieron los materiales necesarios y se adecuaron las instalaciones para su correcto uso.
- **Registro y evaluación:** Se implementó un sistema de seguimiento para valorar el impacto clínico de la hidroterapia en términos de analgesia, duración del parto y satisfacción materna.
- **Uso de la hidroterapia:** Desde el 1 de agosto hasta la actualidad:
 - 15 gestantes solicitaron la hidroterapia, pero no cumplían los criterios de inclusión.
 - 11 gestantes la utilizaron durante la fase de dilatación.
 - 2 gestantes completaron la dilatación y el expulsivo en el agua.
 - Todas las gestantes que han utilizado la hidroterapia manifestaron una experiencia positiva y recomendarían su uso.

CONCLUSIONES

La implementación de la hidroterapia en el trabajo de parto representa un avance significativo en la humanización de la atención obstétrica en hospitales de tercer nivel. La colaboración multidisciplinaria, la formación del personal y una estrategia de difusión eficaz han sido factores clave para su puesta en marcha.

El seguimiento de los resultados permitirá consolidar la hidroterapia como una opción segura y efectiva para gestantes de bajo riesgo, en línea con las recomendaciones de organismos internacionales y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

456 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN ABIERTA DE PSIQUIATRÍA COMO MODELO DE ASISTENCIA HUMANIZADA. UN PROYECTO COLABORATIVO.

Cuesta Santamaría, María Luisa¹; Moreno Ruiz, Carmen¹; Ferre Navarrete, Francisco¹; Peña Granger, María De Las Mercedes¹; De Fresno Cerezo, Rafael¹; Arango López, Celso¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La hospitalización en una unidad de psiquiatría convencional se realiza en régimen cerrado y puede resultar traumática y estigmatizadora para el paciente y su familia. Las unidades de hospitalización de psiquiatría están habitualmente cerradas bajo la premisa de que son más seguras, tanto para los pacientes como para los profesionales. Los usuarios demandan un cambio en el modelo de hospitalización que permita una visión normalizada y humana del paciente con enfermedad mental.

OBJETIVO

Mejorar la humanización y disminuir el estigma de los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría.

MATERIAL

La **Comisión de Usuarios** identifica tres áreas de mejora principales: disminuir las sujeciones, mejorar la humanización y combatir el estigma. Se propuso la creación de la Unidad Abierta y el programa STOP sujeciones.

Para la implantación de la Unidad Abierta se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Elaboración de un **Mapa de Riesgos** que permita anticipar situaciones temidas, valorar cuáles podrían ser críticas y diseñar estrategias preventivas.
- Actividades de difusión del proyecto, implicando a los profesionales en la elaboración de los diferentes protocolos y motivando un cambio cultural.
- Diseño de indicadores para monitorizar el funcionamiento.
- Priorización del **acompañamiento familiar**.
- Asignación prioritaria de enfermeras especialistas en salud mental y **formación** en técnicas de desactivación verbal y de manejo de situaciones conflictivas.
- Aumento de la ratio enfermera paciente.
- Adecuación de **infraestructuras**
- Realización de **talleres y encuentros de difusión** entre los distintos profesionales de la red asistencial.
- Incremento de **actividades de humanización**.
- Realización de **encuestas de satisfacción** y **asamblea semanal de pacientes**.
- Creación de un grupo de trabajo multiprofesional denominado **STOP sujeciones**.

RESULTADOS

Los principales resultados de este proyecto son:

1) Mejoras en la **seguridad global** tanto para pacientes como para el personal:

- **Disminución del 54,5% en los pacientes a los que se aplica sujeción.**
- **Disminución del 94,1% en el número de agresiones sufridas por los profesionales.**
- **Disminución del 83,3% en el número de bajas laborales a consecuencia de las agresiones** sufridas.

2) **Mejora en la satisfacción** de los pacientes:

La **satisfacción global** percibida por los pacientes en 2023 fue de **4,30 sobre 5**, con puntuaciones excelentes en el nivel de satisfacción de **cuidados por parte del personal de la unidad** con un 4,7, **trato respetuoso** con un 4,4, **percepción de ayuda del ingreso para afrontar la salud** con un 4,30, **percepción de mejoría al alta** con 4,46 o **trato con psiquiatra** que alcanza un 4,07.

3) Mejora de los resultados de **gestión asistencial**:

- **Disminución del 16,6% en la estancia media.**
- **Disminución del número de fugas.**

CONCLUSIONES

- La inclusión de pacientes y familiares en la toma de decisiones permite identificar y priorizar aspectos clave para aquellos que tienen experiencia en primera persona y que son potenciales usuarios.
- Es posible llevar a cabo un cambio de modelo asistencial que mejora la humanización en el trato además de ser coste-eficiente cuando se tiene en cuenta a todas las partes implicadas.
- La Unidad Abierta de hospitalización de psiquiatría ofrece un tratamiento más personalizado, es segura y favorece un trato respetuoso tanto para los pacientes como para los profesionales.
- La Unidad Abierta ha supuesto una mejoría global en la satisfacción y en la seguridad de pacientes, en la seguridad del personal, así como en la eficiencia de la asistencia, ya que el modelo se ha implementado sin aumento de costes de personal y ha permitido la disminución de la estancia media de hospitalización en psiquiatría.
- Se trata de un modelo trasladable a otros entornos.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****152**

457 UNIDAD DE MEJORA LEAN DE PROCESOS PARA LA EFICIENCIA Y MEJORA CONTINUA DE UN CENTRO SANITARIO

Aloy-duch, Andreu¹; Sivilla Roura, Carles¹; Ballester Roca, Mònica¹; Abellaneda Camacho, M^a Teresa¹; Barrachina Caricchio, David¹; Rubio López, Daria Esther¹

¹ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró

INTRODUCCIÓN

La gestión por procesos, el rediseño y la mejora continua son estrategias fundamentales en la optimización de los sistemas de salud. La implementación de la metodología LEAN permite la reestructuración eficiente de los flujos de trabajo, mejorando la eficiencia y maximizando la utilización de recursos. Estos enfoques son cruciales para mejorar la calidad de la atención al paciente, la salud de la población y la satisfacción de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO

Describir el proceso de creación, características, implementación y resultados de una Unidad de Mejora de Procesos (UMP) en una Organización Sanitaria Integral (OSI), adoptando la metodología LEAN HEALTHCARE como modelo de mejora continua.

MATERIAL

El centro es una OSI que incluye los 4 ámbitos de atención (especializada, primaria, salud mental, e intermedia), es de referencia comarcal con 316 camas convencionales y 20 de medicina intensiva, con una influencia sanitaria poblacional de 280.964 habitantes, y de 445.720 en Salud mental. En 2021 se creó la UMP y se elaboró un Plan Funcional (misión, objetivos, organigrama, funcionamiento, procesos clave, herramientas LEAN, e indicadores); los objetivos de la UMP fueron: 1) afrontar la complejidad creciente del sistema sanitario, 2) apoyar a los profesionales reduciendo cargas de trabajo innecesarias y mejorando el entorno laboral, 3) priorizar la calidad asistencial, la excelencia clínica y la optimización de recursos, y 4) promover un sistema más sostenible, funcional y centrado en pacientes y trabajadores.

RESULTADOS

Entre 2021 y 2025, en la UMP trabajan 2 profesionales (un ingeniero y una enfermera) expertos en LEAN y el soporte de una empresa asesora externa con 5 profesionales. Los factores clave de la UMP han sido: liderazgo clínico, el impulso directivo, y el soporte metodológico LEAN.

Se han gestionado 24 proyectos, de los cuáles 14 (58%) han finalizado y 10 (42%) aún están activos. Las temáticas de los procesos realizados han sido, entre otros: **procesos médicos** (extracciones, auxiliares de traslados, urgencias, ingresos, hospitalización, UCI, atención sociosanitaria, hospitales de día, cirugía sin ingreso, ambulancias, contenciones mecánicas), **procesos de gestión** (planificación enfermera), **procesos quirúrgicos** (implantes, trazabilidad de seguimiento del paciente quirúrgico en el bloque Q, programación y planificación, cirugía mayor ambulatoria, procedimientos, preoperatorios, nuevas tecnologías), **procesos farmacológicos** (oxígeno), y **procesos de planificación** (Plan Director-2038 de la OSI).

Los indicadores de proceso totales en los 39 meses han sido:

- 350 sesiones (media de 15 por proyecto), con un total de 525 horas (media de 23 por proyecto) con la participación de 364 profesionales de la OSI (media de 16 por proyecto).
- Se han avaluado 110 tablas de datos relevantes (media de 5 por proyecto).
- Se han formado a 322 profesionales (media de 15 por proyecto).
- Las herramientas LEAN más utilizadas han sido: VSM (100%) de los proyectos, A3 en 96%, Diagrama de espagueti en 12%, Gestión visual en 8%, takt time en 4%, Kanban en 4%, y 5S en 4%.

Los indicadores de resultado han mostrado:

- Una consecución media hasta la actualidad del 62 % de los objetivos previstos (con proyectos aún activos).

CONCLUSIONES

El papel de la UMP ha sido clave en la mejora organizativa de los procesos, alcanzando más de la mitad de los objetivos previstos. La metodología Lean ha permitido reestructurar eficientemente los flujos de trabajo, además de incorporarse a la formación y al lenguaje diario de los profesionales del centro.

458 UNIDADES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN. UNA NUEVA VISIÓN QUE APORTA VALOR

González Álvarez, Bárbara¹; Chacón García, Ana¹; Rodríguez De Lucas, Ana María¹; Basoco Jiménez, Eduardo¹

¹ Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) surgen en los años sesenta con el fin de coordinar los dispositivos asistenciales hospitalarios a nivel nacional.

Esta gestión, se ha ido profesionalizando con los años y evolucionando hasta los actuales SADC. Servicios de gestión coordinados por personal sanitario.

La formalización de los SADC llegó con el Real Decreto 521/1987, integrándolos en la estructura hospitalaria bajo la Gerencia, y posteriormente, el Real Decreto 866/2001 define la figura del Médico de Admisión y sus competencias.

La coordinación de las actividades de admisión requiere un profundo conocimiento clínico para el manejo de diagnósticos y flujos de pacientes. Actualmente, existe una falta de relevo generacional debido a la escasez de profesionales. Y es necesario buscar nuevas fórmulas para seguir prestando un servicio de calidad.

Una enfermera, cuenta con la capacitación y conocimientos para manejar diagnósticos y flujos de pacientes, valor que debe ser potenciado ante la situación actual, aumentando sus competencias y formando unidades multidisciplinarias dentro de los SADC.

OBJETIVO

Definir la estructura y perfiles competenciales de los componentes de una unidad de enfermería dentro del SADC en un centro sanitario.

MATERIAL

Se realiza análisis interno y externo de la unidad y del personal que la conforma.

Se estudian sus debilidades, las posibles amenazas y se elabora un plan estratégico para corregirlas y afrontarlas.

Se definen las fortalezas con el fin de potenciarlas y se identifican las oportunidades, elaborando inputs para las mismas.

Tras este análisis, se definen objetivos específicos que serán medibles y alcanzables, alineados con la visión y misión de la organización. Se elabora un Diagrama de Gantt que permita establecer fechas y responsables del proceso y una monitorización y seguimiento del mismo, con indicadores que permitan evaluar la eficiencia y efectividad de la unidad.

RESULTADOS

Se detecta necesidad de apoyo por parte de enfermería en los procesos de admisión que requieran competencias y conocimiento clínico, administrativo y gestor.

Esta unidad debe depender funcionalmente del SADC, formando equipo con el resto de las unidades del servicio, adquiriendo una visión transversal del centro y una mirada objetiva no comprometida con ninguna Dirección.

Realizado el análisis del personal que conforma la unidad, se obtienen perfiles muy dispares con capacitaciones diversas, aportando valor a la unidad.

Se detectan carencias de conocimiento y manejo de algunos procesos. Se elabora un plan de formación continua.

Definidos los nuevos perfiles competenciales que se implementan en la unidad, se elaboran procedimientos de trabajo, con el fin de normalizar procesos y formar e informar a los miembros de la organización.

CONCLUSIONES

La escasez de médicos de admisión y la creciente demanda asistencial, exigen una reestructuración que permita a los profesionales de enfermería asumir un papel más activo y relevante en la gestión hospitalaria, ya que cuentan con la capacidad y el conocimiento para gestionar procesos asistenciales como: gestión de consultas y agendas; gestión de listas de espera; quirófanos; urgencias y hospitalización.

La implementación de este nuevo rol mejora la eficiencia operativa y contribuye a humanizar la atención al paciente, brindando un servicio más integral, accesible y enriquecido.

Para que este cambio sea efectivo, es esencial el respaldo institucional y la capacitación continua del personal, lo que permitirá a las enfermeras adaptarse a sus nuevas funciones.

Una unidad de enfermería dependiente del SADC con un desarrollo y ampliación sus competencias como gestoras en los procesos de admisión, representa una oportunidad de mejora en la eficiencia y fortalece el SADC garantizando la efectividad en los procesos y aportando un gran valor al servicio y a la organización.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



154

461 USO DE UN SISTEMA DE AYUDA A LA DECISIÓN CLÍNICA PARA EL CRIBADO OPORTUNISTA DE HEPATITIS C OCULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA - ESTUDIO CRIBADO C

López Garrigós, María Teresa¹; Griñó García-Pardo, Pilar¹; Jover Díaz, Francisco¹; Flores, Emilio¹; Fernández, Concepción¹; Iranzo García, María Norma¹

¹ Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

INTRODUCCIÓN

El virus de la hepatitis C (VHC) es una infección hepática que puede evolucionar hacia enfermedad crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular si no se diagnostica y trata a tiempo. A pesar de los avances en tratamientos con antivirales de acción directa (AAD), sigue existiendo un porcentaje de pacientes con infección activa no diagnosticada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido objetivos para 2030, que incluyen la reducción del 90% de nuevas infecciones y el aumento del diagnóstico y tratamiento en al menos el 80% de los casos.

En España, la prevalencia de infección activa por VHC es del 0,22%, y el cribado poblacional no está recomendado, salvo en grupos de riesgo. Sin embargo, las estrategias de cribado oportunista pueden mejorar la detección precoz.

El Sistema de Apoyo a la Decisión Clínica (CDSS) integra la información de los registros clínicos y administrativos del paciente. Estos sistemas permiten el análisis de datos en tiempo real y facilitan la toma de decisiones mediante algoritmos aplicados a distintos procesos Clínicos.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de una estrategia de cribado oportunista de infección por VHC no conocida desde Atención Primaria (AP), con la ayuda de herramientas de inteligencia artificial (IA), como el CDSS, para facilitar la detección de la población diana.

MATERIAL

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para evaluar una estrategia de cribado oportunista entre febrero y julio de 2024. Se incluyeron pacientes de 40 a 80 años sin serología previa para VHC en los últimos 15 años.

El cribado se implementó mediante el Sistema de Información de Laboratorio (SIL) y el CDSS, que identificaban automáticamente a los pacientes candidatos y sugerían al médico de AP la realización de la serología. En caso de resultado positivo, se realizaba una carga viral de ARN-VHC con la misma muestra y se derivaba al paciente a Medicina Digestiva o Enfermedades Infecciosas.

RESULTADOS

Durante el período de cribado, se ofreció la prueba a 11.490 pacientes, de los cuales 7.013 (61,03%) aceptaron realizarla. La serología resultó positiva en 55 pacientes (0,78%), de los que 9 presentaron ARN-VHC positivo (0,13%), lo que indica infección activa.

Se observó una mayor frecuencia de factores de riesgo (relaciones sexuales de riesgo y uso de drogas inyectadas) y comorbilidades psiquiátricas en los pacientes con infección activa. Sin embargo, solo el 55,6% de ellos cumplía criterios de cribado según la guía del Ministerio de Sanidad, lo que sugiere que muchos casos podrían haber quedado sin detectar sin esta estrategia.

CONCLUSIONES

La implementación de un cribado oportunista mediante CDSS permitió la detección de infecciones activas por VHC en un 0,13% de los pacientes cribados. Además, el 44,4% de los pacientes con infección activa no habría sido diagnosticado si solo se hubiera seguido la estrategia de cribado basada en factores de riesgo.

Este método podría contribuir significativamente a la reducción de la carga de la enfermedad en la población y al cumplimiento de los objetivos de eliminación del VHC para 2030. Es necesario realizar un análisis de coste-efectividad para valorar su implementación generalizada en el sistema de salud.

463 VALOR: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS INTRA HOSPITALARIOS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA Y EFICIENCIA DEL MISMO

Sánchez Molina, Irina¹; Beteta Fernández, Dolores²; Navarro Egea, Ana Patricia²; Sánchez-Pedreño Guillén, María Paloma²; Pereda Carrasco, Carolina²

¹NOVARTIS; ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La hidradenitis supurativa es la enfermedad dermatológica con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se trata de una enfermedad inflamatoria, progresiva y crónica de la piel. Tiene una población estimada superior al 1% de la población. El tiempo de diagnóstico de la hidradenitis supurativa es de 10 años y apenas existen consultas monográficas. El 50% de los pacientes no está satisfecho con la atención recibida ya que es una enfermedad de alto impacto psicológico y emocional. Por tanto, la Hidradenitis Supurativa está asociada a un elevado gasto sanitario (3.000€ coste anual por paciente), sobre todo en gastos de servicio de urgencias, ingresos hospitalarios y cirugías recurrentes. Un buen diagnóstico a tiempo es fundamental para mejorar el resultado en salud de los pacientes y mejorar la rentabilidad en el plano económico y de salud de un nuevo abordaje, pues ahorraría numerosas visitas médicas innecesarias y cirugías.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es optimizar la ruta asistencial de estos pacientes a través de la detección precoz y derivación eficiente, de la patología en el Hospital, definiendo el alcance en las puertas de entrada principales de estos pacientes en el Hospital: Servicio de Urgencias y Servicio de Cirugía General. Evitando así, que el paciente vuelva a Atención Primaria sin su diagnóstico confirmado y vuelva a realizar visitas recurrentes a estos servicios sin llegar a dermatología.

MATERIAL

Se ha creado un grupo de trabajo formado por los profesionales que están involucrados en la ruta asistencial de estudio (Urgencias, Cirugía, Dermatología, Enfermería, Farmacia, Psiquiatría) para analizar la situación actual e identificar las áreas de mejora, basado en metodología Lean. Posteriormente se trabaja también en definir conjuntamente como equipo multidisciplinar las soluciones que se han implementado.

RESULTADOS

La coordinación del equipo de trabajo los ha llevado a crear un comité de hidradenitis en el Hospital donde se valoran de forma estandarizada los pacientes identificados y se decide conjuntamente su evolución.

También se han creado 2 protocolos tipo check list para identificación y derivación de estos pacientes desde Urgencias y Cirugía General.

Se ha trabajado también en la codificación que ha favorecido el poder medir el impacto de las mejoras de esta patología en el Hospital.

Resultados: Aumento de 28% de las codificaciones de Hidradenitis Supurativa desde el inicio del proyecto (4 meses)

Aumento de derivaciones desde Cirugía a Dermatología (antes se perdían en AP tras cirugía) de: 0 a 26 pacientes en 4 meses.

Actualmente calculando las cirugías evitadas y visitas evitadas en urgencias gracias a la detección y atención precoz de los pacientes.

CONCLUSIONES

Este proyecto favorece la comunicación entre profesionales para ofrecer un mejor resultado a los pacientes que sufren hidradenitis supurativa en su área de salud y además contribuyen de forma eficiente a la sostenibilidad de los recursos del Hospital en el que se ha implementado el proyecto.

464 VALORACIÓN CONJUNTA Y SU IMPACTO EN LA GESTIÓN EFICIENTE DE LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

Sierra Ausín, Mónica¹; Varela Fernández, Rubén³; Broco Fernández, Carolina²; González Fernández, Ismael⁴; Ordás Martínez, José⁴; Latras Cortés, Irene²

¹Complejo Asistencial Universitario de León; ²Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de León; ³Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial Universitario de León; ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inmunomediadas (IMID) incluye la psoriasis (PSO), la espondiloartritis (SpA) psoriásica, la espondilitis anquilosante (EA), la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y las uveitis entre otras.

Uno de cada cuatro pacientes con EII, presenta otra IMID. Conllevan un elevado coste sanitario y precisan de un abordaje multidisciplinar.

OBJETIVO

- Evaluar la remisión integral intestinal (índice de H. Bradshaw <4, Mayo score <2 y calprotectina <200 mg/Kg heces) y articular (índice BASDAI o ASDAS y PCR < 5 mg/L) previo al inicio de las consultas de valoración conjunta (CVC) y a los 3, 6, 12 y 24 meses (m) de su inclusión.
- Diferencia en el número de consultas, analíticas, urgencias y hospitalizaciones el año previo y posterior a la instauración de la CVC.
- Evaluar el número de cambios de tratamiento consensuados y los tratamientos activos al final del seguimiento.

MATERIAL

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes atendidos en la agenda de CVC (Digestivo, Reumatología, y Farmacia simultáneamente) con EII e IMID articular desde septiembre de 2021 hasta enero de 2025.

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva con medianas y rangos para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y porcentajes para variables categóricas y análisis post hoc para comparaciones múltiples en variables seleccionadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. Se utilizó el GraphPad Prism v9.5.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes (51% mujeres), con una mediana de edad de 57 años (17 - 84 años). 57.78% con Enfermedad de Crohn (EC) y 42.2% con Colitis ulcerosa (CU), El 41% de los pacientes con EII y el 54% de los pacientes con IMD articular presentaban un tiempo medio de evolución de >5 años. El 37% con SpA con afectación axial, 43% periférica, 18% mixta, y un 2% desconocida.

Un 27% de los pacientes con EII tienen >3 IMIDS, las más frecuentes la SpA enteropática asociada a la EII, la EA y la SpA psoriásica. La mediana de seguimiento en las CVC fue de 16 meses (0,03 - 35).

Existen diferencias significativas en la remisión integral previa con un 55.56%, y al final del seguimiento con un 73.33% ($p=0.01951$). El 81%, 79%, 77% y 81% de los pacientes la alcanzan a los 3 meses(m), 6m, 12m y 24 m de su inclusión en las CVC. Aquellos que basalmente no estaban en remisión (un 42%) el 66,67% la alcanzan al final del seguimiento. La mediana de consultas (digestivo y reumatología) el año previo a la CVC fue de 5.66 (1-13) y posterior de 2.82 (1-7), lo que supone una reducción del 50.17% ($p < 0,0001$). La mediana de analíticas previa fue de 5 (0-23) y posterior de 3 (0-17), con una reducción del 40% ($p < 0,0001$).

La media de visitas a urgencias previo fue de 0.52 y posterior 0.14, disminuyendo un 73.08 % (pNS). La media de hospitalizaciones previo fue de 0.2 y posterior de 0.1 con descenso de un 50% (pNS).

Se realizaron una media de 2 cambios de tratamientos consensuados. Los tratamientos activos más utilizados son adalimumab (24,44%), upadacitinib (20%), ustekinumab (13,3%), tofacitinib (13.3%) e infliximab (8.89%). Un 6.67 % precisaron combinación de fármacos, siendo la más utilizada adalimumab con vedolizumab.

CONCLUSIONES

A pesar de la complejidad de los pacientes atendidos, el abordaje en una CVC permitió alcanzar una mayor remisión tanto intestinal como articular, así como una reducción del número de consultas y analíticas.

La colaboración interdisciplinar (Digestivo, Reumatología y Farmacia) demuestra ser una estrategia eficiente mejorando los resultados en salud y reduciendo el consumo de recursos hospitalarios.

470 INNOVACIÓN COLABORATIVA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN FARMACIA ONCOLÓGICA

Fontanals Martínez, Sandra¹; Quer Margall, Nuri²; Soler Rotllant, Francesc¹; Fontanet Bassas, Marta¹; Munne García, Marta¹; Otero Torres, Sara¹

¹ Institut Català Oncologia Hospitalet; ² Institut Català Oncologia-Girona

INTRODUCCIÓN

La atención farmacéutica en pacientes oncohematológicos es fundamental para garantizar una experiencia asistencial óptima. Se consider necesario revisar los circuitos de atención y dispensación, adaptándolos a las necesidades cambiantes para mejorar la experiencia del paciente en tres áreas clave: digitalización, personalización de la atención y optimización de recursos

OBJETIVO

Mejorar la experiencia del paciente en tres áreas clave: digitalización, personalización de la atención y optimización de recursos. Detectar necesidades no cubiertas de pacientes y profesionales. Optimizar los procesos de atención y dispensación. Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y servicios. Potenciar el bienestar y satisfacción de los profesionales sanitarios. Explorar oportunidades de innovación mediante digitalización y herramientas tecnológicas.

MATERIAL

Design thinking, un enfoque colaborativo, multicéntrico y centrado en el usuario para abordar problemas complejos. Se estructuró en tres fases:

- Empatizar: Análisis cualitativo mediante grupos focales y DAFOs, para conocer las necesidades y barreras de pacientes y profesionales en el ámbito de la atención farmacéutica al paciente oncohematológico.
- Definir: Identificación de los retos y áreas de intervención a partir de los datos obtenidos, validados mediante encuestas a los profesionales.
- Idear: Tres sesiones de co-creación, centradas en generar soluciones concretas para los retos priorizados.

RESULTADOS

Grupos focales:

Se realizaron 3 grupos focales en pacientes atendidos en las consultas externas de farmacia de tres centros. Los pacientes propusieron mejoras en cinco áreas clave:

1. Trato y accesibilidad: Crear espacios más privados y establecer comunicación telemática para resolver dudas.
2. Información: Desarrollar guías visuales y realizar revisiones periódicas de tratamientos.
3. Adherencia: Diseñar apps con recordatorios y consultas rápidas sobre medicación.
4. Dispensación: Puntos de recogida comunitarios, envíos a domicilio y gestores de colas digitales.
5. Nuevas tecnologías: Ofrecer formación en nuevas tecnologías para facilitar su adopción.

Análisis DAFO: Se realizaron DAFOs con profesionales de los tres hospitales del ICO, centrados en atención farmacéutica, dispensación ambulatoria y salud digital. Las principales propuestas de mejora se detallan en la tabla.

ÁMBITO	FORTALEZAS	PROPUESTAS
Atención Farmacéutica	- Alta cualificación de los profesionales. - Coordinación interhospitalaria.	- Estratificación de pacientes para personalizar la atención. - Mejorar la visibilidad del servicio. - Implementar formación continua para los profesionales
Dispensación Ambulatoria	- Flexibilidad horaria. - Relación cercana con los farmacéuticos.	- Digitalización de procesos (citas previas, envíos a domicilio). - Desarrollar seguimiento remoto para aumentar la adherencia. - Programas de apoyo emocional.
Salud Digital	- Gran volumen de datos. - Disposición a la innovación.	- Herramientas digitales personalizadas para gestión de citas y medicación. - Fomentar sinergias con otros proyectos. - Mejorar la accesibilidad digital.

Priorización y sesiones de design thinking: Se realizó una encuesta entre los profesionales para identificar áreas críticas para mejorar la experiencia del paciente, como dispensación, información, adherencia, y digitalización. Finalmente, se seleccionaron tres retos prioritarios: telefarmacia, estratificación de pacientes y optimización del circuito de dispensación. Para el abordaje de cada tema se realizaron sesiones grupales de design thinking con el objetivo de entender las necesidades reales asociadas al reto trabajado e identificar las barreras existentes, generar ideas creativas y viables para solucionar el reto, y priorizar las soluciones de mayor impacto potencial y viabilidad de desarrollo futuro.

CONCLUSIONES

El abordaje multimodal de la atención farmacéutica en el paciente atendido en las consultas externas de farmacia ha permitido revisar y analizar el proceso, barreras y oportunidades. Las sesiones de design thinking tras los análisis DAFO, grupos focales y priorización de retos, permitieron profundizar en los retos seleccionados y generar soluciones innovadoras con la participación activa de los profesionales.

472 DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A RETINOGRAFÍA

Prada Alonso, Jesús¹; Bringas Tejero, Santos¹; Espejo Paeres, Ángela Carolina¹; Crespo Carballes, María Jose²; Torres Macho, Juan²

¹Horus ML; ²Hospital Infanta Leonor

INTRODUCCIÓN

La aterosclerosis subclínica presenta una prevalencia alarmante del 60% en personas entre 40-65 años sin episodios cardiovasculares previos, permaneciendo asintomática hasta provocar eventos graves. Actualmente, en atención primaria no es posible detectarla debido a la falta de dispositivos adecuados y personal capacitado en la interpretación de imágenes diagnósticas. Los scores de riesgo tradicionales como SCORE o Framingham han demostrado ser insuficientes, ya que aproximadamente el 50% de infartos ocurren en pacientes clasificados previamente como de bajo riesgo cardiovascular. Existe además un problema documentado de infradiagnóstico en mujeres, contribuyendo a inequidades en la atención sanitaria. Las tecnologías basadas en inteligencia artificial representan una oportunidad para transformar este escenario al permitir diagnosticar aterosclerosis subclínica en entornos de atención primaria de manera precoz, eficiente y equitativa.

OBJETIVO

Desarrollar y validar una herramienta tecnológica innovadora que integre modelos avanzados de inteligencia artificial para la detección precoz de aterosclerosis subclínica en atención primaria, mediante el análisis automático de retinografías. La solución buscará democratizar el acceso al diagnóstico temprano, reducir hospitalizaciones evitables y minimizar sesgos de género en la detección de enfermedad cardiovascular.

MATERIAL

Se implementaron algoritmos avanzados de aprendizaje profundo para analizar retinografías, utilizando arquitecturas que incluyen redes neuronales convolucionales, Transformers y modelos combinados mediante Stacking Ensembles. La metodología abarcó un preprocesamiento exhaustivo de datos que incorporó técnicas de sobremuestreo mediante redes generativas adversarias para equilibrar las clases de estudio y aumentar el tamaño del dataset de entrenamiento. El entrenamiento y validación se realizó con una cohorte de 543 pacientes cuyas retinografías fueron etiquetadas según la presencia o ausencia de aterosclerosis, asegurando una distribución equitativa por género para evitar sesgos algorítmicos. Para optimizar el rendimiento diagnóstico, se implementó un sistema de validación cruzada con k-folds que maximizó el área bajo la curva ROC, aprovechando adicionalmente técnicas de transfer learning con arquitecturas pre-entrenadas que potenciaron la capacidad predictiva del sistema. Todo el desarrollo incluyó un riguroso análisis estratificado para garantizar un funcionamiento equitativo entre géneros.

RESULTADOS

Los modelos desarrollados exhibieron un destacado rendimiento diagnóstico con un AUROC de 0,86 (IC 95%: 0,82-0,90) y un valor predictivo negativo del 93,2% (IC 95%: 90,1%-96,3%), garantizando alta fiabilidad clínica. La eficiencia operativa quedó demostrada con un tiempo de respuesta promedio de 2,3 segundos por análisis, permitiendo una integración fluida en la práctica asistencial. La implementación en sistemas de información sanitarios fue valorada positivamente por los usuarios, alcanzando un índice de satisfacción del 92,7% (IC 95%: 89,3%-96,1%). Particularmente relevante resultó el funcionamiento equitativo entre géneros, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,73$), contribuyendo a la reducción del infradiagnóstico en mujeres con métricas comparables entre ambos grupos demográficos (diferencia en AUROC: 0,02; $p=0,81$). Adicionalmente, la incorporación de mapas de calor para visualizar áreas relevantes en las imágenes proporcionó transparencia e interpretabilidad al diagnóstico automático, facilitando la aceptación por parte del personal sanitario.

CONCLUSIONES

La herramienta desarrollada representa múltiples contribuciones innovadoras. Posibilita la detección temprana de aterosclerosis subclínica sin requerir personal especializado en interpretación de imágenes complejas, expandiendo significativamente el alcance del cribado poblacional. La solución democratiza el acceso a diagnósticos cardiovasculares avanzados incluso en entornos con recursos limitados, beneficiando especialmente a poblaciones rurales o desatendidas. El impacto clínico se materializa en la reducción de hospitalizaciones y complicaciones cardiovasculares graves gracias a la implementación de intervenciones preventivas oportunas en pacientes identificados precozmente. Destaca también su contribución a la equidad sanitaria al disminuir sesgos sistemáticos de género en el diagnóstico cardiovascular mediante protocolos estandarizados de evaluación objetiva. Adicionalmente, optimiza la eficiencia global del sistema sanitario al redistribuir adecuadamente la carga asistencial sobre especialistas hospitalarios. En definitiva, introduce una herramienta de medicina personalizada de precisión accesible desde el primer nivel asistencial, transformando fundamentalmente el paradigma actual del diagnóstico cardiovascular.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****159**

473 HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DEL DOLOR AGUDO INTERDISCIPLINAR

Arroyo Plaza, Gloria¹; Sánchez Enano, María Isabel¹; Puebla Martín, Amadeo¹; Díaz Patiño, José Javier¹; Gómez Serrano, Francisco¹; Rodríguez López, Rosa María¹

¹ GAI Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El control del dolor postoperatorio es una necesidad clínica y una obligación ética. Más del 80% de los pacientes quirúrgicos experimentan dolor, lo que puede afectar su recuperación y calidad de vida. A pesar de los avances, existe una brecha entre la evidencia y la práctica clínica, con variabilidad en los tratamientos y un uso insuficiente de estrategias multimodales.

Para abordar esta problemática, se creó una Unidad del Dolor Agudo Interdisciplinar (UDA) con un protocolo estructurado para optimizar el manejo del dolor, reducir el uso excesivo de opioides y mejorar la experiencia del paciente.

OBJETIVO

Objetivo principal: Mejorar el manejo del dolor agudo postoperatorio mediante un enfoque interdisciplinar basado en la evidencia.

Objetivos específicos:

- Mejorar el conocimiento de los profesionales sobre el manejo del dolor utilizando buenas prácticas basadas en la evidencia.
- Incorporar la analgesia multimodal y los fármacos coadyuvantes.
- Evitar la variabilidad de los tratamientos farmacológicos para el dolor.
- Reducir los efectos adversos aplicando una analgesia multimodal.
- Aplicar técnicas de ahorro de opiáceos e incrementar la utilización de bloqueos locoregionales.
- Reducir los niveles de ansiedad y mejorar la calidad del sueño de los pacientes.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes sobre el manejo del dolor postquirúrgico.

MATERIAL

La UDA se implementó en cuatro fases:

- Identificación de la necesidad y diseño del protocolo: Un 99% de los especialistas quirúrgicos afirmó que los pacientes requerían una unidad específica para el manejo del dolor. Se diseñó un protocolo de analgesia multimodal en consenso con los servicios quirúrgicos.
- Formación del personal sanitario: Se detectaron carencias en enfermería, por lo que el Servicio de Anestesia creó un curso titulado "Manejo de dispositivos y efectos secundarios en el control del dolor agudo postoperatorio".
- Difusión del servicio: Se realizaron sesiones clínicas, reuniones y material informativo para los profesionales. A los pacientes se les proporcionó información en la consulta de anestesia y durante su hospitalización.
- Implementación de la unidad: Se estableció un circuito de atención desde la consulta de cirugía hasta la reanimación y hospitalización, con apoyo del Servicio de Farmacia Hospitalaria para garantizar un tratamiento seguro y eficaz.

RESULTADOS

- Pacientes atendidos: Desde la creación de la UDA hasta diciembre de 2023, se atendieron 1056 pacientes.
- Valoración del dolor: La intensidad del dolor postoperatorio se mantuvo por debajo de 5 en más del 60% de los pacientes.
- Complicaciones: Un 23% presentó complicaciones menores, todas resueltas con el seguimiento diario del paciente. Más del 60% tuvo menos de tres despertares nocturnos.
- Calidad del sueño: Solo el 1% despertó más de una vez en la primera noche.

Indicadores clave:

- Formación profesional: El 80% del personal fue capacitado.
- Efectos secundarios: Se mantuvieron por debajo del 5%.
- Satisfacción y recomendación: Un 70% de los pacientes recomendaría la UDA.

Estos datos reflejan una mejora significativa en la gestión del dolor, la calidad del sueño y la satisfacción de los pacientes.

CONCLUSIONES

- Eficacia en el control del dolor: Se logró mantener la intensidad del dolor por debajo de 5, cumpliendo el objetivo del programa.
- Seguridad y manejo de complicaciones: Todas las complicaciones fueron menores y se resolvieron con seguimiento diario.
- Mejora en la calidad del sueño: Se evidenció un impacto positivo en el descanso nocturno.
- Alto nivel de satisfacción: La calificación promedio de satisfacción fue de 8,5 sobre 10, con un 70% de pacientes que recomendarían la unidad.
- Éxito en la formación profesional: La capacitación del 80% del personal garantiza una atención especializada.
- Minimización de efectos secundarios: Se mantuvieron por debajo del umbral inaceptable del 5%.

En general, la implementación de la UDA ha sido exitosa, mejorando el control del dolor, el bienestar del paciente y la eficiencia hospitalaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



160

476 ¿ES POSIBLE UNA LISTA DE ESPERA CERO EN OFTALMOLOGÍA?

Castellanos Monedero, Jesús Javier¹; Salcedo Jodar, Lucas¹; González Del Valle, Fernando¹; Torres Moreno, Joaquín¹; Castellanos Cencerrado, Francisco Javier¹; Lizano Almendros, Jesús¹

¹ Hospital Universitario Mancha-Centro

INTRODUCCIÓN

Las listas de espera para consulta de oftalmología son de las que ocupan un mayor volumen, además de las que tienen mayor tiempo medio de espera. Esto es debido a que aglutinan una patología altamente frecuente y sistemas de exploración tan específicos que limitan la capacidad de resolución por parte del médico de atención primaria.

OBJETIVO

Desarrollar un sistema de atención temprana en oftalmología que permita hacer un cribado poblacional, así como clasificar a los pacientes según su necesidad (consulta general, cornea, estrabismo, órbita, retina, párpado) y su temporalidad (urgente, 1 mes, 3 meses o 6 meses).

Con este sistema pretendemos tener cero pacientes en lista de espera y un tiempo medio de atención de 30 días

MATERIAL

El trabajo se ha desarrollado en una población de 130.000 habitantes. Se atienden todos los pacientes derivados a oftalmología en un año. Excepto los pacientes inferiores a 3 años.

Se desarrolla un sistema de atención en dos pasos:

Paso 1: Una enfermera, de forma presencial, recoge los datos de la historia clínica, realiza las pruebas de agudeza visual, tonometría, paquimetría, queratometría, autorrefractómetro, retinografía y tonografía. (dotación tecnológica empresa TOPCON). Dispuesto en línea. Toda la exploración se realiza en 8 minutos.

Paso 2: Al día siguiente el oftalmólogo cierra el informe, una vez evaluadas las pruebas, emite juicio clínico, recomendaciones y cita en consulta o da el alta. Se envía informe al domicilio del paciente y se registra en la historia clínica informatizada.

Se dota con 3 líneas. En cada línea de enfermería y dispositivos se citan 20 pacientes. En el proceso hay asignados 2 oftalmólogos cada día que resuelven 30 informes cada uno

RESULTADOS

El proyecto se inicia el 23 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Lista de Espera: Previo al estudio teníamos 5520 pacientes, a 31 de diciembre tenemos 2 pacientes. El tiempo medio de espera ha pasado de 200 días a 3.5 días

Se ha atendido la lista de espera y todas las derivaciones del año, Un total de 10183 pacientes. El 13% no acudió a su cita, a pesar de llamada el día previo para confirmarla. El 26% de los pacientes fue alta. El 60 % precisa atención presencial. De estos el 15% fue atención preferente (menos de 1 mes) y el 72% se derivaron a la consulta general

CONCLUSIONES

Con este sistema demostramos que se puede tener una lista de espera cercana a cero, con tiempos medios de espera inferiores a 30 días. Este sistema depura la lista de espera un 39% de los pacientes no precisa asistencia presencial.

477 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDA REPORTADOS POR LOS PACIENTES EN LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA

Juanes Borrego, Ana¹; Gual Santandreu, Miquel¹; Marín Bueno, Rebeca¹; Valverde Bernal, Jonatan¹; Aulinas Maso, Anna¹; Torrego Fernández, Alfons¹

¹ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

La incorporación de los resultados reportados por los pacientes (PROMs) en la práctica clínica resulta fundamental para avanzar hacia un modelo de asistencia sanitaria basada en valor. No obstante, su integración efectiva en los procesos asistenciales continúa siendo un desafío, especialmente en entornos hospitalarios de alta complejidad.

OBJETIVO

Diseñar e implementar un procedimiento para integrar la medición de PROMs como parte de los indicadores de calidad asistencial en la atención ambulatoria de un hospital universitario de tercer nivel.

Validar dicho procedimiento mediante el registro de un PROMs genérico en pacientes con patologías ya incluidas dentro del enfoque de la atención basada en valor.

MATERIAL

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por facultativos, personal de enfermería, atención al usuario y tecnologías de la información. Este equipo revisó la evidencia científica disponible, seleccionó las herramientas más adecuadas y diseñó el proceso de implementación en el proceso asistencial ambulatorio. Se seleccionó el cuestionario genérico PROMIS-10 por su validez, aplicabilidad transversal y capacidad para valorar el estado de salud percibido por el paciente en múltiples dimensiones. Para la recogida y gestión de datos se priorizó la plataforma RedCap, adaptada a los requisitos técnicos y de protección de datos del centro.

La validación se está llevando a cabo mediante un estudio prospectivo aprobado por el comité de ética e investigación clínica, que incluye una cohorte de pacientes adultos en seguimiento por déficit de hormona del crecimiento, cardiopatía isquémica y efectos adversos relacionados con medicamentos visitados en consultas externas de un hospital de tercer nivel. Se estratificó el estado general de salud de los pacientes en tres niveles según la puntuación PROMIS10: malo (10-20), medio (21-35), y bueno (36-50).

RESULTADOS

Entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2025, se incluyeron 17 pacientes en el estudio: 12 hombres (70,6%) y 5 mujeres, con una edad media de 65,2 años (DE16,3). 7 pacientes fueron atendidos en consultas externas de cardiología por síndrome coronario agudo, 7 en dispensario de urgencias por iatrogenia medicamentosa y 3 en endocrinología por déficit de hormona del crecimiento.

Once de los 17 pacientes completaron el cuestionario PROMIS-10 basal mediante la plataforma RedCap, lo que representa una tasa de respuesta del 64,7%. Por grupo diagnóstico, respondieron el 71,4% de los pacientes con iatrogenia medicamentosa (5 de 7), el 66% de los pacientes con déficit de GH (2 de 3) y el 42,9% de los pacientes con cardiopatía isquémica (3 de 7).

Los valores promedio del PROMIS-10 basal fueron de 28,7 (DE: 8,57) en el grupo de iatrogenia por medicamentos, 23 (DE: 8,49) en el grupo con déficit de GH y 31,3 (DE: 3,51) en el grupo con cardiopatía isquémica. Estos resultados se sitúan en el rango medio, indicando que los pacientes presentan un estado de salud moderado con áreas que podrían beneficiarse de una atención específica.

CONCLUSIONES

La implementación de PROMs como parte de la evaluación de la calidad asistencial es factible mediante una estrategia colaborativa y el uso de plataformas digitales seguras. El cuestionario PROMIS-10 ha demostrado ser una herramienta útil para recoger de forma estandarizada la percepción del estado de salud en diferentes perfiles clínicos. La buena aceptación observada, especialmente en pacientes con efectos adversos a medicamentos, respalda la continuidad del proyecto y su posible extensión a otros ámbitos clínicos.

480 URGENCIAS HOSPITALARIAS: EL TIEMPO CUENTA Y CUESTA

Carrasco Benítez, Pilar¹; Cortés Bermejo, Santiago²

¹ SESCAM-GAI Guadalajara; ² SESCAM-H.U. La Mancha Centro

INTRODUCCIÓN

El tiempo en urgencias es oro. Tal es así que se habla de la hora de oro del Código Sepsis, también de Códigos y procesos Tiempo-Dependientes, de procesos "tiempo-tejido" ... Además el cálculo del coste-actividad en otros ámbitos sanitarios, como hospitalización, Unidades de Cuidados Intensivos, Quirófanos se realiza teniendo en cuenta el tiempo. Por otro lado, el cálculo del coste unitario de Urgencias es un indicador que no permite diferenciar el coste por proceso, aunque es el que se ha utilizado históricamente.

OBJETIVO Llegar al coste unitario de urgencias empleando otra metodología que ofrezca como resultado el mismo valor que la metodología clásica del cálculo del coste unitario. Una vez conseguido este nuevo método, aplicarlo a un proceso tiempo dependiente en Urgencias como es el Código Sepsis

MATERIAL

Se han homogeneizado los criterios de cálculo y reparto de costes para la obtención de los datos económicos de consumos en Urgencias Hospitalarias de los catorce hospitales del SESCAM.

Se ha homogeneizado el criterio de captura del dato de tiempo de permanencia en Urgencias en los catorce servicios de urgencias de los hospitales del SESCAM.

Hemos calculado el Tiempo medio de permanencia (en minutos) de los catorce hospitales del SESCAM y lo hemos multiplicado por el Número de Urgencias Atendidas, de cada uno de los servicios de Urgencias de los catorce hospitales del SESCAM. El valor del dato es el tiempo total consumido en urgencias en minutos (Regional y por Hospital)

NO Dividiendo el Coste total de urgencias entre los minutos consumidos obtendremos el Coste por Minuto; multiplicando el coste por minuto por el tiempo medio de permanencia (en minutos) obtendremos el Coste unitario de Urgencias (Regional y por hospital).

RESULTADOS

- Tabla comparativa del coste por minuto de todos los hospitales del SESCAM y el dato del coste por minuto en Urgencias del Servicio de Salud.
- Tabla comparativa del coste de la Sepsis Grave en Urgencias de los catorce hospitales del SESCAM.
- Tabla comparativa del peso de la Sepsis Grave en Urgencias de los catorce hospitales del SESCAM

El resultado obtenido por este método es igual con una desviación del 0,003 % que el de dividir el Coste total de urgencias entre el número de Urgencias atendidas, lo que valida ambos métodos (el otro estaba sin validar).

CONCLUSIONES

El análisis del coste por minuto de cada proceso en Urgencias permite ponderar lo que "cuenta" en urgencias cada uno de los diagnósticos y calcular lo que "cuesta" y conocer el origen de la variabilidad de este dato en catorce centros simultáneamente.

Sobre este conocimiento se podrán tomar decisiones e introducir cambios y monitorizar sus resultados. Es posible conocer cuánto gastan los servicios de Salud en los Servicios de Urgencias y en sus procesos y cuál es su coste por minuto.

493 LA ROBOTIZACIÓN AL SERVICIO DE LA MEJORA DE LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ruiz Martín, Guadalupe¹; Ruiz Martín, Guadalupe¹; Abalo Pérez, Lorena¹; García Lacalle, Concepción¹; Vergaz Ballesteros, Alba²; Seijas Martínez-Echevarría, Victoria¹; Melero Pellicer, Isabel¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés); ²Centro de Salud Francia (Fuenlabrada)

INTRODUCCIÓN

El Laboratorio Clínico tiene un papel fundamental en la medicina, ayudando a los médicos en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de multitud de patologías, cuidando al paciente enfermo, previniendo la enfermedad y promocionando la salud.

Se estima que hasta el 25% de las prácticas clínicas que se realizan no aportan valor al paciente. Y en medicina, todo lo que no es necesario puede hacer daño. Por tanto, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, es imprescindible trabajar para mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio. En paralelo, estas acciones tienen un componente de mejora de la eficiencia, al reducir el gasto en recursos humanos, técnicos y consumo de reactivos

Las estrategias para adecuar la demanda deben acometerse siempre de modo consensuado colaborando los profesionales de Laboratorio Clínico con los médicos peticionarios.

Para poder acometer estos proyectos es imprescindible: 1) Establecer consensos multidisciplinarios; 2) Cadena robotizada; 3) Sistema de Información del Laboratorio (SIL) actualizado.

OBJETIVO

Mejorar la adecuación de la solicitud de pruebas de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de la anemia en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria.

MATERIAL

Auspiciado por la Comisión de Adecuación de la Práctica Clínica del hospital, el Servicio de Análisis Clínicos lideró la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar con otros facultativos de Hematología, Medicina Interna, Pediatría, Nefrología y AP, para elaborar un Consenso cuyo fin era facilitar el diagnóstico y monitorización de la Anemia de un modo eficiente.

En el Consenso se aprobó la creación de una prueba denominada "Cribado de anemia" que se pudiera solicitar, a criterio del médico, en lugar de las pruebas sueltas de Hierro, Ferritina, Transferrina, IST, Vitamina B12 y Ácido Fólico.

Básicamente, consiste en que cuando se integra en el SIL una petición con la prueba "Cribado de anemia", se activa un algoritmo de pruebas en cadena a partir de los resultados del hemograma, para investigar la causa última del trastorno. También se rechazarán las peticiones de los parámetros mencionados que tengan un resultado reciente, en un tiempo inferior al de validez pactado por parámetro. En estos casos, se informa "No procede", añadiendo al informe el resultado anterior y la fecha de realización.

Tras monitorizar un piloto en 3 Centros de salud durante 4 meses, el documento fue presentado y difundido a todo el colectivo médico y se amplió el alcance a todos los ámbitos.

RESULTADOS

Tras dos meses de evolución desde la puesta en marcha en todos los ámbitos de esta estrategia, constatamos:

1. Se ha disminuido a la mitad aproximadamente la actividad del laboratorio en estas pruebas, respecto al año anterior, en el mismo período: Ferritina (47%), Hierro (50%), Transferrina (53%), Vitamina B12 (45%) y Ácido Fólico (46%).
2. Esta estrategia estimamos que supondrá un ahorro en reactivos superior a 250.000€ al año.

CONCLUSIONES

El consenso aplicado a la práctica clínica ha logrado: 1) Mejorar la precisión diagnóstica; 2) Incrementar la seguridad del paciente; 3) Optimizar el proceso, automatizando reglas expertas en el SIL; 4) Aumentar la eficiencia, al reducir el gasto en reactivos un 50% aproximadamente; además 5) Es escalable, al poderse aplicar a otras pruebas; 5) Es replicable en otros centros.

El reto para el futuro consiste en que los sistemas de petición electrónica de pruebas de Laboratorio Clínico evolucionen hacia herramientas de apoyo a la decisión clínica basadas en modelos de inteligencia artificial, con capacidad para evitar solicitar lo innecesario y sugerir al médico los estudios que en cada momento necesita un paciente, en función de lo reflejado en su Historia Clínica.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****164**

500 DESPLIEGUE DE LA INTEGRACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA Y ENTREGA A DOMICILIO DE SENSORES DE GLUCOSA

De La Cruz Casalderrey, Javier¹; Moares Castiñeiras, Yolanda²; Calvo Pérez, Ana Isabel²; Piñeiro Redondo, Alicia ²

¹ Servizo Galego de Saúde (SERGAS); ² SERGAS

INTRODUCCIÓN

Como parte del nuevo modelo de excelencia asistencial en la gestión de la diabetes en nuestra región, se ha concebido un proyecto de salud digital basado en la integración de dispositivos del paciente (sensores de glucosa, plumas y bombas de insulina) que permitirán una mayor autogestión y respuestas proactivas de los profesionales sanitarios.

En una primera etapa, se ha desarrollado un modelo de integración de sensores de glucosa que permite almacenar los valores en la historia clínica, facilitando el acceso a cualquier profesional y generando una base de datos por paciente que permita la aplicación de algoritmos predictivos. Asimismo, el servicio logístico desarrollado permite entrega a domicilio de sensores, reduciendo desplazamientos y trámites administrativos.

OBJETIVO

Puesta en marcha de un servicio de salud digital que permite acceso a tiempo real, a través de la historia clínica electrónica y apps de pacientes corporativas, a los valores de glucosa de personas diabéticas, para conseguir: transversalidad (profesionales, pacientes, cuidadores), continuidad asistencial (primaria, hospitalaria, emergencias), mejora de la autogestión, teleseguimiento e identificación precoz de factores de riesgo y/o descompensaciones, mejora logística con entrega a domicilio y reducción de trámites burocráticos.

MATERIAL

Pacientes OBJETIVO personas diabéticas que cumplen requisitos de prescripción y financiación de sensores de glucosa al momento del despliegue. Todos ellos subsidiarios del servicio logístico; sólo aquellos que utilicen smartphone como lector pueden vincularse a la historia clínica.

Modelo de implementación: sistema de citación óptimo para la vinculación, garantizando que los profesionales de todos los niveles asistenciales conozcan el modelo de integración, incorporen los pacientes correspondientes a su nivel asistencial y faciliten su accesibilidad a las citas. Todo el proceso se coordina con los sistemas logísticos del servicio de salud y del proveedor, y se adapta a la estructura organizativa de cada área sanitaria para su integración en los sistemas corporativos de teleseguimiento.

Plan de comunicación: difusión directa con dos envíos masivos de SMS incluyendo videos informativos previo a la generación de la cita por parte de los profesionales responsables. Difusión indirecta a través de asociaciones de pacientes.

Formación: programa formativo a profesionales y pacientes.

RESULTADOS

Con la estrategia desarrollada para el despliegue del servicio de salud digital se ha conseguido alcanzar al 100% de los pacientes objetivo, estando dados de alta en el servicio de envío a domicilio 9542 pacientes a 31 de marzo de 2025.

En cuanto a la vinculación de pacientes con la historia clínica, a 31 de marzo de 2025 el 50,1% de los pacientes monitorizados se encuentran vinculados, oscilando la tasa de vinculación entre 30,8% y 66,9% en las distintas áreas sanitarias. Un total de 4782 pacientes se encuentran volcando valores de las variables de monitorización de glucosa en su historia clínica.

CONCLUSIONES

El modelo de integración desarrollado permite desplegar un sistema de entrega a domicilio en menos de tres meses, frente a más de un año en estrategias previas según el proveedor. Esto ha reducido desplazamientos, gestiones burocráticas y citas innecesarias.

La tasa de vinculación del 50,1% implica que la mitad de los pacientes disponen de valores en su historia clínica actualizados a tiempo cuasi real, visibles a cualquier nivel asistencial. Estos datos están siendo almacenados para activar alertas ante descompensaciones. Los pacientes también pueden consultar sus datos desde la app corporativa de diabetes.

Para maximizar el impacto del programa, es clave incrementar este porcentaje mediante estrategias de capacitación, mejora en la accesibilidad tecnológica y concienciación de pacientes y profesionales sanitarios, consolidando así un modelo innovador de atención digital a enfermedades crónicas, con potencial para seguir mejorando la calidad asistencial y la gestión de la diabetes

507 ABORDAJE DE TERAPIAS CAR-T EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS E IMPACTO ECONÓMICO

Álvarez Sánchez, María¹; Bujan De Gonzalo, Laura²; Casanova Martínez, Cristina²; Lema Oreiro, Martina²; Reboredo García, Silvia María²

¹ Sergas; ² Subdirección General de Farmacia-Sergas

INTRODUCCIÓN

El objetivo del Plan nacional de terapias avanzadas (PNTA) es organizar de forma planificada, equitativa, segura y eficiente la utilización de medicamentos CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) e impulsar su investigación pública y fabricación académica.

La adaptación de un servicio de salud al PNTA exige una actuación coordinada entre hospitales y órganos gestores, interrelación con el Ministerio, y adecuado seguimiento de estas terapias innovadoras, tanto en el ámbito clínico como de gestión económica.

OBJETIVO

Describir la experiencia autonómica en 5 años de recorrido de terapia CAR-T y analizar los resultados en salud e impacto presupuestario.

MATERIAL

Considerando la casuística particular de hospitales de referencia en la red pública, el servicio de salud determinó el procedimiento autonómico para la gestión de CAR-T, creando una unidad de coordinación como órgano responsable.

La documentación del circuito establecido permitió realizar un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de los pacientes tratados entre septiembre 2019 y noviembre 2024, recogiendo las variables: centro, edad, sexo, diagnóstico, fechas de aféresis, infusión y defunción, medicamento, decisión de expertos, resultados en salud, importe de facturación.

RESULTADOS

Con el soporte de la unidad de coordinación, el procedimiento autonómico estableció:

- Registro por el prescriptor en la aplicación de gestión documental de solicitudes especiales de medicamentos.
- Traslado al Comité clínico asesor CAR-T. autonómico para verificación del cumplimiento de los protocolos farmacoclinicos y valoración previa.
- Envío de solicitudes al Ministerio, y posterior remisión de la resolución de expertos al centro solicitante.
- Tras informe favorable, coordinación entre centro origen y administrador para aféresis e infusión.
- Registro en el Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico (VALTERMED).
- Determinación del cumplimiento individual de las condiciones de pago a través de un Comité de Seguimiento constituido entre administración sanitaria y laboratorio comercializador.
- Comunicación con los servicios de recursos económicos de las áreas sanitarias para la correcta facturación por resultados.
- Seguimiento de la gestión de compras e imputación de consumos en los aplicativos de farmacia.

Se trataron 109 pacientes (48 mujeres, 61 hombres), media de edad $56,86 \pm 14,11$ años (intervalo 9-78), repartidos por indicación: linfoma B difuso de célula grande: (n=75), mieloma múltiple (n=9), linfoma B primario mediastínico (n=6), linfoma de células del manto (n=5), leucemia linfoblástica aguda (n=5), linfoma folicular (n=4), leucemia linfocítica crónica (n=3), linfoma B de alto grado (n=2).

La distribución por medicamento infundido fue: axicabtagen-ciloleucel (n=72), tisagenlecleucel (n=16), ARI0001 (n=9), brexucabtagen-autoleucel (n=3), ARI0002h (n=8), idecabtagen-vicleucel (n=1).

Los resultados finales y costes en 52 pacientes evaluables fueron:

- 46% respondedores: 6,62 millones de euros (276.000 euros/paciente)
- 54% no respondedores (17 éxitos y 11 por progresión, tratamiento o trasplante de progenitores hematopoyéticos antes de 18 meses): 3,30 millones de euros (118.000 euros/paciente)

El coste total supuso un 66,28% del precio estimado de los tratamientos CAR-T industriales evaluados, por los importes no abonados en no respondedores.

El gasto provisional fue de 6,12 millones de euros en 57 pacientes que aún no completaron el tiempo para su evaluación.

CONCLUSIONES

El modelo de coordinación permitió la integración y trazabilidad de todas las fases del proceso: acceso, marco organizativo y asistencial, evaluación y gestión económica. La experiencia adquirida posibilitará su extensión a otras terapias avanzadas que así lo requieran por su complejidad.

El registro normalizado de variables clínicas constituye una herramienta imprescindible para el seguimiento y para establecer condiciones de financiación basadas en pago por resultados.

En términos de sostenibilidad, este modelo de pago por resultados ayuda a la introducción de medicamentos innovadores en el sistema sanitario público reduciendo la incertidumbre en la relación coste-efectividad, optimizando el uso de recursos sanitarios y posibilitando el control del gasto.

510 APORTANDO VALOR EN LA MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES

Sardà Ventosa, Adrià¹; González Lao, Elisabet¹; Urrutia Casado, Beatriz¹; Varo Albalá, Carme¹; Roure Nuez, Cristina¹; García González, Laura¹

¹ Consorci Sanitari de Terrassa

INTRODUCCIÓN

La extracción de muestra de sangre es el procedimiento invasivo más habitual en la atención sanitaria, esencial para el diagnóstico y monitorización de diversas patologías. Sin embargo, errores en este procedimiento pueden comprometer la seguridad del paciente y la calidad del resultado.

Diversos estudios indican que entre el 46% y el 68% de los errores que se producen en el Laboratorio Clínico, suceden en la fase preanalítica la cual engloba el procedimiento de extracción de sangre venosa.

OBJETIVO

El objetivo general es reducir errores y mejorar la seguridad del paciente mediante la estandarización del procedimiento de extracción de sangre venosa, reduciendo la repetición de extracciones de sangre venosa

Los objetivos específicos incluyen:

- Analizar el procedimiento de extracción de muestra de sangre venosa en nuestra organización de acuerdo con las recomendaciones internacionales
- Identificar los principales puntos críticos y establecer acciones de mejora que permitan reducir incidencias de las muestras de Laboratorio Clínico y repeticiones de extracciones de muestras de sangre

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional durante el último trimestre del 2023 y el primer trimestre de 2024. Consistió en cortes observacionales en todas las líneas asistenciales de nuestra organización sanitaria integrada (8 centros de atención primaria, hospitalización de atención especializada, atención intermedia y salud mental), siguiendo las recomendaciones elaboradas por el grupo de trabajo de la European Federation of Clinical Chemistry (EFLM) y Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI), evaluando los 18 ítems definidos, así como el extractor, el tipo de método y cualquier otra observación adicional durante el proceso.

RESULTADOS

Se realizaron 184 observaciones distribuidas de esta forma por las diferentes líneas asistenciales: 78 % Atención Primaria, 19 % Atención Especializada, 2 % Atención Intermedia y 1 % Salud Mental.

De los 18 ítems definidos, el ítem que indica si se eligió el sitio de venopunción adecuado según la práctica recomendada, y colocar una gasa limpia después a la extracción en el sitio de punción, han sido los dos ítems cumplidos al 100% en todas las observaciones. Los puntos críticos observados fueron: En el 64% el extractor no soltó el torniquete cuando comenzó el flujo sanguíneo, un 54% no homogeneizó los contenedores de las muestras posteriormente a la extracción, un 47% de los extractores no aconsejaron descansar durante 5 minutos para asegurarse de que el sangrado se había detenido, un 46% de los contenedores no fueron etiquetados en presencia de la persona que iba a realizarse la extracción y un 37% a pesar de limpiar la zona de venopunción, posteriormente volvió a tocar la zona

Adicionalmente en cada solicitud de petición analítica de sangre venosa, se ha evaluado el % de muestras con alguna incidencia asociada (por ejemplo: hemólisis, coagulada o errores en la identificación). Los resultados han sido que un 3,3% han presentado incidencias en las muestras, requiriendo una nueva extracción.

CONCLUSIONES

Las observaciones identificaron puntos críticos en la identificación del paciente, uso incorrecto del torniquete y etiquetado erróneo de muestras.

Se evidenció que un porcentaje de muestras presentaba incidencias, que se podían haber evitado.

A partir de los resultados se ha establecido dos acciones inmediatas:

- Realizar una sesión de formación al personal extractor y una revisión de la información documentada
- Implementar los cortes observacionales del procedimiento de extracciones como una buena práctica para la mejora de la atención y Seguridad de Paciente

La aplicación de estas estrategias no solo impacta positivamente en la atención sanitaria, sino que también optimiza el uso de recursos, beneficiando tanto a pacientes y ciudadanía, profesionales y organización.

514 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO BASADO EN UNIDADES DE PRÁCTICA CLÍNICA INTEGRADA. UNA APUESTA POR LA ORIENTACIÓN AL VALOR

Sardà Ventosa, Adrià¹; González Lao, Elisabet¹; Urrutia Casado, Beatriz¹; Varo Albalá, Carme¹; Roure Nuez, Cristina¹

¹ Consorci Sanitari de Terrassa

INTRODUCCIÓN

Nuestra organización sanitaria es integral, disponiendo de las 4 líneas de atención sanitaria: Atención Primaria y Comunitaria, Atención Intermedia, Atención a la Salud Mental y Atención Hospitalaria. Dentro del Plan Estratégico de la organización y como uno de nuestros objetivos, se define la adaptación del modelo incorporando la atención basada en valor.

Las Unidades de Práctica Clínica Integrada (UPCI) son organizaciones profesionales multidisciplinares que atienden a pacientes de necesidades complejas que velan por una práctica basada en el valor, facilitando la atención integral del paciente, la mejora de la calidad asistencial, junto con la eficiencia de los procesos. Favorecen una mejor accesibilidad y continuidad de la atención sanitaria centrada en las necesidades de las personas que atendemos.

OBJETIVO

Implementar un procedimiento y registro validado para la implementación de Unidades de Práctica Clínica Integrada en nuestra organización.

MATERIAL

Se define un procedimiento de trabajo que permita identificar las UPCI de nuestra organización, mediante un circuito de evaluación de acuerdo con los criterios Porterianos, y aprobada por el Comité de Dirección Asistencial y Ejecutivo de la organización, para el inicio de su actividad.

Las UPCI han de disponer de los siguientes criterios: Identificar la condición física del paciente para la atención que van a prestar, equipo multidisciplinar, favorecer elementos de educación para la salud y empoderamiento del entorno, definición de procesos y protocolos, gestión presupuestaria y de recursos y cuadro de mandos que permita evaluar los resultados.

RESULTADOS

Durante el 2024, se han registrado 10 UPCIs dentro de nuestra organización. Estas Unidades se han incorporado evaluando que criterios cumplen dentro del procedimiento validado, y después de haber cumplido el circuito definido en nuestra organización.

Las UPCI implementadas y registradas son las siguientes:

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Acceso Vascular
- Oncogeriatría
- Ortogeriatría
- Salud Mental Perinatal
- Insuficiencia Cardíaca
- Heridas Complejas
- Nutrición
- Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Patología Mamaria

En la evaluación de estas 10 UPCI, ninguna tiene un presupuesto propio, y en este momento son asumidas por el servicio que tiene el responsable de la unidad.

El 75% de las unidades no disponen de elementos claros para poder facilitar las decisiones compartidas y favorecer la correcta información documentada con los pacientes y su entorno.

Todas las unidades disponen de un cuadro de mando, pero controlado mediante la propia unidad y no incorporado en la organización. Solo un 25% de las unidades identifican aspectos de experiencia del paciente y de sus resultados clínicos.

CONCLUSIONES

Es necesario seguir implementados modelos adaptados a valor, que mejoren la atención de los pacientes de forma integrada con un abordaje multidisciplinar.

Establecer el procedimiento de implementación de las UPCIs, ha permitido identificar las unidades y el estado de los criterios definidos.

El registro nos ha permitido dar entidad propia a las UPCI, y poder desarrollar acciones para implementar los criterios que no se cumplían dentro de las unidades y mejorar el modelo orientado al valor.

515 PLAN ESTRATÉGICO DE RENOVACIÓN E INNOVACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Gómez Delgado, Laura Andrea¹; Blanco Burguillo, Beatriz¹; Rodríguez Exojo, Juan Manuel¹; Soriano García, Roberto¹; Merino Espinar, María Jesús¹; Cabrero López, Ana¹

¹ SERMAS

INTRODUCCIÓN

La Anatomía Patológica constituye un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, especialmente en el ámbito oncológico. En una red de hospitales, se ha identificado la necesidad de actualizar y modernizar los servicios de esta especialidad, frente a retos como el envejecimiento de infraestructuras, el incremento de la demanda asistencial, la escasa digitalización de los procesos y la falta de recursos humanos suficientes. Con el objetivo de transformar integralmente este servicio, se ha diseñado un plan estratégico para los próximos tres años.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar un plan integral de modernización para los servicios de Anatomía Patológica que abarque:

- Renovación tecnológica e infraestructural.
- Implantación de la patología digital y telepatología.
- Optimización de los procesos asistenciales y tiempos de diagnóstico.
- Mejora de la gestión de datos y trazabilidad.
- Fortalecimiento de la formación del personal.

MATERIAL

El plan se estructura en torno a un estudio exhaustivo de la situación actual de los servicios de Anatomía Patológica de la red de hospitales. Se ha analizado:

- Recursos humanos
- Nivel de ocupación de los equipos, número de bloques procesados y capacidad teórica por centro.
- Infraestructuras, tecnología disponible y estado del equipamiento.
- Además, se ha realizado un estudio detallado del proceso completo de la muestra, desde su recepción hasta la emisión del informe, con el objetivo de identificar los puntos críticos donde las inversiones en automatización, digitalización o reorganización pueden tener mayor impacto en la eficiencia y calidad del servicio.

Con esta base, se han definido cinco ejes estratégicos de actuación: modernización tecnológica, digitalización del diagnóstico, mejora de flujos de trabajo, formación del personal, y control de calidad y seguridad.

RESULTADOS

El plan prevé:

- La actualización de equipos clave (procesadores, microtomos, escáneres de patología digital).
- La implantación progresiva de sistemas de telepatología e inteligencia artificial.
- La reducción de los tiempos de diagnóstico mediante digitalización y automatización del flujo de trabajo.
- El desarrollo de una base de datos integrada con almacenamiento digital seguro.
- La creación de programas de formación continua y certificación para el personal.

CONCLUSIONES

El plan es una estrategia integral y sostenible de transformación de los servicios de Anatomía Patológica de una red de hospitales. Su implementación permitirá una mejora sustancial en la calidad diagnóstica, la eficiencia asistencial y la equidad en el acceso a tecnología de última generación en todos los centros del sistema público.

522 ROMPER EL MOLDE: TRANSFORMACIÓN ORGANIZATIVA Y CULTURAL EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL MODELO DE LEWIN

Molina Villaverde, Diana¹; Araque Criado, Irene¹; Laciana Del Palacio, Jorge¹; Mena Pérez, Ana¹; García Cabeza, Ignacio¹; Cuenca González, Ainhoa¹

¹ Hospital Rodríguez Lafora

INTRODUCCIÓN

La atención en salud mental requiere modelos organizativos flexibles, centrados en la persona, que respondan a las necesidades reales de los pacientes y sus familias. Los hospitales monográficos se enfrentan al reto de actualizar sus estructuras y procesos para garantizar eficiencia, calidad y humanización en el cuidado. En este contexto, se plantea una transformación integral utilizando la teoría de Lewin como marco para la gestión del cambio

OBJETIVO

Objetivo principal: Transformar el modelo organizativo de la institución mediante un enfoque de gestión por procesos y participación activa, orientado a la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes.

Secundarios:

- Reorganizar el hospital en torno a áreas de conocimiento que permitan una redistribución más eficiente de los recursos asistenciales.
- Promover una cultura organizativa centrada en la persona, la humanización y la mejora continua.
- Potenciar la participación activa de pacientes, familias, asociaciones y actores comunitarios en la toma de decisiones.
- Establecer alianzas estratégicas con universidades, centros de investigación, empresas tecnológicas, fundaciones y entidades del tercer sector para impulsar la generación de nuevo conocimiento

MATERIAL

Se diseñó un proyecto de transformación organizativa en un hospital monográfico de salud mental, basado en el modelo de gestión del cambio de Kurt Lewin, estructurado en tres fases: descongelar, cambiar y recongelar. La intervención se desarrolló entre enero y abril de 2025, con un enfoque cualitativo-participativo y una lógica de implementación por ciclos iterativos.

1. Descongelamiento: Reflexión estratégica con el comité directivo y comité ampliado, reuniones por unidades, entrevistas a personas clave y activación del comité de pacientes.
2. Cambio: Creación de grupos de trabajo para diseñar un mapa de procesos, orientación hacia áreas de conocimiento, estudio de cargas de trabajo, definición de resultados en salud, y puesta en marcha de un comité consultor de asociaciones y pacientes.
3. Recongelamiento: Rediseño de circuitos, estructuras y dinámicas organizativas, institucionalización de cambios y refuerzo de la cultura colaborativa y centrada en la persona.

RESULTADOS

La implementación del proceso de cambio ha generado avances significativos en distintas dimensiones organizativas y asistenciales: Reorganización por procesos y análisis de cargas de trabajo; Participación y cultura organizativa como la creación de un comité consultor con asociaciones, fundaciones y familias; Innovación, alianzas y enfoque en resultados en salud, con la incorporación progresiva de indicadores de resultados en salud (basados en el modelo ICHOM) en unidad piloto; se han identificado prácticas organizativas obsoletas o de riesgo que se están desactivando, con participación activa de equipos y supervisión ética; se han iniciado procesos de formación en liderazgo, gestión por procesos y transformación cultural para mandos intermedios, con una participación del 85% del comité ampliado

CONCLUSIONES

El proceso de transformación impulsado en la organización demuestra que es posible aplicar marcos teóricos clásicos, como el modelo de Lewin, en contextos de alta complejidad como los hospitales monográficos de salud mental. La participación activa de profesionales, pacientes y familias, asociaciones y entidades colaboradoras ha sido un factor crítico de éxito.

La reorganización por áreas de conocimiento permite redistribuir recursos de forma más equitativa, mientras que la incorporación de indicadores de resultados en salud orienta al hospital hacia una evaluación basada en el valor. El enfoque participativo ha contribuido, además, a una mejora del clima organizacional y la percepción de legitimidad del cambio.

Este modelo es transferible a otros centros que requieran repensar su estructura desde dentro, fomentando la cultura de la mejora continua, la innovación y el liderazgo compartido como motores de la sostenibilidad.

524 PROYECTO AUDIOVISUAL MIPA: MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Pérez Estébanez, Soraya¹; López Lobo, Cristina²

¹ Hospital Universitario Ramón y Cajal; ² MEDICINA TV

INTRODUCCIÓN

Realidad: ante la prescripción de un procedimiento clínico o tratamiento de cierta complejidad y el diagnóstico de una patología compleja como es la EM, la mayoría de los pacientes acuden a buscar información en internet. La información en formato audiovisual es la más demandada.

Problema: El paciente no siempre recurre a la información más adecuada, lo que puede suponer desinformación, mayor ansiedad y confusión ante la diferencia entre la información recibida y la realidad.

Solución: Prescribir al paciente la información audiovisual correcta y más efectiva, desarrollada por el propio equipo médico que le atiende.

OBJETIVO

Facilitar al paciente con EM tratado en el Hospital X un material formativo e informativo efectivo creado por los profesionales sanitarios que los atienden, uniendo el conocimiento científico con la acción divulgativa del Servicio de Comunicación del Hospital y la especialización en comunicación audiovisual sanitaria de la productora X especializada en salud.

MATERIAL

Con la coordinación del Servicio de Comunicación se implica a todos los profesionales sanitarios del Servicio de Neurología del Hospital X y de otros servicios relacionados con el manejo del paciente con EM para el desarrollo de un repositorio de 22 vídeos. Se implica también a diferentes laboratorios farmacéuticos que facilitan la financiación del proyecto mediante la fórmula de patrocinio.

Los contenidos son facilitados por los diferentes especialistas y guionizados por la productora especializada en salud y supervisados y aprobados por el Servicio de Comunicación del hospital X

La grabación se realiza en el hospital, con el formato del prescriptor a cámara y utilización de recursos donde se visualizan los diferentes espacios del circuito del paciente en el hospital.

Tras el montaje y posproducción, el Servicio de Comunicación los revisa, corrige y valida para ser alojados en el espacio de la Unidad de Esclerosis Múltiple de la web del hospital.

Se imprimen hojas en formato A5 que los facultativos entregan a sus pacientes en consulta con los códigos QR de los vídeos y póster para las salas de espera.

RESULTADOS

El proyecto MIPA supone una herramienta de valor para el profesional sanitario que consigue así asegurar que su paciente accede a una información sobre su patología, la EM, facilitada por ellos mismos. La implicación del Servicio de Comunicación y una productora especializada consiguen la excelencia del proyecto aportando el valor de la comunicación sanitaria que no siempre se consigue cuando las acciones divulgativas se desarrollan directamente por parte de los profesionales sanitarios. También optimiza el tiempo de consulta.

Para los pacientes MIPA supone profundizar en el conocimiento de su enfermedad permitiendo un mejor manejo de la misma. Aumenta además los índices de calidad percibida.

CONCLUSIONES

El proyecto MIPA supone una herramienta de valor para el profesional sanitario que consigue así asegurar que su paciente accede a una información sobre su patología, la EM, facilitada por ellos mismos. La implicación del Servicio de Comunicación y una productora especializada consiguen la excelencia del proyecto aportando el valor de la comunicación sanitaria que no siempre se consigue cuando las acciones divulgativas se desarrollan directamente por parte de los profesionales sanitarios.

Para los pacientes MIPA supone profundizar en el conocimiento de su enfermedad permitiendo un mejor manejo de la misma. Aumenta además los índices de calidad percibida.

527 PARTITURA COMPARTIDA EN LAS GUARDIAS DEL ÁREA MÉDICA: DANDO EL DO DE PECHO

Sanduende Otero, Yolanda¹; Fiel Paz, Luis²; García Sayar, Ángel Luis²; Barros Casas, David²; Val Sanles, María Del Carmen²; Santos García, Marcos²

¹Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés; ²Complejo hospitalario universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La asignación de guardias del área médica en la que están implicadas múltiples especialidades constituye un reto organizativo frecuente en el ámbito hospitalario. La asignación manual con criterios no estandarizados y con riesgo de sesgos, presión organizativa para los responsables y conflictos ante incidencias, generan tensiones y comprometen la equidad y la eficiencia, generando un clima laboral desfavorable. En este contexto, la toma de decisiones consensuadas con el propio equipo y adaptadas a la realidad local desde la microgestión, puede aportar soluciones efectivas cuando se combina con herramientas tecnológicas.

OBJETIVO

Desarrollar e implantar un sistema informatizado de asignación de guardias y gestión de incidencias en un área médica multidisciplinar, basado en reglas de decisión consensuadas por los facultativos implicados, con el fin de mejorar la equidad, transparencia y eficiencia en la planificación.

MATERIAL

El proyecto se desarrolló para la gestión de la atención continuada del área médica de un hospital de segundo nivel, compuesta por las especialidades de medicina interna, neumología, neurología, endocrino y reumatología. Se identificaron problemas recurrentes con la asignación manual de las guardias y, sobre todo, la dificultad para la cobertura de las mismas ante ausencias sobrevenidas, condicionada por el rechazo de los facultativos a establecer un listado específico para ese fin.

A través de un proceso colaborativo entre el servicio de informática y los especialistas implicados, se acordaron reglas de asignación de guardias (cadencia fija, reparto equitativo y equipos de guardia equilibrados por especialidades, limitación de guardias consecutivas, equipos estables, preferencias personales, etc.) y criterios para la cobertura de incidencias (sustituciones de vacaciones, ausencias imprevistas, cambios de turno).

Con las premisas establecidas se desarrolló una herramienta digital personalizada que automatiza la asignación mensual de guardias y permite gestionar cambios o incidencias según las reglas establecidas.

RESULTADOS

Con la implantación del sistema diseñado se consiguió:

- Reducir significativamente el tiempo dedicado a la planificación mensual de guardias.
- Hacer una planificación a largo plazo.
- Disminuir los conflictos relacionados con la cobertura de incidencias.
- Mejorar la trazabilidad y transparencia en la toma de decisiones relacionadas con la planificación de guardias.

La revisión periódica de los resultados y de las reglas de decisión, ha incentivado la participación de los implicados en el diseño de la herramienta, y por ende, la aceptación de la misma.

CONCLUSIONES

La búsqueda de soluciones a problemas cotidianos, cuando se apoya en procesos colaborativos entre herramientas tecnológicas y los propios profesionales implicados, puede tener un impacto significativo en la organización, con la ventaja adicional, en este caso, de la adaptación a las necesidades locales específicas, y la posibilidad de realización de ajustes según resultados.

El sistema automatizado de asignación de guardias, ha mejorado la eficiencia, la equidad y ha disminuido los conflictos relacionados con la cobertura de ausencia, constituyendo un ejemplo de microgestión replicable en otros entornos hospitalarios.

528 CREACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pernaut Sánchez, Cristina¹; López, Ana¹; Echarri, M Jose¹; Siso, Isabel¹; Garrido, Ana¹; Claros, Juncal¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

Las infecciones suponen una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes oncológicos. La prevención de estas infecciones intercurrentes poniendo el foco en la inmunización en pacientes oncológicos podría tener un impacto mayor en su pronóstico ya que disminuiría las hospitalizaciones, los retrasos en el tratamiento antineoplásico y mejoraría su calidad de vida.

En nuestro centro se ha implantado un circuito de derivación para pacientes con cáncer en 2023, de forma que los pacientes son remitidos desde la consulta de Oncología Médica al Servicio de Medicina Preventiva donde se realiza una primera valoración por el médico especialista de este departamento que solicita la extracción de una analítica para valorar la inmunidad preexistente para rubeola, sarampión, parotiditis, virus varicela zóster y hepatitis A, B y C para posteriormente proceder a la administración de las vacunas indicadas en cada caso en base a las recomendaciones de SEOM.

OBJETIVO

Comparar las derivaciones de pacientes oncológicos al servicio de Medicina Preventiva entre el periodo 2019-2022 y a partir de 2023 en adelante, para valorar si ha impactado la creación de este circuito.

Calcular la cobertura vacunal de los pacientes que están recibiendo tratamiento con quimioterapia desde el año 2023 (excluyendo vacuna frente a COVID-19).

MATERIAL

Se han analizado todas las derivaciones realizadas desde el Servicio de Oncología Médica al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Severo Ochoa, desde el año 2018 hasta abril de 2025.

Para calcular la cobertura vacunal se ha dividido el total de los pacientes vacunados en el Servicio de Medicina Preventiva entre el total de los pacientes en tratamiento activo con quimioterapia. Se ha excluido la vacunación frente a COVID-19 ya que se realizaron campañas de vacunación independientemente de la derivación desde Oncología.

Las pautas vacunales que se han llevado a cabo se han comparado con las recomendaciones de SEOM 2023, con las indicaciones de vacunación establecidas por el consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Calendario de vacunación recomendado año 2024 para vacunación específica en personas adultas con condiciones de riesgo) y con las recomendaciones de vacunación en España frente al Herpes Zóster por el Ministerio de Sanidad en 2021.

RESULTADOS

De las 1795 derivaciones que recibió el Servicio de Medicina Preventiva entre el 15/10/2018 al 24/04/2025, 192 pacientes procedieron del Servicio de Oncología lo que supuso un 10,69% de estas derivaciones por detrás de los Servicios de Dermatología, Ginecología y Medicina Interna. Entre los años 2018 y 2022 fueron evaluados por primera vez en el Servicio de Medicina Preventiva solo 33 pacientes oncológicos de forma que de esas 192 primeras visitas de pacientes oncológicos, el 65% se recibieron en 2023. Ese mismo año, los pacientes derivados por Oncología supusieron un 21,58% de las primeras visitas que realizó el servicio de Medicina Preventiva, cuando entre los años 2018-2022 oscilaron entre el 0,7 y el 7,5 % del total de sus primeras consultas. Hasta abril de 2024 han supuesto un 31,77%. La cobertura vacunal de los pacientes oncológicos que están en tratamiento con quimioterapia ha evolucionado de la siguiente manera: en octubre de 2023 fue del 11%, en diciembre de 2023 del 28% y en marzo de 2024 es del 32,4%.

CONCLUSIONES

Hemos observado un claro y sostenido incremento en el número de derivaciones de pacientes con cáncer al servicio de Medicina Preventiva para valorar su vacunación desde 2023. A ello ha contribuido la creación de un circuito entre ambos servicios y a las reuniones periódicas entre los integrantes de ambos servicios. Aunque la cobertura vacunal va en aumento desde el año 2023 las cifras de inmunización de esta población oncológica están lejos de las cifras óptimas (actualmente 32,4%).

531 DEL PACIENTE AL PROCESO: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO EN CARDIOLOGÍA.

González Cebrián, Miryam¹; Alonso Meléndez, Sara¹; Sánchez Fernández, Pedro Luis¹; Rubio Gil, Francisco Javier¹; Cañizares Sánchez, Ruben¹; Díez Campelo, María¹

¹ Complejo asistencial universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La experiencia del paciente es un pilar fundamental para transformar los sistemas sanitarios. Su impacto va más allá de la percepción de la calidad asistencial, influyendo directamente en los resultados en salud, la eficiencia operativa y la sostenibilidad del sistema. En procesos complejos como la TAVI (implantación percutánea de válvula aórtica), donde confluyen múltiples actores y pacientes con alta vulnerabilidad y comorbilidades, situar la experiencia del paciente en el centro se vuelve esencial para mejorar la atención de forma integral.

OBJETIVO

Desarrollar un taller formativo e inmersivo centrado en la experiencia del paciente en el proceso TAVI, incorporando la participación activa de pacientes reales y sus familias, así como del equipo multidisciplinar implicado en su atención.

MATERIAL

Se diseñó un taller práctico aplicando un enfoque estructurado de experiencia del paciente. Se trabajó sobre casos reales del proceso TAVI, lo que permitió anclar el análisis en situaciones asistenciales reconocibles y detectar barreras en el recorrido asistencial. El grupo que participó en el taller estuvo compuesto por profesionales de medicina y enfermería del proceso TAVI, enfermería y TCAEs de las diferentes unidades del servicio de cardiología, personal administrativo, unidad de calidad, coordinación con atención primaria, cirugía cardíaca y gestión de casos y lo más relevante fue la inclusión de pacientes que habían vivido el proceso y miembros de la Asociación del Paciente Experto, lo que enriqueció significativamente la dinámica formativa.

Se abordaron las diferencias entre la experiencia ideal y la experiencia real del paciente, y se definieron acciones para reducir esa brecha. Se utilizaron metodologías como exposiciones teóricas, dinámicas de grupo, role-playing, simulación y técnicas de desarrollo activo, combinando eficiencia (modelo LEAN) con humanización (enfoque centrado en la persona).

RESULTADOS

El taller permitió comprender cómo la experiencia del paciente impacta en los resultados clínicos y organizativos. Se exploraron herramientas clave como mapas de experiencia, "patient personas", y medición mediante PREMs y PROMs. A partir del análisis del recorrido actual del paciente TAVI, se identificaron puntos críticos, buenas prácticas y áreas de mejora, así como se definieron los Value drivers del proceso: reduce tiempos de espera, evita visitas y desplazamientos innecesarios, disminuye la incertidumbre del paciente, mejora la continuidad asistencial, garantiza acompañamiento y comunicación clara, involucra a los familiares, empodera al paciente y mejora su recuperación.

El taller concluyó con tres recomendaciones clave:

1. Desarrollar estratégicamente las acciones propuestas integrando eficiencia (LEAN) y experiencia del paciente.
2. Elaborar un mapa real del proceso desde la perspectiva del paciente con foco inicial en TAVI.
3. Diseñar una estrategia de medición de experiencia y resultados en salud (PREMs y PROMs) colaborativa y específica para TAVI y para cardiopatía estructural, asegurando utilidad clínica y comparabilidad entre hospitales.

Posteriormente al taller se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes. Definieron el taller como imprescindible, creando sinergias, un buen punto de partida ...dejando la máxima de que los pacientes deberían estar en los procesos de mejora de cada área del hospital.

CONCLUSIONES

Este taller de sanidad participativa ha demostrado ser una herramienta transformadora que dota a los profesionales de competencias para integrar la experiencia del paciente en la mejora continua de procesos asistenciales. Además de enriquecer la práctica clínica, promueve una atención más humana, segura y eficaz. La participación activa de los propios pacientes aporta un valor incalculable y permite rediseñar la atención desde su vivencia, fortaleciendo la confianza en el sistema sanitario y fomentando una cultura de atención centrada en las personas.

534 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FACTURACIÓN 2023-2024 EN HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA: EVOLUCIÓN, IMPACTO Y FACTORES EXPLICATIVOS

Castaño Rodríguez, M^a Victoria¹; Escribano Balin, Rodrigo¹; San Román Fernández, Covadonga¹; Lobo Rodríguez, Begoña¹; Colomo Fernández, Jesus¹; González Fouces, M Isabel¹

¹Hospital Universitario de Cabueñes - SESPA

INTRODUCCIÓN

La facturación sanitaria refleja tanto la actividad asistencial como la no asistencial, la eficiencia organizativa, la calidad de los procesos que se desarrollan y la capacidad de adaptación del equipo humano. Analizar la evolución entre 2023 y 2024 permite valorar el impacto de los cambios del personal responsable de los procesos en los resultados y subraya la importancia de contar con una plantilla dimensionada de forma adecuada, formada y motivada.

OBJETIVO

1. Comparar los conceptos de facturación en ámbitos hospitalario y de atención primaria entre 2023 y 2024.
2. Identificar las variaciones y encontrar los factores explicativos de las mismas.
3. Analizar el impacto de los cambios de plantilla en los resultados.
4. Localizar puntos de mejora y proponer acciones al respecto.

MATERIAL

Se analizaron los datos obtenidos del programa de facturación del Área Sanitaria, incluyendo conceptos como servicios no asistenciales, mutualidades, aseguradoras privadas, particulares, ensayos clínicos, accidentes de tráfico y laborales entre otros. Se calcularon las variables contextualizando los resultados obtenidos.

RESULTADOS

En el ámbito hospitalario, la facturación total aumentó, las subidas más significativas se ven en ensayos clínicos y facturación a particulares. También destacan los aumentos en facturación de agresiones y servicios no asistenciales.

El incremento en facturación a mutualidades responde a una reclasificación contable, ya que en 2023 estaba incluida en el concepto de aseguradoras privadas; esta reorganización mejora la visibilidad analítica, aunque no implica una mayor actividad asistencial.

Estas mejoras se deben a la implicación del equipo y a la optimización de procesos de registro, asociados a mejoras en los circuitos de comunicación y detección de eventos, gracias al trabajo conjunto entre profesionales asistenciales y administrativos.

En algunos conceptos se observan descensos, en el caso de la facturación de aseguradoras privadas, se explica por la separación de la facturación de mutualidades comentada anteriormente. No obstante, considerando ambos conceptos de forma conjunta, la variación es moderada y no implica una pérdida real de actividad.

En accidentes deportivos y escolares, la baja facturación se debe más a escasa incidencia registrada que a una reducción en la actividad. En la facturación de primaria de 2024 se observa un descenso en la facturación de accidentes laborales, se debe a una incidencia de recursos humanos, ya resuelta en el año en curso.

CONCLUSIONES

La evolución positiva en muchos de los conceptos facturables demuestra la importancia de contar con una plantilla bien dimensionada, capacitada y comprometida. Su implicación ha sido clave en los avances logrados, especialmente en la mejora de procesos de registro, trazabilidad y comunicación entre unidades. Aún persiste un pequeño nicho de casos de 2024 pendientes de facturación, en vías de resolución.

La separación contable de los conceptos de facturación a mutualidades y aseguradoras privadas ha favorecido una lectura más clara de los datos.

Se constata la relevancia que tienen los cambios de personal sobre los resultados. Al tratarse de un sistema centralizado es fundamental mantener una dotación de personal estable, bien dimensionado y con formación adecuada.

Se proponen como mejoras:

- Reforzar la dotación de personal, especialmente en los casos de ausencias prolongadas, garantizando la continuidad del rendimiento.
- La formación continua en aspectos de facturación y registro también se considera esencial. Se sugiere actualizar y estandarizar los protocolos de comunicación y coordinación entre servicios asistenciales y administrativos, con el fin de evitar pérdidas de información y aumentar la eficiencia del circuito de facturación.
- Se recomienda establecer mecanismos periódicos de revisión que permitan detectar desviaciones y áreas de mejora de forma proactiva, consolidar los avances logrados y potenciar el crecimiento de aquellas áreas con mayor potencial de desarrollo.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****175**

538 **GESTIÓN INTELIGENTE DE LAS SALAS DE EXTRACCIONES: MÁS EFICIENCIA, MENOS ESPERAS Y MAYOR SEGURIDAD**

Ruiz Martín, Guadalupe¹; Mena Pérez, Ester²; Santamaría Pérez, Miguel²; Nafría Jiménez, Beatriz²; Hernández Martínez, Noelia Lara²; Irusta Gonzalo, Ana²

¹Hospital Universitario Severo Ochoa; ²Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés

INTRODUCCIÓN

La extracción de muestras sanguíneas es uno de los actos clínicos más frecuentes en los hospitales, con implicaciones clave en la calidad asistencial. Su elevado volumen representa un reto organizativo para los Laboratorios Clínicos, que impacta en la seguridad del paciente, el uso eficiente de recursos y la experiencia del usuario. La incorporación de herramientas digitales avanzadas, como el sistema Widerlab (Becton Dickinson), permite optimizar el proceso preanalítico mediante trazabilidad en tiempo real, reducción del volumen de sangre extraída y una mejor coordinación entre servicios clínicos.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implantación de Widerlab en tres ejes estratégicos:

- Seguridad del paciente: gracias a una trazabilidad digital completa del proceso.
- Humanización asistencial: reduciendo el número de extracciones, el volumen de sangre extraída y las visitas innecesarias.
- Satisfacción del paciente: mediante una significativa reducción de los tiempos de espera en las salas de extracciones.

MATERIAL

Durante 2024, se implantó de forma progresiva el sistema de gestión de la extracción (Widerlab), comenzando por las Salas de Extracciones del hospital y el Centro de Especialidades Periféricas (CEP), y posteriormente se implantó en Hospitalización y Urgencias. En cuanto al funcionamiento de las Salas de Extracciones del Hospital y del CEP:

- La Sala de Extracciones del Hospital atiende, de media anual, a casi 200 pacientes/día (incluyendo pruebas funcionales) y la del CEP atiende a 100 pacientes/día.
- Cada una cuenta con 6 enfermeras; 2 TEL en la del Hospital y 1 Auxiliar en el CEP para recepción de muestras; 1 Auxiliar en cada sala para reponer material y enviar las muestras y 1 secretaria.
- El horario de atención es de 8:00h a 11:30h en la del Hospital y de 8:00h a 10:00h en el CEP.

El sistema de gestión de la extracción aporta:

- Trazabilidad completa desde la solicitud médica hasta la recepción de la muestra en el laboratorio.
- Fusión automática de peticiones de diferentes facultativos, evitando extracciones duplicadas.
- Monitorización de tiempos de espera desde la llegada del paciente a las Salas de Extracciones.

Para el estudio, se analizaron de forma retrospectiva los datos correspondientes al año 2024 en las Salas de Extracciones de un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables relacionadas con los tiempos de espera de los pacientes, segmentados en rangos (<10 min, 10-20 min, 20-30 min, >30 min), y el total de extracciones mensuales.

RESULTADOS

El sistema gestionó 71.712 extracciones a lo largo de 2024.

Tiempos de espera:

- El 86% de los pacientes fue atendido en menos de 10 minutos.
- El 6%, entre 10 y 20 minutos; el 2,7%, entre 20 y 30 minutos.
- Solo el 5% esperó más de 30 minutos, reflejando una gestión eficaz del flujo asistencial.

Fusión de peticiones:

- Se fusionaron 3.872 peticiones (5,4%), evitando extracciones y visitas innecesarias,

Seguridad asistencial:

La trazabilidad digital en tiempo real permitió la detección y corrección inmediata de cualquier desvío, reduciendo el riesgo de errores en el proceso preanalítico.

CONCLUSIONES

La implantación de Widerlab ha transformado la gestión de las Salas de Extracciones, aportando beneficios tangibles:

- Agilidad asistencial: Más del 85% de los pacientes atendidos en menos de 10 minutos.
- Humanización del cuidado: Reducción de pinchazos, volumen de sangre extraído y visitas innecesarias, lo que representa una mejora relevante en eficiencia y calidad, especialmente en pacientes vulnerables, crónicos y pluripatológicos.
- Seguridad del paciente reforzada: Gracias a la total trazabilidad y al control en tiempo real de cada fase del proceso.
- Eficiencia organizativa: Fusión automática de peticiones médicas, optimización de recursos y mayor coordinación interservicios.

Este proyecto demuestra el papel clave del Laboratorio Clínico como agente de transformación en los hospitales, trascendiendo su rol técnico-analítico para convertirse en un motor de eficiencia, calidad y humanización en la atención sanitaria.

544 NUEVAS EXPERIENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. ESTUDIO PILOTO.

Díez Manglano, Jesús¹; Isasi De Isasmendi Pérez, Soledad¹; Gómez Aguirre, Noelia¹; Salas Alcántara, María²; Gerico Aseguinolaza, Martín¹; Clavero Miguel, María Pilar¹

¹ Hospital Universitario Royo Villanova

INTRODUCCIÓN

La hospitalización a Domicilio (HaD) constituye una alternativa a la hospitalización convencional que aumenta la satisfacción de los pacientes y familiares, disminuye los efectos adversos asociados a los cuidados sanitarios y ahorra costes.

OBJETIVO

Nuestra intención ha sido explorar nuevas posibilidades asistenciales en la HaD que supongan un beneficio añadido a los pacientes.

MATERIAL

Hemos puesto en marcha dos programas: la HaD quirúrgica y el Hospital de Día a domicilio.

La HaD quirúrgica se ha planteado como una alternativa para evitar ingresos convencionales en el hospital para intervenciones quirúrgicas programadas. Se ha comenzado con una experiencia piloto en la colecistectomía laparoscópica programada. En una reunión conjunta entre Dirección Médica, Dirección de Enfermería, HaD, Cirugía general, Anestesia y Admisión, se planteó una vía clínica para la colecistectomía laparoscópica programada. Previamente a la instauración de la misma, el paciente ingresaba en el hospital la tarde anterior a la intervención y se le daba de alta al día siguiente. Con la nueva vía el paciente ingresa el día de la intervención quirúrgica y tras la misma pasa a la sala de despertar y desde allí se traslada a su domicilio para seguimiento por HaD. Al día siguiente, tras la visita del equipo de HaD, y si no hay complicaciones, es dado de alta.

El Hospital de Día a domicilio surge como alternativa al hospital de Día convencional para evitar traslados en ambulancia de pacientes dependientes para tratamientos ambulatorios. Se han establecido 5 prestaciones diferentes: feroterapia intravenosa, transfusiones, procedimientos terapéuticos, cuidados de enfermería y otros tratamientos.

RESULTADOS

La vía de colecistectomía en HaD ha comenzado con la realización de una intervención quirúrgica semanal. Hasta el momento se han realizado 30 colecistectomías, sin que hayan aparecido complicaciones ni haya sido necesario trasladar a ningún paciente a hospitalización convencional. Ha habido un caso en que el día de la intervención el paciente retiró el consentimiento para la atención en HaD y siguió el procedimiento previo habitual.

En este momento estamos estudiando ampliar la cobertura a otras intervenciones quirúrgicas programadas como la hemitiroidectomía.

El Hospital de Día en HaD acaba de ponerse en marcha. Hasta el momento se han realizado 29 actividades con un claro predominio de la feroterapia intravenosa (19 prestaciones).

CONCLUSIONES

La HaD todavía tiene posibilidades de extensión de su actividad con nuevas formas de organización y tratamientos, que ahorran costes y mejoran la satisfacción de los usuarios.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



177

20 ALTAS PRECOCES SÍ, PERO NO A CUALQUIER PRECIO. HUMANIZACIÓN DE LAS ALTAS PRECOCES CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Samper Pérez, Raquel¹; Herrero Brocal, Marta²; Ruiz Nodar, Juan Miguel¹; Riquelme, Jorge³; Pineda Rocamora, Javier¹; Ajo Ferrer, Raquel⁴

¹Hospital Dr. Balmis; ²Hospital Dr. Balmis; ³Tucuví; ⁴Isabial

INTRODUCCIÓN

La demanda de rotación rápida de camas en hospitales cada vez más masificados ha puesto en valor los programas de alta precoz. El envejecimiento poblacional característico de la segunda transición demográfica nos ha llevado a tratar pacientes con características especiales como son la fragilidad y la dependencia familiar. Para estos, un alta hospitalaria precoz no solo contribuye a la organización familiar del cuidado, sino que también minimiza el riesgo de infecciones nosocomiales.

El número de pacientes candidatos a implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) ha aumentado debido a este envejecimiento poblacional y al aumento de la evidencia científica que avala esta técnica en pacientes con riesgo quirúrgico cada vez menor. Los avances recientes en los dispositivos TAVI y en la técnica de implante han reducido significativamente la morbilidad asociada al procedimiento, facilitando así un alta hospitalaria precoz. Se hace imperativo ofrecer alternativas para un seguimiento óptimo y humanizado de estos pacientes ante el nuevo orden hospitalario.

OBJETIVO

El uso de un asistente clínico virtual por voz (ACVV) basado en inteligencia artificial (IA) podría ser una alternativa eficaz y segura para realizar un seguimiento estrecho y humanizado a los pacientes tras el implante de TAVI con el objetivo de facilitar el alta hospitalaria precoz al permitir identificar precozmente la aparición de complicaciones.

MATERIAL

Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico y consecutivo, de implementación de una tecnología basada en la IA y el procesamiento del lenguaje natural para el seguimiento de pacientes sometidos a implante de TAVI en una unidad de hemodinámica durante los años 2023 y 2024. El ACVV realiza un seguimiento telefónico en la semana 1, semana 2, mes 1, mes 3 y 12 tras el alta hospitalaria. En cada llamada se formulan preguntas sobre el acceso vascular y la situación cardiovascular del paciente. La información recogida se registra en una plataforma web donde es revisada por el equipo sanitario, permitiendo una respuesta ágil ante posibles alertas.

RESULTADOS

Tras 24 meses de estudio, se incluyeron 567 pacientes, con un total de 2515 llamadas realizadas. Solo en un 6.3% de los casos no hubo respuesta del paciente mientras que el 87.5% de las llamadas fueron contestadas en su totalidad, logrando un nivel de adherencia sostenido del 93%.

El 43% de las llamadas no generaron alertas y, no requirieron revisión adicional. Sin embargo, en el resto de llamadas se identificaron 2181 alertas, con un pico en la segunda llamada, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento estrecho en la etapa temprana tras el implante.

Las alertas motivaron contactos telefónicos adicionales por parte del equipo médico (615 llamadas; 24.5% del total) y de enfermería (406 llamadas; 16.1%). El tiempo promedio para la revisión de una alerta fue de 1 hora y 42 minutos. Como resultado de estos contactos, se realizaron 46 ajustes de medicación (8% de los pacientes) y 34 valoraciones presenciales (6% de los pacientes), identificándose en 5 casos trastornos avanzados del ritmo que requirieron implante de marcapasos, en 2 casos una estenosis severa de la arteria femoral común y en 5 casos un pseudoaneurisma femoral. Además, el seguimiento con el ACVV permitió el diagnóstico de una trombosis valvular y una disfunción ventricular mediada por marcapasos, con posterior ajuste terapéutico pertinente.

CONCLUSIONES

La aplicación de inteligencia artificial permite un alta precoz humanizada con control estricto de estos pacientes, permitiendo una detección temprana de complicaciones, un uso optimizado de los recursos disponibles y una mejor organización familiar en el cuidado evitando consultas presenciales.

23 ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rodolfo Romero Pareja¹; Rafael Gómez-Coronado Martín²; Daniel Toledo Bartolomé¹; Beatriz García Fidalgo¹; Raúl López Martínez¹; Marta Sánchez-Celaya del Pozo¹

¹ Hospital G.U. Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM); ² Hospital Universitario Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La hiperfrecuentación (HF) en urgencias es un reto para el sistema de salud en España, afectando la calidad y eficiencia asistencial. En 2024, el 45% de los ciudadanos acudió a urgencias (38,2% en 2023), con un 52,7% en hospitales y un 40,5% en Atención Primaria. En 2023, se registraron 33,3 millones de urgencias hospitalarias, con un 73% en centros públicos y una tasa de hospitalización del 9%. En Madrid, hubo 5,56 millones de atenciones, con una tasa de 817 visitas por 1.000 habitantes.

Un estudio en Madrid analizó 1,38 millones de urgencias en adultos, revelando que el 68,5% acudió una vez, el 31,1% fueron frequentadores (2-9 visitas) y el 0,4% hiperfrequentadores (≥ 10 visitas), representando el 2,6% de atenciones. Aunque el término "hiperfrequentador" es común, no hay consenso sobre su definición, variando entre percentiles estadísticos y un umbral de 4 a 12 visitas.

Factores como la accesibilidad, la gestión de enfermedades crónicas y la optimización de recursos influyen en este fenómeno, se vio agravado por la pandemia de COVID-19, que aumentó la presión sobre los servicios y destacó la necesidad de una atención integral y coordinada

OBJETIVO

Este estudio analiza la evolución de los últimos 3 años del fenómeno de la hiperfrecuentación en un Servicio de Urgencias Generales de Adultos (SUGA) de un hospital de alta complejidad de la Comunidad de Madrid, en cuanto al perfil de pacientes y aspectos relacionados con la misma, de cara a implementar estrategias para proporcionar una atención más eficiente y equitativa.

MATERIAL

Estudio retrospectivo y transversal que incluyó a pacientes menores de 16 años que acudieron a urgencias entre 2022 y 2024. Se identificaron los pacientes HF y se analizaron variables demográficas, servicio de atención, prioridad en el triaje y diagnóstico al alta. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney. Análisis realizado mediante STATA.

RESULTADOS

Entre 2020-2024, el hospital registró 837.094 urgencias, 552.628 (66%) en el Servicio de Urgencias Generales de Adultos (SUGA) y 284.466 (34%) en Materno-Infantil. En el SUGA, 284.692 pacientes realizaron 552.628 visitas, de las cuales 740 (0,26%) consultaron ≥ 10 veces, sumando 17.406 atenciones (3,15%). La mediana anual de visitas fue 18,5 [14-25] en HF y 1 [1-2] en el resto.

Los episodios visitas a urgencias de pacientes HF aumentaron más en 2023 (3,23%) respecto a 2022 (2,92%) ($p < 0,001$), manteniéndose en 2024 (3,28%). Los nuevos HF fueron 14,19% en 2023 y 6,89% en 2024.

Los HF tenían mayor edad (61 vs 46 años; $p < 0,001$) y predominaban los varones (57,03%; $p < 0,001$). Las áreas de urgencias de Psiquiatría (7,52% vs 1,21%) y Urología (5,0% vs 1,61%) registraron más HF, mientras que Traumatología (4,64% vs 10,69%) y Oftalmología (4,51% vs 9,28%) menos ($p < 0,001$).

En el triaje se identificaron más HF en nivel de prioridad amarillo (48,89% vs 38,91%) y azul (4,50% vs 2,37%) ($p < 0,001$). Sus diagnósticos más frecuentes fueron patología abdominal (5,91%), ansiedad (5,0%) y síntomas urinarios (4,61%), mientras que en el resto fueron dorsopatías (4,79%), patología abdominal (4,13%) e infecciones respiratorias (3,94%).

Se observaron diferencias en el CMBD al alta: en HF, las principales categorías fueron patología abdominal (5,91%), ansiedad (5,0%) y síntomas urinarios (4,61%); en NHF, dorsopatías (4,79%), patología abdominal (4,13%) e infecciones respiratorias (3,94%).

CONCLUSIONES

La hiperfrecuentación en urgencias es un fenómeno persistente y afecta principalmente a hombres mayores, con un aumento de episodios en 2023 y estabilización en 2024.

Los HF acuden más a Psiquiatría y Urología, con menor gravedad en triaje y predominio de patologías abdominales, ansiedad y síntomas urinarios.

Se requieren estrategias de coordinación y detección temprana de este perfil de pacientes, con el fin de atender sus necesidades y optimizar el sistema.

27 ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LA E-CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA CON UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Romero Pareja, Rodolfo¹; Toledo, Toledo Bartolomé²; Jurado Macias, Palmira²; Cubero López, Elena²; Morillo-Velarde Muñoz, Juan²; Díaz Redondo, Alicia²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital G.U. Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM)

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria está inmersa en un proceso de transformación por múltiples factores, algunos relacionados con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, otros con el cambio en la comunicación entre profesionales y/o con los pacientes. En este contexto, la telemedicina se ha consolidado como una herramienta capaz de impulsar estos cambios y permitir una mayor accesibilidad a determinadas prestaciones y agilidad en ciertos procesos asistenciales de una forma segura.

La eConsulta forma parte de una de las múltiples estrategias diseñadas en distintas comunidades autónomas para facilitar la atención sanitaria sin presencia del paciente. La eConsulta es una interconsulta no presencial entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, fundamentalmente, entre Atención Primaria (AP) y Especialidades Hospitalarias (EH). Esta comunicación se lleva a cabo a través de un circuito de mensajería, que puede incorporar información complementaria (imágenes, resultados de laboratorio, etc) y está ligada a tratar aspectos clínicos de un paciente concreto, dejando una trazabilidad en la historia clínica del paciente con el conocimiento y consentimiento del paciente. Para conseguir agilizar el proceso, existe un compromiso para estas eConsultas se respondan en un plazo máximo.

Estudios llevados a cabo en los meses previos a la pandemia observaron que ya representaban el 5% de las primeras consultas y que el 55% de las eConsultas no generaban una solicitud de consulta presencial en los 30 días siguientes con la misma especialidad.

OBJETIVO

Describir la utilización de la eConsulta de Atención Primaria a un hospital de tercer nivel y el impacto en el modelo atención ambulatoria.

MATERIAL

Estudio observacional, transversal y retrospectivo acerca de la utilización de la eConsulta de AP con EH de un centro de tercer nivel, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2024. Para ello se utilizará el registro de eConsultas de la plataforma y la información sobre el resto de las consultas extraída de la Historia Clínica Electrónica del hospital. Se analizó el número total y relativo de las eConsultas realizadas por parte de los 11 centros de salud (CS) del área de referencia, el profesional peticionario, el servicio hospitalario de destino de destino, el rango etario (adulto/infantil) y el tiempo de respuesta del mismo durante el 2024. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.29.

RESULTADOS

El hospital atiende a 328.949 personas distribuidas en 11 CS, con poblaciones entre 38.809 (CS_01) y 19.871 (CS_11) habitantes. Durante 2022-2024, se registraron 554.091 eConsultas en la comunidad autónoma, de las cuales el hospital recibió 25.317 (7.554 en 2022, 8.358 en 2023 y 9.435 en 2024). La mayor cantidad provino de CS_1 (13,8%) y CS_2 (13,6%).

De los 420 médicos de los CS, 100 generaron ≥ 100 eConsultas, sumando 18.719 (74,6%), con un promedio de 172 por profesional. En 2024, el hospital recibió 9.435 eConsultas, 8.686 en adultos y 749 en infantil. Las especialidades más demandadas fueron hematología (14,9%), cardiología (13,2%) y dermatología (13,2%).

El 15,2% de las eConsultas se vinculó a consultas presenciales, más frecuentes antes (11,1%) que después (4,1%) ($p < 0,001$). Las anteriores se concentraron en dermatología (9,8%), psiquiatría (2,4%), cardiología (22; 2,1%) y urología (21; 2,0%), mientras que las posteriores segundas lo hicieron en dermatología (137; 35,6%), digestivo (108; 28,1%), hematología (77; 20%) y neurología (66; 17,1%) ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El número de eConsultas por CS es proporcional al número de personas asignadas al mismo, con un uso muy heterogéneo entre las distintas especialidades y profesionales. Una proporción relevante de eConsultas se acompañó de una consulta presencial, ya fuera antes o después de la misma, y que fue diferente entre las distintas especialidades.

28 ANÁLISIS DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Canora Lebrato, Jesús¹; Toledo Bartolomé, Daniel²; Cubero López, Elena²; Jurado Macías, Palmira²; Sánchez-Celaya Del Pozo, Marta²; Romero Pareja, Rodolfo²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital G.U. Gregorio Marañón, IISGM

INTRODUCCIÓN

Las estancias hospitalarias prolongadas (EHP) representan un reto significativo en la gestión sanitaria y la optimización de recursos. Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se considera prolongada aquella hospitalización cuya duración supera el percentil 90 para un determinado servicio 1. Estas hospitalizaciones generan un impacto considerable en la capacidad asistencial, incrementan los costos y pueden afectar los resultados clínicos de los pacientes.

Comprender los factores asociados a las EHP es fundamental para mejorar la eficiencia hospitalaria. La creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de cuidados complejos al final de la vida han intensificado este problema, aumentando la ocupación de camas y reduciendo la capacidad de respuesta del hospital. En este contexto, los pacientes con patologías crónicas avanzadas, alto grado de fragilidad y limitadas alternativas asistenciales representan un grupo particularmente vulnerable, dificultando la planificación del alta hospitalaria.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes con estancias hospitalarias prolongadas en un hospital terciario e investigar su impacto en la mortalidad en comparación con aquellos con hospitalizaciones de duración estándar.

MATERIAL

Se realizó un estudio analítico, descriptivo, retrospectivo y transversal en un hospital terciario, incluyendo todas las hospitalizaciones entre 2022 y 2024. Se definió una EHP como aquella que supera el percentil 90 de duración en cada servicio y en el total del hospital. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de severidad, así como la mortalidad hospitalaria.

RESULTADOS

De un total de 131.254 altas hospitalarias, 12.088 (9,2%) correspondieron a EHP, aunque representan un 34,5% del total de estancias de hospitalización. La estancia media global fue de 7,40 días (DE 13,19), mientras que en las hospitalizaciones estándar fue de 4,93 días (DE 4,98) y en las EHP alcanzó los 31,72 días (DE 31,51).

No se observaron diferencias significativas por género. La edad media general fue de 56,24 años; excluyendo pacientes pediátricos y obstétricos, la edad media en las EHP fue de 68,2 años frente a 65,1 años en hospitalizaciones estándar.

Los servicios con mayor número de EHP fueron Medicina Interna (9,7%), Geriátrica (9,7%), Traumatología (9,4%), Pediatría (9,3%) y Cirugía General (9,3%). Los pacientes con EHP presentaron mayor comorbilidad medida con el índice de Charlson (2,3 vs 1,5) y gravedad clínica (67,4% con severidad 3 y 4) en comparación con los de estancias estándar (31,3%) ($p < 0,05$).

Respecto al destino tras el alta, solo el 0,3% de los pacientes con EHP fueron derivados a centros de media estancia, en comparación con el 0,6% de los pacientes con hospitalizaciones estándar. El coste medio del ingreso en EHP fue 15.204,3 euros vs a los 6.539,9 euros en hospitalizaciones estándar. La mortalidad hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo de EHP (6,3% vs. 3%).

CONCLUSIONES

Aunque las EHP afectan a una proporción relativamente pequeña de pacientes, su impacto en la ocupación hospitalaria y en los costos es significativo. Este es un problema transversal que involucra a la mayoría de los servicios, incluida Pediatría. Además, los pacientes con EHP presentan un riesgo de mortalidad el doble de alto que aquellos con estancias estándar.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias específicas para la reducción de estancias innecesariamente prolongadas, optimización del flujo hospitalario y desarrollo de alternativas asistenciales para pacientes complejos. Implementar modelos de gestión proactivos permitirá mejorar la eficiencia hospitalaria y la calidad asistencial.

44 ASOCIACIÓN ENTRE LONGITUDINALIDAD Y ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Rodríguez García, Mireia¹; Poses Ferrer, Elisa²; Ochoa De Eribe Coca, Marina²; Figuerola Ginesta, Gea²; Botey Estrada, Anna²; Ferrándiz Mont, David Manuel²

¹ Servei Català de la Salut; ²Región Sanitaria Barcelona Metropolitana Norte

INTRODUCCIÓN

La longitudinalidad en la atención primaria (AP) y comunitaria se refiere a la relación continua entre el paciente y su profesional de referencia (medicina familiar y/o enfermería). La accesibilidad se define como el porcentaje de usuarios que solicitan una visita presencial con su profesional de referencia y la obtienen dentro de los cinco días posteriores a la solicitud. Estudios previos sugieren que asignar un profesional de referencia mejora la accesibilidad y la calidad asistencial mediante un conocimiento profundo del paciente, confianza, comunicación y coordinación de cuidados. Una buena longitudinalidad no solo mejora la accesibilidad, sino que también reduce las visitas a urgencias y a otros especialistas. Sin embargo, la evidencia científica sobre cómo la longitudinalidad puede facilitar la accesibilidad en el ámbito de la AP es insuficiente.

OBJETIVO

Explorar la relación entre longitudinalidad y accesibilidad en los equipos de AP y comunitaria de un territorio, así como identificar otros factores que influyan en la accesibilidad.

MATERIAL

En este estudio transversal, el análisis incluyó datos de todos los equipos de AP (n=95), extraídos del visualizador de la estación clínica de AP del territorio. Se seleccionaron 36 indicadores con potencial impacto en la accesibilidad a 5 días, que se utilizaron como cofactores del modelo, agrupados según: características poblacionales, características de los equipos, realización de actividades comunitarias, seguimiento del paciente crónico y satisfacción ciudadana. El análisis se realizó con el programa estadístico JAMOV. La variable independiente "longitudinalidad" y la variable dependiente "accesibilidad" se expresaron en porcentaje. La relación entre variables se comprobó con el coeficiente de correlación de Pearson. Se analizaron descriptivamente los datos con pruebas t de Student para muestras independientes, según si el equipo ofrecía una baja o alta longitudinalidad (<70 y ≥70, respectivamente). Para analizar la asociación entre accesibilidad a 5 días y longitudinalidad, se realizó una regresión lineal ajustada por los cofactores del modelo.

RESULTADOS

Se descartaron aquellos cofactores que estaban fuertemente correlacionados entre sí (R de Pearson >0.70), quedando un total de 26. El análisis descriptivo mostró mayores puntuaciones en la escala estandarizada de calidad asistencial (EQA) (p=0,062), una mayor tasa de visitas presenciales y no presenciales del equipo (p=0,006), y un mayor porcentaje de visitas programadas por el propio profesional de salud para hacer seguimiento del paciente (p=0,005) en aquellos equipos con mayor longitudinalidad. En la regresión lineal, se observó una fuerte asociación entre longitudinalidad y accesibilidad, donde cada incremento de un 1% en la longitudinalidad representó un aumento de 0.84% en la accesibilidad a 5 días (IC 0,39-1,29; p<.001). También se observó que aquellos equipos con mayor EQA y mayor utilización de las herramientas de programación por motivos tenían una mayor accesibilidad, con un incremento por unidad de 0,04% (IC 0,02-0,06; p<.001) y 0.54% (IC 0,28-0,80; p<.001) respectivamente.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra una fuerte asociación entre longitudinalidad y accesibilidad, en línea con investigaciones previas. Se destaca la relevancia de la longitudinalidad no solo para la mejora de la calidad asistencial, sino también para optimizar la accesibilidad en los equipos. Sin embargo, este estudio no es concluyente en cuanto a la dirección de la asociación. La hipótesis sostenida en esta investigación es que una buena longitudinalidad ayudaría a mejorar la calidad de la visita, simplificarla y permitir un mayor seguimiento del paciente, reduciendo así el número de futuras visitas y aumentando la accesibilidad a medio plazo. Se requieren estudios longitudinales para reforzar esta hipótesis y determinar la dirección de la asociación entre las dos variables.

57 CAPACITACIÓN Y HUMANIZACIÓN DIGITAL, CLAVES PARA LA SALUD DIGITAL DEL SIGLO XXI

Pastor Sáenz, Rafael¹

¹ Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

La digitalización en el sector sanitario es de gran importancia para la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en la gestión sanitaria. Esta transformación, solo será verdaderamente efectiva si los usuarios son capaces de comprenderla y usarla correctamente. Por ello, será necesario que tanto ciudadanos como profesionales del sector desarrollen competencias digitales. No hay transformación sin capacitación. En esta presentación, veremos las grandes ventajas que derivan de la implantación de programas de formación en competencias digitales en salud.

OBJETIVO

Afianzar la transformación digital del sistema sanitario mediante la implantación de un programa integral de formación que capacite a los usuarios del sistema, propiciando que el proceso de transformación sea completo y eficaz.

MATERIAL

Este plan, dirigido a todos los usuarios que forman el ecosistema sanitario, está especialmente pensado y diseñado para cada grupo de acción:

Acercamos la tecnología a los ciudadanos eliminando las barreras informáticas en su vida cotidiana: mediante cursos presenciales sobre los servicios digitales de salud disponibles realizados en puntos de atención ciudadana, especialmente a las personas mayores (grupo de edad que más utiliza los servicios de salud). Ofreciendo un servicio de acompañamiento bidireccional, no solo enseñando, sino también escuchando, de forma que captamos su perspectiva para diseñar servicios verdaderamente centrados en sus necesidades. De forma que obtenemos valiosas ideas que ayudan a la mejora continua de los servicios ofrecidos.

La clave del éxito en este proceso es la inclusión del usuario. Su participación activa asegura que los servicios digitales estén realmente centrados en sus necesidades y expectativas. Este enfoque participativo no solo mejora la calidad de los servicios, sino que también fortalece la confianza y el compromiso de los usuarios con las soluciones ofrecidas.

Dotamos a los profesionales sanitarios de las habilidades necesarias para dominar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: mediante un plan de capacitación en competencias digitales en general y en especial las necesarias para realizar su trabajo diario, permitiéndoles la optimización de la toma de decisiones, la flexibilidad en la práctica médica y la calidad de la atención sanitaria.

Formamos al personal técnico del sistema sanitario para favorecer el conocimiento e implementación de nuevas tecnologías: mediante un plan de formación y actualización especializado sobre las tecnologías y herramientas existentes y emergentes que propicien la transformación y mejora continua de los servicios ofrecidos.

RESULTADOS

Ciudadanía: más de 700 centros que han realizado actividades o prestan servicios relacionados con los servicios digitales en salud. Atendiendo, escuchando y capacitando a más de 112.000 ciudadanos (más de 15.000 mayores de 65 años).

Profesionales sanitarios: más de 1.000 horas de formación anuales dedicadas a la capacitación en competencias digitales que mejoran sus habilidades y, por tanto, el uso de las herramientas digitales.

Personal técnico: en el último año, más de 800 horas de formación para personal técnico del sistema sanitario, incluyendo tecnologías emergentes que favorezcan la mejora continua de los servicios digitales existentes. Entre otras, formación avanzada en ciberseguridad, big data y desarrollo de soluciones digitales para el ámbito sanitario.

CONCLUSIONES

La inversión en capacitación digital con planes de formación integral, que abarquen desde ciudadanos hasta personal especializado, ha demostrado ser fundamental para "Liderar la Transformación" en el ámbito sanitario, produciendo un impacto positivo significativo en:

- La calidad asistencial: por ejemplo, propiciando la reducción de errores de prescripción electrónica o la satisfacción del ciudadano con los servicios digitales.
- La eficiencia en la gestión sanitaria: por ejemplo, favoreciendo la disminución de los tiempos de espera para citas y pruebas diagnósticas gracias a la optimización de procesos digitales.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



183

62 CASO DE USO DE MODELOS DE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL HOSPITALARIO

Muñoz Sánchez, Carmen¹; Moreno Aguilar, Rosario¹; Monge Corrella, Susana²; Krallinger, Martin³; Enríquez Maroto, María Francisca¹; Marín Rodríguez, José Antonio¹

¹Hospital Virgen de las Nieves; ²Centro Nacional de Epidemiología; ³Centro de Supercomputación de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de la información necesaria para la vigilancia a nivel hospitalario no se encuentra en formatos estructurados fácilmente analizables, sino que debe ser extraída manualmente mediante la revisión de historias clínicas y la introducción en cuestionarios ad hoc. Para la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), se realiza una extracción de casos basada en palabras clave de la impresión diagnóstica al alta de urgencias en pacientes que pasan a hospitalización, que es seguida por una verificación manual para determinar qué pacientes ingresan verdaderamente por IRAG.

OBJETIVO

Diseñar un caso de uso para la integración de modelos de procesamiento de lenguaje natural (NLP) previamente diseñados y preentrenados para la vigilancia de IRAG en un centro hospitalario.

MATERIAL

Se identificó como texto clave el informe de urgencias, que contiene la anamnesis y exploración del paciente, resultados de pruebas diagnósticas y juicio clínico presuntivo al ingreso. Se definieron las variables claves a extraer a partir del texto libre para lograr la identificación de los pacientes ingresados por IRAG y la extracción de la información necesaria según el protocolo nacional del sistema de vigilancia de IRAG (SiVIRA). Se estableció una colaboración con el Centro de Supercomputación de Barcelona, para la cesión de los modelos NLP previamente desarrollados por ellos y con el Centro Nacional de Epidemiología para el preentrenamiento de estos modelos para el caso específico de las IRAG. Se analizó el circuito de datos más adecuado para la integración de estos modelos en los sistemas de información hospitalarios. Se valoraron los recursos de computación necesarios y las características óptimas para la implementación de este caso de uso.

RESULTADOS

Se identificaron las siguientes variables para extracción a partir del texto libre: síntomas del paciente, tiempo de evolución, antecedentes de comorbilidades y resultados de pruebas complementarias, especialmente de determinaciones microbiológicas. Otras variables de tipo administrativo (sexo, fecha de nacimiento, fecha de ingreso etc.) se identificaron como más fácilmente extraíbles a partir de los datos estructurados ya disponibles en el sistema. Para la implementación de los modelos NLP se definieron las siguientes características mínimas de computación y software: SO Ubuntu, memoria SD de 1TB, CPU con mínimo 32 GB RAM (ideal 48 GB), GPU con mínimo 12 GB RAM (ideal 24 GB) e instalación de Python y docker que incluye el software gratuito Cogstack. El docker permite la instalación de todos los programas necesarios para el funcionamiento del modelo NLP en un pipeline continuo, con interfaces de visualización e interacción. Esto permite que, los modelos previamente entrenados, puedan ser perfeccionados a nivel local para adaptarse lo mejor posible a las características de la historia del hospital en concreto o incluso reentrenados para otros usos futuros. El circuito de datos, incluiría una extracción diaria de los informes de urgencias en formato pdf y guardado en servidor designado para, localmente, ejecutar el pipeline, resultando en un archivo csv con el listado de los pacientes identificados como IRAG y el resto de datos extraídos.

CONCLUSIONES

Los modelos NLP suponen una oportunidad para lograr sistemas de vigilancia a nivel hospitalario más eficientes, estables, exhaustivos y resilientes, especialmente en épocas de alta demanda asistencial, como durante las epidemias de virus respiratorios invernales. La utilización de modelos desarrollados por instituciones públicas y de software gratuito permite reducir los costes y aumentar la sostenibilidad de la solución, así como reentrenar los modelos localmente para adaptarlos a las especificidades del hospital. Una vez implementado será necesario valorar su validez en la extracción de la información y realizar un pilotaje para valorar la factibilidad de utilizar este tipo de herramientas de forma rutinaria.

73 CÓMO PASAR DE “SUFRIR LA GESTIÓN” A “PODER GESTIONAR” LA FORMACIÓN DE RESIDENTES

De La Fuente San, Josep¹; Campo De Juan, Jordi¹; Roig Pérez, Inma¹

¹ Costaisa

INTRODUCCIÓN

En España, el sistema de formación especializada cuenta ya con más de 40 años y su despliegue está recogido en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Real Decreto 183/2008, donde se recoge la obligatoriedad de disponer de un Libro de Residente para registrar toda la actividad asistencial, docente e investigadora que realizan durante su periodo de formación, entre otras formalidades como tutorización y evaluación. En 2025 se han ofertado 12.000 plazas: 9.007 de Médico Interno Residente (MIR), 2.171 de Enfermería (EIR), 352 de Farmacia (FIR), 274 de Psicología (PIR), 63 de Biología (BIR), 51 de Física (RFIR) y 25 de Química (QIR).

Se han analizado los problemas existentes en los procesos de planificación, registro de la evaluación y seguimiento de los residentes detectando los siguientes problemas:

- Dificultad en el seguimiento de la actividad formativa y docente
- Información desintegrada y de difícil acceso
- Falta de estructuración en las reuniones de seguimiento
- Poca eficacia en la intercomunicación entre los diferentes actores
- Comunicación y registro manual de las evaluaciones

OBJETIVO

Digitalizar el proceso de planificación, gestión y evaluación de la formación de los residentes, asegurando una gestión homogénea y centralizada de su actividad asistencial, docente e investigadora eliminando pérdidas de información y procesos manuales innecesarios.

MATERIAL

Para digitalizar correctamente estos procesos complejos, y tras una serie de entrevistas previas con responsables de unidades docentes, se decidió cocrear con una unidad de docencia de un hospital de 3er nivel una herramienta digital cuyo fin era dar cumplimiento a los requerimientos de registro oficiales del Ministerio.

Inicialmente, se creó el libro del residente digitalizado como primera versión, que acabaría siendo una solución completa que resuelve todas las problemáticas mencionadas anteriormente, y que además servía para evidenciar el cumplimiento con los requerimientos en el seguimiento de la formación sanitaria especializada.

RESULTADOS

En ocho años desde su primera implementación:

- Han utilizado la plataforma 70 unidades docentes de los principales hospitales universitarios de España.
- Más de 8.500 usuarios, entre tutores, residentes y evaluadores
- Se ha ayudado a cumplimentar más de 10.000 Libros del Residente
- Gestionando más de 1.200 Planes Individuales Formativos (PIF)

Además, se ha observado que:

- Agiliza la cumplimentación de la memoria tutorial y la recogida de información en los períodos de evaluación reduciendo los tiempos a la mitad
- Homogeneiza el seguimiento y validación de las actividades de formación sanitaria especializada de forma inmediata
- Formato único y estructurado
- Suprime los procesos manuales e innecesarios
- Elimina cualquier tipo de situación que conlleve una pérdida de información

CONCLUSIONES

La implementación de una herramienta digital integrada para la formación sanitaria especializada ha demostrado ser una solución efectiva que mejora la gestión de la formación de residentes, pasando de “sufrir la gestión” a “poder gestionar” de manera eficiente, liberando tiempo de gestión de los tutores docentes.

La herramienta ha demostrado ser una solución efectiva para los factores identificados inicialmente, como la dificultad en el seguimiento de actividades, la desintegración de la información y la falta de estructuración en las reuniones de seguimiento.

La transición hacia una gestión digital y estructurada de la formación de residentes representa un avance significativo en la modernización y eficiencia del sistema de formación especializada en el ámbito sanitario español.

Existe un impacto positivo de la implementación tecnológica en la gestión de la formación de residentes, demostrando una mejora sustancial en la eficiencia, seguimiento y calidad del proceso formativo.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



185

89 CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA VALORAR EL ÁMBITO DE CONTROL DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA.

Boned Galán, Ángel Custodio¹; López Ibort, Nieves²; Gil Lacruz, Ana Isabel³; Manero Solanas, Marta¹; Ibáñez Galindo, María⁴; Gascón Catalán, Ana³

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ³Universidad de Zaragoza; ³Hospital de Barbastro

INTRODUCCIÓN

El ámbito de control (AdC) hace referencia al número de subordinados que un gerente o supervisor puede dirigir y gestionar de manera efectiva. Según la teoría del AdC, existe un punto en el que se puede alcanzar la máxima eficacia. A pesar de esto, no hay una cifra o fórmula perfecta en la literatura para determinar cuántos subordinados directos debería haber a cargo de un superior. Este concepto es fundamental en la gestión y organización de las organizaciones, puesto que influye directamente en la estructura jerárquica, la eficiencia operativa y los resultados en salud.

En el caso concreto de las jefas de unidad de enfermería (JUE) existe una tendencia a hacer coincidir la unidad médica con la unidad de enfermería, lo que conlleva a designar una JUE por cada unidad médica, sin tener en cuenta otros factores que influyen en el funcionamiento de las unidades, en los profesionales y en la calidad de la atención prestada a los pacientes.

OBJETIVO

Describir el proceso de creación de la herramienta EASOC- Nursing para valorar el ámbito de control de los mandos intermedios de enfermería adaptado a contexto y las características del sistema sanitario público español.

MATERIAL

La metodología utilizada para el desarrollo de la herramienta EASOC-Nursing incluyó una revisión de la literatura disponible sobre el AdC en Pubmed, Embase y Web of Science, la ejecución de un estudio Delphi a nivel nacional con profesionales de enfermería y relacionados con la misma, la realización de un grupo focal para la generación y definición definitiva de los ítems y por último el diseño y validación del cuestionario EASOC Nursing.

RESULTADOS

Se creó la herramienta EASOC Nursing conformada por 31 ítems agrupados en 13 indicadores y 4 categorías principales. Las cuatro categorías identificadas para determinar el AdC fueron: características de la unidad (entre ellos complejidad, gestión de recursos, conflictos y protocolización y seguimiento de actividades), características de los profesionales (número de profesionales, características, estabilidad del personal y nivel de habilidad y diversidad del personal), características de la jefa de unidad de enfermería (autonomía, experiencia, educación y estilo de liderazgo) y características de la organización (digitalización y sistemas de información, formación, investigación e implementación de prácticas basadas en evidencia y realización de guardias de las JUE). La herramienta determina si el AdC es adecuada o no de acuerdo a cada uno de los ítems. Cuando el AdC se encuentra por encima de los valores considerados como adecuados, la herramienta indica el tipo de apoyo necesario que debería ser proporcionado a la JUE, como asistencia administrativa, contar con la figura de un colíder o incluso la necesidad de añadir una nueva enfermera gestora.

CONCLUSIONES

La importancia del AdC de las JUE en los resultados para los pacientes, los profesionales, la propia JUE y la organización ha sido demostrada en múltiples investigaciones. Por lo tanto, es necesario evaluarlo periódicamente utilizando herramientas que tengan en cuenta otros aspectos más allá del número de empleados y unidades a cargo de la enfermera gestora. Esta nueva herramienta, EASOC-Nursing, proporciona una evaluación integral de los principales aspectos que conforman el rol y las responsabilidades del JUE en el sistema sanitario público español.

La información proporcionada por EASOC-Nursing puede utilizarse para desarrollar intervenciones en la toma de decisiones relacionadas con el apoyo a las JUE y la asignación de recursos, ya sean humanos, materiales o tecnológicos, así como para analizar los resultados de las acciones de mejora implementadas. En la misma línea, los resultados obtenidos tras analizar el AdC permitirán la comparabilidad entre diferentes unidades y/u organizaciones.

91 CREACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE UN CENTRO DE SIMULACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO: RETOS Y OPORTUNIDADES

Querol Carranza, Eloi¹; Domínguez Tordable, María Jesús¹; Urbano Hernando, Eduardo¹; Casanovas Cuellar, Cristina¹; Armestar Rodríguez, Fernando¹; Moreno Martínez, Daniel²

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol; ²Dirección Estrategia Asistencial e Innovación, Hospital Germans Trias i Pujol;

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta fundamental para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial mediante la adquisición de competencias clínicas, técnicas y no técnicas por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios. La implementación de programas de simulación es una oportunidad que requiere un esfuerzo coordinado y estructurado que a menudo enfrenta el reto de involucrar a múltiples actores dentro del ámbito hospitalario. En este contexto, este trabajo presenta el proceso de creación y conceptualización de un centro de simulación clínica (SimCR).

OBJETIVO

Conceptualizar y adaptar un modelo existente para un centro de simulación en un hospital terciario.

Diseñar un plan de gestión del cambio para alinear todos los actores clave en el desarrollo del centro de simulación

Desplegar un centro de Simulación en un hospital.

MATERIAL

El despliegue del SimCR se ha llevado a cabo por fases desde una perspectiva de gestión de proyectos, involucrando a un equipo compuesto por gestores de innovación, profesionales clínicos, equipo de docencia e ingenieros biomédicos.

Fase 1: se inició mediante una revisión científica de los marcos teóricos existentes en diferentes centros de simulación clínica del territorio nacional e internacional. Una vez encontrado un modelo aplicable a la realidad del hospital, se analizó como adaptarlo a la realidad del Hospital.

Fase 2: consistió en un análisis exhaustivo de los equipos y servicios implicados para detectar necesidades y prevenir posibles riesgos. Se desarrolló mediante técnicas de gestión de proyectos, como la gestión del cambio, la planificación de reuniones periódicas, el análisis de riesgos, la distribución de tareas, la comunicación transparente y el liderazgo en la creación de la propuesta.

Fase 3: se centró en presentar la propuesta del centro de simulación a una convocatoria competitiva y el posterior análisis de mercado de tecnologías de simulación. Se incluyó el papel que desarrollaría cada equipo implicado, la distribución de profesionales para los programas del marco conceptual y el análisis técnico de tecnologías de simulación disponibles en el mercado. Se valoraron criterios como funcionalidad, coste-efectividad, mantenimiento, necesidades internas y potencial de docencia.

RESULTADOS

La conceptualización del centro de simulación SimCR en sus fases iniciales (1 y 2) se ha completado exitosamente. Se ha creado un marco conceptual propio del SimCR, adaptado del modelo de zonas de simulación propuesto por C.J. Roussin y P. Weinstock, permitiendo que los diferentes equipos implicados trabajen de manera unificada.

El trabajo interdisciplinario, involucrando a clínicos, gestores e ingenieros biomédicos, permitió un ambiente de trabajo rápido, eficiente y bien alineado con los objetivos estratégicos del hospital.

La metodología de gestión de proyectos aplicada facilitó la distribución efectiva de tareas, optimizando recursos y garantizando el cumplimiento de los objetivos planificados en tiempo y forma, finalizando con la resolución positiva en la convocatoria competitiva y obteniendo financiación suficiente para arrancar el proyecto.

Se han iniciado contactos con empresas externas nacionales e internacionales para codesarrollar tecnologías, así como contactos con hospitales del sistema de salud para unir esfuerzos y conseguir una innovación docente de máxima calidad.

CONCLUSIONES

El despliegue del centro de simulación SimCR en el Hospital demuestra que es posible transformar el modelo de un hospital terciario mediante una gestión estructurada e interdisciplinar. La implicación activa y coordinada de gestores, profesionales clínicos e ingenieros biomédicos es clave para lograr el éxito y sostenibilidad del proyecto. La creación de un modelo único, basado en una metodología científica probada, es una oportunidad clave en el proceso de implantación.

Este proyecto ha mantenido los liderazgos previos de los actores implicados y es fácilmente adaptable a otros entornos y hospitales.

93 CRIBADO OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE ECG DE UN SOLO CANAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Peiró Gómez, Ana María¹; Fuertes González, Ricardo²; Romero Crespo, Isabel²; Gómez-Ferrer Senent, Carlos Gómez-Ferer¹; García Gil, María³; García Agudo, Óscar²

¹Hospital Sagunto; ²MICOF; ³Farmacia Atención Primaria Departamento Sagunto

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) incrementa 1,5-3,5 veces la mortalidad y 5 veces el riesgo de ictus.

Se estima que la prevalencia de FA en adultos es del 2-4%, esperándose un aumento de 2-3 veces en próximos años, debido a la mayor longevidad. Como factores de riesgo (FR), también se recogen hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad coronaria (EC), enfermedad renal crónica (ERC), obesidad y apnea obstructiva del sueño (SAOS). El riesgo de FA a lo largo de la vida se estima en 1/3 individuos europeos, con edad índice de 55 años.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de FA en ≥ 55 años atendidos en Farmacias Comunitarias (FC), con al menos un FR: hipertensión, diabetes, IC, EC, ERC, IMC >30 kg/m², AOS.

Objetivos secundarios:

- Estratificar riesgo de ictus en personas con cribado positivo, mediante escala CHA2DS2-VASc.
- Determinar frecuencia de taquicardia y bradicardia.
- Estimar Valor Predictivo Positivo (VPP) de tecnología ECG móvil.

MATERIAL

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo en Farmacias Comunitarias y Centros de Salud (CS) de 2 Zonas Básicas durante 3 meses. Se incluyen usuarios ≥ 55 años, con al menos 1 FR y consentimiento informado. Se realiza un electrocardiograma (ECG) con Kardia Mobile de 1 derivación, y ante cribado positivo se calcula el riesgo ictus mediante CHA2DS2-VASc, para derivar luego al CS como preferente, donde se confirma o no la FA mediante ECG de 12 canales. Se deriva también preferente a los sintomáticos con resultado de ECG de taquicardia o bradicardia, y de manera ordinaria a los asintomáticos.

Las farmacéuticas de Atención Primaria realizan seguimiento de las derivaciones, confirmación de los FR y de la escala CHA2DS2-VASc, registro en BBDD, y captación activa de usuarios perdidos.

El estudio se presentó a Comité Ético, con informe favorable.

RESULTADOS

Participaron 23 farmacias de 2 Zonas Básicas durante abril-junio 2024, incluyendo a 784 usuarios. Media edad 70 años. El 56,5% fueron mujeres. La hipertensión arterial fue FR más prevalente (76,9%).

Tras ECG 1 canal, 690 presentaron ritmo sinusal normal, 36 posible FA, 24 taquicardia, 2bradicardia y 32 con resultado sin clasificar. De los 49 pacientes derivados, 42 (85,7%) fue con carácter preferente y 7 (14,3%) ordinario. 37 (75,5%) acudieron al Centro Salud y a 34 se les realizó el ECG de 12 canales.

Los 36 usuarios con posible FA detectada en FC, obtuvieron en CHA2DS2-VASc puntuación media de 3,11 (DE=1,4) (3,68% (DE=2,0) de riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) en el próximo año.

Con respecto al total de la muestra, 14 (1,8%) usuarios fueron diagnosticados de alguna alteración del ritmo cardíaco: 6 (0,8%) FA, 5 (0,6%) taquicardia, 1 (0,1%) Bloqueo Rama Derecha, 1 (0,1%) Extrasístole Ventricular y 1 (0,1%) bigeminismo auricular. El resto presentaban ya diagnóstico previo.

Los 6 (100%) diagnosticados de FA tenían entre 65-85 años, con un promedio de FR de 1,50 (DE=1,0). 5 (83,3%) presentaron hipertensión arterial como FR común. Su media CHA2DS2-VASc fue de 3,17 (DE=1,6) (3,93% (DE=3,0) de riesgo de ACV en el próximo año), y en 5 de ellos se inició tratamiento.

El valor predictivo positivo (VPP) del dispositivo fue 52,9%.

CONCLUSIONES

El cribado de FA desde farmacias comunitarias es factible, eficaz y tiene impacto en la prevención de ictus en poblaciones de riesgo. Permite:

1. Identificación temprana de FA no diagnosticada.
2. Colaboración interprofesional entre farmacia comunitaria y farmacia de atención primaria.
3. Intervención preventiva con tecnología portátil de ECG, validando su utilidad como herramienta en prevención secundaria en entorno comunitario. El VPP de la prueba refuerza la necesidad de confirmar con ECG de 12 derivaciones.

99 DEL CENTRO SOCIO SANITARIO AL HOSPITAL: RADIOGRAFÍA DE LOS INGRESOS EN TALAVERA 2024

Fernández Crespo, Susana¹; Fernández Crespo, Susana¹; Espejo Hidalgo, Carlos¹; Santiago Cid, Fernando¹; González Flores, María¹; Martín González, José Carlos¹

¹ Hospital Nuestra Señora del Prado

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población supone un reto sanitario creciente, con un aumento en la demanda asistencial, especialmente en personas mayores de 65 años. Este grupo etario presenta una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y polimedicación, lo que incrementa el riesgo de hospitalización. En este informe se analizan los ingresos hospitalarios en Talavera de la Reina, diferenciando entre personas institucionalizadas en residencias privadas y aquellas que viven en la comunidad, con el fin de identificar tendencias y proponer estrategias de optimización asistencial.

OBJETIVO

El objetivo del presente informe es evaluar la tasa de ingresos hospitalarios en personas mayores de 65 años en Talavera de la Reina, diferenciando entre institucionalizados y no institucionalizados. Se busca determinar el impacto de la institucionalización en la carga asistencial hospitalaria, calcular el riesgo relativo de hospitalización y proponer estrategias de mejora en la atención sociosanitaria.

MATERIAL

Se realizó un análisis descriptivo basado en los datos de ingresos hospitalarios de personas mayores de 65 años en el Hospital de Talavera de la Reina durante el año 2024. La población fue clasificada en dos grupos: institucionalizados en residencias privadas y no institucionalizados. Se analizaron diversas variables, incluyendo el número de ingresos, especialidades médicas con mayor demanda, diagnósticos principales y factores asociados a las hospitalizaciones. Asimismo, se calculó el riesgo relativo de hospitalización en institucionalizados en comparación con los no institucionalizados, con un intervalo de confianza del 95%, para evaluar la significancia estadística de las diferencias encontradas.

RESULTADOS

La población mayor de 65 años en Talavera de la Reina es de 35,321 personas, de las cuales el 7.56% (2,671) están institucionalizadas en residencias privadas, el 0.38% (136) en residencias públicas y el 92.05% (32,514) no están institucionalizadas. En términos de ingresos hospitalarios, los institucionalizados en residencias privadas registraron 1,236 ingresos, mientras que los no institucionalizados sumaron 3,636 ingresos, alcanzando un total de 4,919 ingresos hospitalarios en el periodo analizado. En cuanto a las especialidades con mayor número de ingresos, destacan Medicina Interna con 866 ingresos (66.16%), Traumatología con 112 ingresos (8.56%), Digestivo con 84 ingresos (6.42%), Neurología con 56 ingresos (4.28%) y Neumología con 29 ingresos (2.22%). Respecto a los diagnósticos principales, los casos más frecuentes fueron neumonía (360 casos), infección del tracto urinario (ITU) (144 casos), insuficiencia cardíaca descompensada (117 casos), fractura de cadera (92 casos) e insuficiencia respiratoria (62 casos). Además, entre los factores de riesgo asociados a la hospitalización, destacan la broncoaspiración (98 casos), neumonía por broncoaspiración (86 casos) y caídas (60 casos). Se registraron 189 reingresos dentro de los primeros 30 días del alta hospitalaria, lo que refleja la complejidad de estos pacientes y la necesidad de un mejor seguimiento posthospitalario. También se identificaron 240 casos de heridas complejas que requirieron manejo especializado, evidenciando una mayor vulnerabilidad clínica en este grupo poblacional. Es relevante que las personas institucionalizadas en residencias privadas representan el 25.13% del total de ingresos hospitalarios, a pesar de constituir solo el 7.56% de la población mayor de 65 años, lo que evidencia una tasa de hospitalización significativamente superior. Finalmente, el riesgo relativo de hospitalización en institucionalizados es 4.14, con un intervalo de confianza del 95% (3.88 - 4.41), lo que confirma una diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Los datos reflejan que las personas institucionalizadas en residencias privadas presentan una tasa de hospitalización significativamente mayor que los no institucionalizados, con un riesgo relativo de 4.14 veces superior. Factores como la mayor fragilidad, la polimedicación y las enfermedades crónicas pueden influir en esta situación. Además, la alta carga hospitalaria de este grupo subraya la necesidad de mejorar la atención sociosanitaria para reducir ingresos evitables como, por ejemplo:

- 1 Refuerzo de la atención primaria en centros sociosanitarios: Implementar programas de seguimiento y detección temprana de complicaciones.
- 2 Prevención de infecciones y caídas: Diseño de estrategias para reducir el riesgo de neumonía, infecciones urinarias y fracturas.
- 3 Mejora en la coordinación sociosanitaria: Establecimiento de protocolos entre residencias y hospitales para optimizar la transición asistencial.
- 4 Seguimiento proactivo de pacientes vulnerables: Implementación de programas de atención domiciliaria para evitar ingresos innecesarios.

En conclusión, la alta tasa de hospitalización en institucionalizados exige una mayor coordinación entre el sistema sanitario y los centros sociosanitarios, así como estrategias preventivas para mejorar la calidad de vida y reducir la carga hospitalaria en este grupo poblacional.

106 DESARROLLO DE UNA RED DE CONOCIMIENTOS MEDIANTE LA FIGURA DEL ENFERMERO REFERENTE EN UCI

García Catalán, Natalia¹; Calmache Pueyo, Ana Cristina¹; Esteban Escolano, Sara María¹; Blasco Serrano, Eva María¹; Guía Rambla, Virginia¹; Tomey Monreal, María Eugenia¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

El trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) implica una alta carga asistencial. A esto se suman el rápido avance científico y tecnológico, la variabilidad asistencial entre unidades, la complejidad del equipamiento, la rotación del personal y la ausencia de una especialidad en paciente crítico para enfermería. Todos estos factores convierten a la UCI en un servicio de gran complejidad, donde la gestión equitativa del conocimiento y su difusión entre las unidades puede verse comprometida.

OBJETIVO

- Fomentar y promover la investigación en áreas específicas de UCI.
- Impulsar el liderazgo en la labor asistencial mediante enfermeros referentes que guíen al resto del equipo.
- Disminuir la variabilidad clínica entre unidades fomentando el trabajo en equipo.
- Actualización constante del conocimiento científico y su posterior difusión dentro de las unidades.

MATERIAL

Red de grupos de trabajo de enfermeros referentes en áreas específicas con estructura y funciones propias en el servicio.

Grupos de trabajo:

- Cuidados al paciente portador de asistencia ventricular.
- Accesos vasculares y canalización ecoguiada.
- Heridas y lesiones por presión.
- Humanización en UCI.
- Control de la sedación, analgesia y delirium.
- Nutrición enteral.

Funciones:

- Actualización constante en los campos específicos del grupo, nuevas tendencias y mejores prácticas según la evidencia científica.
- Liderazgo y apoyo al equipo de enfermería: formación, capacitación continua y asesoría al resto del equipo de enfermería.
- Implementación de protocolos y prácticas basadas en la evidencia.
- Investigación clínica y desarrollo de proyectos asistenciales.
- Evaluación y análisis de indicadores,

RESULTADOS

- Protocolo de cuidados al paciente portador de asistencias ventriculares de corta duración (aprobado por la Comisión de Calidad).
- Protocolo de canalización ecoguiada de accesos venosos centrales (aprobado por la Comisión de Calidad).
- Protocolo del manejo de la analgesia, sedación y delirium en UCI (en desarrollo).
- Protocolo de paseos saludables para el paciente crítico (pendiente de aprobación).
- Protocolo de la higiene del paciente crítico y sedestación (pendiente de aprobación).
- Protocolo del manejo de la sonda nasogástrica y nutrición enteral (en desarrollo).
- Guía de cuidados de la piel y heridas propias de un paciente crítico en UCI y lesiones por presión (en desarrollo).
- Curso de formación acreditada en actualización de cuidados en UCI para enfermería.
- Curso de formación acreditada en canalización ecoguiada para enfermería en UCI.
- Publicaciones y asistencias a congresos.
- Actualización de recomendaciones mediante grupos de difusión y tableros informativos de las unidades.

CONCLUSIONES

El enfermero referente juega un pilar fundamental en la mejora continua de la calidad asistencial, la formación del resto del equipo, la implementación de protocolos y la gestión de una atención centrada en el paciente. Es un puente entre la aplicación de la práctica basada en la evidencia, la gestión de recursos y el bienestar del equipo de salud.

119 DISEÑO DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO

Sánchez Araya, Sonia¹; Torralvo Díez De Los Ríos, Torralvo¹; Álvarez Tyers, David¹

¹ Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

Los servicios de mantenimiento de los hospitales son los encargados de mantener los equipos e instalaciones en correcto funcionamiento. Es su responsabilidad la de mantener en correcto uso la estructura hospitalaria, la cual, debe estar continuamente operativa para alcanzar la máxima disponibilidad en condiciones de seguridad, calidad y eficiencia. Todo ello supone un elevado impacto económico, sin embargo, no existe un modelo de seguimiento que permita analizar la actividad de los servicios.

OBJETIVO

Diseñar un modelo de evaluación del desempeño de los servicios de mantenimiento hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que permita la monitorización y el seguimiento, con el objetivo de detectar áreas de bajo rendimiento para poder adoptar cambios e implementar estrategias que permitan actuar de forma preventiva y revertir la situación.

MATERIAL

Se propone un modelo teórico de evaluación del desempeño de los servicios de mantenimiento. Para su diseño se ha seguido como referencias normas UNE-EN. Se ha definido las dimensiones del estudio, los indicadores asociados, las fórmulas de evaluación y el origen de la información para la medición de la evaluación técnica, criticidad y durabilidad de los equipos/instalaciones, definición de los tiempos de indisponibilidad, planificación y control, economía y control presupuestario, tiempo de respuesta medios y rendimientos. Se ha diseñado una base de datos compuesta por los resultados de la explotación de Mansis XXI, InforCOAN y SIGLO de la serie histórica desde el 2018 hasta el 2022, más de 23 millones de datos y, se ha realizado un pilotaje del modelo propuesto para ello se han seleccionado 8 hospitales de provincias andaluzas

RESULTADOS

Creación de un cuadro de evaluación del desempeño de los servicios de mantenimiento. Se ha obtenido los primeros resultados. No se ha confirmado que los tiempos medios de respuesta de las empresas externas sean inferiores a los del personal propio. Es destacable la gestión de los centros H3 y H8 que presentan en la mayoría de los indicadores los mejores resultados, sin embargo, H5 y H6 deben poner en marcha medidas para mejorar los rendimientos, tiempos de respuestas medios y disminuir el número de paradas de los equipos.

Los resultados obtenidos permiten planificar un trabajo futuro.

CONCLUSIONES

El impacto económico del mantenimiento en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es muy elevado, y se proponen medidas para su seguimiento. Se concluye a la vista de los resultados obtenidos, la oportunidad de implantar nuevas herramientas, como el cuadro de evaluación de desempeño diseñado, que permitan su seguimiento.

137 EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN EL REGISTRO DEL GRADO DE DOLOR

Valero Valdelvira, Patricia¹; Davins Riu, Meritxell¹; Guarch González, Ruth¹; Díez Sánchez, Beatriz¹; Bonet Papell, Gloria¹; Pulve Hernández, Cristina¹

¹ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la transformación digital en el ámbito sanitario ha permitido que los pacientes participen activamente en el registro de variables clínicas a través de aplicaciones móviles (PROMs). Esto fomenta el empoderamiento del paciente pero, plantea interrogantes a los profesionales sanitarios sobre la fiabilidad de los datos proporcionados y su impacto en la seguridad y calidad asistencial.

OBJETIVO

Evaluar la fiabilidad de los registros del grado de dolor realizados por los pacientes manteniendo la seguridad y calidad asistencial.

Analizar el impacto de las modificaciones en la redacción de las preguntas para mejorar la comprensión y precisión de las respuestas.

Determinar si los profesionales de la salud pueden basar sus decisiones en estos registros.

MATERIAL

Los pacientes registran 2 veces al día el grado de dolor definiendo: intensidad máxima, mínima y media. Se realizó un estudio en dos fases:

- En una primera fase, se analizaron los registros de dolor de 88 pacientes para determinar la fiabilidad de los datos. Posteriormente, se llevó a cabo un focus group con pacientes para identificar dificultades en la comprensión de las preguntas. En base a los hallazgos, se implementaron cambios en la redacción y presentación de las preguntas: se modificó el color de la letra.
- En una segunda fase, se evaluó el impacto de estos cambios en un nuevo grupo de 188 pacientes.

Posteriormente, se ha realizado un control de calidad con datos actualizados para corroborar la eficacia de la medida tomada.

RESULTADOS

En la fase primera, el 29.5% de los registros fueron considerados no fiables. De 88 pacientes, 26 registraron valores no fiables: valores mínimo y máximo por encima o por debajo, respectivamente, de la intensidad media.

Tras la implementación de mejoras en la redacción y diseño, sólo el 4.78% de los registros en la fase 2 fueron no fiables. De 188 pacientes, 9 registraron valores mínimo y máximo que estaban por encima o por debajo, respectivamente, de la intensidad media.

Los profesionales de la salud manifestaron una mayor confianza en los datos registrados por los pacientes, aumentando la seguridad sentida al tomar decisiones clínicas basadas en estos datos.

Este año, se ha realizado una monitorización de dicho registro y se ha confirmado que la acción realizada ha sido efectiva. De los 111 pacientes nuevos, 6 registraron valores mínimo y máximo que estaban por encima o por debajo respectivamente, de la intensidad media: 5'4%

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los datos obtenidos tras la monitorización realizada este año, la mejora en el diseño de las preguntas relacionadas con la escala de dolor ha reducido significativamente la cantidad de registros no fiables, aumentando la confianza de los profesionales en la información proporcionada por los pacientes. No obstante, es fundamental continuar evaluando la calidad de estos registros para optimizar la calidad.

140 ENFERMERA GESTORA EN UROLOGÍA: EFICIENCIA EN DERIVACIONES Y ALTAS EN LA PRIMERA CONSULTA ESPECIALIZADA

Lobo Rodríguez, Carmen¹; López Martínez, Raúl²; Sánchez García, Leonor¹; Jurado Macías, Palmira²; Cubero López, Elena¹; García Martín, Ana Isabel²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital G.U. Gregorio Marañón, IISGM

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población conlleva un aumento en la prevalencia de patologías urológicas, lo que incrementa la demanda de servicios especializados. La figura de la enfermera gestora de la demanda de urología (EGDU) surge como una estrategia para optimizar los recursos de atención especializada. En patologías prevalentes, con el objetivo de agilizar las consultas solicitadas por los Médicos de Atención Primaria (MAP) y reducir el número de consultas con el urólogo, se propone implementar un cribado realizado por la EGDU. Este cribado garantizaría la realización de pruebas complementarias establecidas para cada proceso, asegurando que, en la primera cita con el urólogo, el paciente cuente con todos los resultados diagnósticos necesarios. En casos de alarma, se programaría una cita preferente.

OBJETIVO

Analizar la relación entre diferentes procesos clínicos urológicos y la probabilidad de ser dado de alta en la primera consulta del especialista tras valoración previa de la EGDU.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en la consulta de urología de un hospital de alta complejidad entre noviembre de 2024 y febrero de 2025. La población de estudio incluyó a pacientes atendidos por la EGDU. Las variables independientes fueron los procesos clínicos (incontinencia urinaria, infección urinaria recurrente, litiasis urinaria, patología prostática y sin proceso específico), el sexo y la edad. La variable dependiente fue el alta en la primera consulta del especialista.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables en función de su naturaleza. La relación entre variables cualitativas se evaluó con el test de chi cuadrado o Fisher según su distribución y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante la t de Student. El análisis se realizó utilizando Stata 16.

RESULTADOS

Se incluyeron 431 pacientes, el 61.9% (267) eran hombres y la edad media de 62.66 años (DE: 12.34), y un 48.5% (209) eran mayores de 75 años. Las patologías más frecuentes fueron patología prostática (36.7%, 158 casos), incontinencia urinaria (17.6%, 76 casos) y sin proceso específico (23%, 99 casos).

El 92.1% (397) de los pacientes no recibieron el alta en la primera consulta. Los hombres tuvieron una menor probabilidad de recibir el alta en comparación con las mujeres, OR: 0.454 (IC 95%: 0.224-0.921; p = 0.026). La presencia de hematuria redujo la probabilidad de alta, OR: 0.237 (IC 95%: 0.098-0.574; p = 0.001). No se encontraron asociaciones significativas entre el alta en la primera consulta y la patología prostática (OR: 1.427; IC 95%: 0.664-3.066; p = 0.361), infección urinaria recurrente (OR: 1.499; IC 95%: 0.344-6.525; p = 0.588), la incontinencia urinaria (OR: 0.999; IC 95%: 0.399-2.504; p = 0.998) ni la litiasis urinaria (OR: 0.484; IC 95%: 0.158-1.486; p = 0.196).

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad entre los pacientes que recibieron el alta y los que no (p = 0.197), los pacientes dados de alta tenían una edad promedio ligeramente mayor (65.88 ± 13.89 años) en comparación con los que no recibieron alta (62.39 ± 15.24 años).

CONCLUSIONES

La implementación de la EGDU en la gestión de la demanda demuestra ser una estrategia efectiva para optimizar los recursos y agilizar el proceso diagnóstico. Los resultados indican que los hombres y aquellos pacientes con hematuria tienen una menor probabilidad de recibir el alta en la primera consulta, lo que sugiere que estos grupos pueden requerir una atención más especializada o un seguimiento más exhaustivo. Los hallazgos respaldan el papel de la EGDU en la mejora de la eficiencia de la atención urológica, permitiendo una derivación más adecuada y un manejo más oportuno de los pacientes, especialmente en casos complejos o con signos de alarma.

141 ENFERMERÍA DE INVESTIGACIÓN: LIDERANDO LA TRANSFORMACIÓN HOSPITALARIA

Santamaría Luna, Eva¹; Chopo Alcubilla, María Jesús¹; Tercero Navarro, Isabel¹; Alcaine Lana, Mercedes¹; Lafarga Molina, Laura¹; Casanovas Marsal, Josep Oriol²

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

INTRODUCCIÓN

La investigación en cuidados de salud ha experimentado un crecimiento significativo hospitalario impulsada por la necesidad de generar conocimiento y mejorar la práctica asistencial basada en la evidencia. No obstante, en las instituciones sanitarias existen barreras que impiden la participación de los profesionales en cuidados en proyectos de investigación.

OBJETIVO

Describir la motivación hacia la investigación de los profesionales sanitarios y diseñar e implantar la unidad de investigación en cuidados intrahospitalaria.

MATERIAL

El proyecto se divide en 2 fases.

1ª fase: Análisis de la motivación hacia la investigación.

Estudio observacional, transversal y analítico sobre 364 profesionales de la salud (IC 95%, margen de error del 5% y tasa de reposición del 15%) con más de un año de experiencia laboral en un hospital universitario de tercer nivel. Para la valoración de la motivación hacia la investigación se utilizó el cuestionario de Cepeda et al. de motivación hacia la investigación. El cuestionario es autoadministrado y se divide en 5 grupos de factores (gestión del tiempo, conocimientos y preparación, recursos disponibles y apoyos, desarrollo profesional y motivaciones) con un total de 42 ítems de respuesta tipo Likert. Paralelamente se registraron las variables sociodemográficas y académicas.

2ª fase: Diseño e implantación de la unidad de investigación en cuidados en un hospital universitario de tercer nivel.

Para garantizar la viabilidad de la unidad de investigación en cuidados, se analizó la actividad investigadora en el hospital entre 2018 y 2024, periodo en el que la supervisión de investigación gestionó más de 50 proyectos. Esto evidenció la necesidad de una estructura formal que facilitara el acceso a recursos, formación y apoyo metodológico. Tras un análisis DAFO, se establecieron los ejes de desarrollo de proyectos de investigación en cuidados, formación en metodología de la investigación y evaluación de resultados basada en la experiencia del paciente (PROMs y PREMs). La unidad se estructuró dentro de la Dirección de Enfermería, liderada por una supervisora/o de investigación y una enfermera/o de apoyo vinculada a un instituto de investigación. La implementación se desarrolló en tres fases: Monitorización del primer año de funcionamiento, capacitación del personal en investigación aplicada, integración con otras áreas del hospital para fomentar la multidisciplinariedad.

RESULTADOS

De los 345 profesionales, el 87,54% eran mujeres, con una media de edad de $41,15 \pm 9,34$ años. El 92,17% consideró que la investigación requiere mucho tiempo y esfuerzo, mientras que solo el 16,23% percibió apoyo institucional. La Unidad de investigación en cuidados se estructura en el eje desarrollo de la investigación de cuidados en salud en el Hospital, en el eje formación en metodología de la investigación y en el eje de monitorización de los Patient-reported Outcome Measures y los Patient-reported Experience Measures ofreciendo una cartera de servicios que incluye el diseño y asesoramiento en proyectos de investigación en cuidados, incluyendo estudios descriptivos, analíticos y cualitativos. Se ofrece apoyo en asesoramiento metodológico, en redacción y análisis estadístico, en gestión de trámites éticos y orientación en convocatorias de financiación.

CONCLUSIONES

La falta de formación, acceso limitado a financiación y escaso apoyo institucional son barreras clave para la investigación en enfermería. La creación de la unidad de investigación en cuidados ha mejorado el acceso a recursos, fomentado la colaboración multidisciplinar y aumentado la visibilidad de la investigación en cuidados. Es necesario seguir desarrollando estrategias que fortalezcan la cultura investigadora dentro del entorno hospitalario.

154 ESTUDIO DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y PERSONAS USUARIAS DE LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Echevarría Echevarría, Aitziber¹

¹ OSI Barrualde Galdakao

INTRODUCCIÓN

En el sistema sanitario la mención a la atención al usuario (paciente) aparece por primera vez con el artículo 32 del Real Decreto 521/1987, del 15 de abril, dónde se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INS, y se configura como un servicio, estableciendo sus objetivos y funciones y dependencia de la Dirección Gerencia.

Desde su creación los Servicios de Atención al Paciente y personas Usuarias (SAPU) han sufrido una evolución continúa adaptándose a la persona usuaria, consolidando su arquitectura a través de reformas políticas y cambios normativos. Durante todo este período el desarrollo y la evolución de los Servicios de Atención Ciudadana ha sido muy desigual e irregular, adaptándose a las necesidades del ciudadano.

En la actual coyuntura sanitaria se precisa realizar un cambio en el paradigma de la atención de los Servicios de Atención al Paciente y personas Usuarias (SAPU) para satisfacer las necesidades de la sociedad.

OBJETIVO

Analizar la evolución, el funcionamiento y organización de los Servicios de Atención de Pacientes y personas Usuarias (SAPU) de las distintas comunidades autónomas del estado.

MATERIAL

Se ha realizado una revisión sistemática bibliográfica diferenciada de aspectos relativos al Servicio de Atención al Paciente/Usuario/Ciudadano en el que se encuentran:

El marco normativo en el ámbito sanitario.

Artículos, guías y libros sobre la atención al usuario.

Informes y artículos de gestión sanitaria que describen la situación sanitaria y completan aspectos de vital importancia a la hora de gestionar estrategias orientadas al ciudadano.

Y, por último, se ha invitado a realizar una encuesta sobre aspectos generales, organizativos y la estrategia que siguen a diferentes hospitales de las distintas CCAA.

RESULTADOS

Se han respondido 29 encuestas por diversos hospitales de todas CCAA. Los hospitales que han colaborado en la realización de la encuesta son 27 hospitales públicos, 1 centro de salud y 1 hospital privado.

Dentro de los resultados principales obtenidos se observan diferencias en los Servicios de Atención al Usuario entre las distintas Comunidades Autónomas en España bastante notables debido a la descentralización del sistema sanitario y una falta de normativa actualizada en la materia. Diferencias evidenciadas que van desde la propia nomenclatura, dependencia jerárquica, organización y gestión, servicios ofrecidos y funciones de los responsables, formación de los profesionales, accesibilidad, implantación de los derechos y deberes de las personas usuarias y la incorporación de la participación ciudadana en sus centros sanitario.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión subrayan la necesidad de un enfoque integral que combine la personalización, la tecnología y la participación activa del ciudadano. Este modelo no solo mejora la eficiencia y la eficacia de los servicios de atención al usuario, sino que también promueve un sistema sanitario más equitativo y centrado en el paciente.

El Servicio de Atención al Usuario de las organizaciones sanitarias debe desarrollar un modelo enfocado al ciudadano mediante la integración de su participación en el ámbito asistencial y la mejora de la atención a través de la personalización del servicio.

155 ESTUDIO DE LAS TASAS DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Martín Serrano, María Rosario¹; Lerma Sánchez, Mercedes¹; Tineo Aponte, Josey¹; Fernández Echauri, Pedro¹; Sánchez Roldán, Alejandro¹; Acosta Montaña, Javier¹

¹ Hospital Universitario HLA Moncloa

INTRODUCCIÓN

Los hemocultivos son una de las pruebas más importantes realizadas en los Laboratorios Clínicos de Microbiología y el Gold standard para el diagnóstico de bacteriemia. Por desgracia, los hemocultivos pueden contaminarse y dar falsos positivos debido sobre todo a una deficiente técnica de recolección de muestras.

La contaminación de los hemocultivos lleva asociado un uso innecesario de antibióticos, pruebas de laboratorio de seguimiento y por consiguiente un incremento de los costes, así como un perjuicio para la seguridad del paciente con un potencial riesgo de incremento de resistencias bacterianas.

Se consideran microorganismos contaminantes de los hemocultivos: Estafilococos coagulasa negativos distintos del Estafilococo Lugdunensis, Especies de Corynebacterium, Cutibacterium acnes (antes Propionibacterium), Especies de Bacillus y Especies de Micrococcus. En cuanto a los Enterococcus y Streptococcus viridans, se requiere correlación con la clínica para determinar su significación clínica o contaminación.

Según la Guía IDSA del 2013, la contaminación de los hemocultivos se considera un indicador de la calidad asistencial y no debería sobrepasar el 3% de los hemocultivos totales recibidos en un laboratorio.

OBJETIVO

Determinar las tasas de contaminación de los hemocultivos obtenidos durante el año 2024 en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en una UCI polivalente durante 2024. Se analizaron todos los hemocultivos obtenidos en la práctica clínica considerando contaminación la presencia de microorganismos típicamente no patógenos según criterios microbiológicos.

Se calcularon las tasas de contaminación sobre el total de los hemocultivos extraídos tomando como criterios de selección el tipo de microorganismo aislado, el número de hemocultivos positivos de cada paciente y la historia clínica del mismo. Se compararon las tasas de contaminación con el estándar <3% de las guías IDSA.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se obtuvieron en la práctica clínica de la UCI polivalente del Hospital Universitario HLA Moncloa un total de 308 hemocultivos de los cuales 21 resultaron ser contaminados (6,8%). El porcentaje encontrado ha sido mayor que el estándar de calidad (< 3%). Los microorganismos implicados en la contaminación de las muestras fueron en orden de frecuencia: S. hominis, S. epidermidis, E. faecium y S. parasanguinis.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica y para mejorar los estándares de calidad y seguridad del paciente se debería hacer un seguimiento rutinario de las tasas de contaminación de los hemocultivos.

La observación de tasas de contaminación de hemocultivos > 3% debe impulsar la revisión de las técnicas de recolección de muestras actualizando protocolos e implementando iniciativas educativas entre el personal sanitario.

En nuestro estudio se observa que nuestra tasa de contaminación está por encima de la tasa estándar de seguridad por lo que debemos promover la actualización del protocolo de recolección de muestras e implementar una iniciativa educativa entre el personal sanitario cuyo objetivo sea la disminución de las tasas de contaminación de las muestras de hemocultivos.

157 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CONCORDANCIA DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INTERPRETACIÓN DE RETINOGRAFÍAS FRENTE A MÉDICOS DE FAMILIA CAPACITADOS.

Trillo Calvo, Eva¹; Trillo Calvo, Eva¹; Romero Vigara, Juan Carlos²; Alcalá Millán, María³; Tarragó Gil, Rosa ⁴

¹Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II; ²Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; ³Centro de Salud Ruiseñores;

⁴Centro de Salud Seminario

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de DM en España es 10,3 %. Frecuentemente presentan **retinopatía diabética (RD)**. El objetivo del **cribado de la RD** es reducir el riesgo ceguera a través de identificación rápida. Actualmente, está en desarrollo **tecnologías basadas en inteligencia artificial (IA)** para análisis de imágenes de retina que podrían ofrecer mejoras en calidad y más costo-efectivas.

OBJETIVO

Objetivo principal: Evaluar concordancia diagnóstica entre sistema de IA en lectura de retinografías frente a lectura tradicional realizada por médicos de familia.

Objetivos secundarios: 1. Evaluar Parámetros de rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, curvas ROC, razones de verosimilitud). 2. Determinar costo-efectividad de interpretación de retinografías entre ambos métodos (IA y médicos familia) y su impacto en la eficiencia.

MATERIAL

Diseño: análisis retrospectivo, basado en datos recopilados durante práctica clínica habitual en un Centro de salud referente del sector sanitario. Población estudio: 500 pacientes (1000 ojos). Criterios inclusión: adultos ≥ 18 años con DM2. Criterios exclusión. Diabetes gestacional. Pacientes < 18 años. Intervención: Revisión retinografías mediante software IA ya realizadas en práctica asistencial habitual en consulta retinografías y valoradas por médicos familia.

Variables demográficas y clínicas: Cuestionario diseñado para estudio. Variables demográficas (sexo, edad), variables clínicas (tipo DM, años evolución DM, comorbilidad cardiovascular (HTA), años evolución HTA).

Variable principal: presencia o ausencia de retinopatía diabética (RD). Variables secundarias: clasificación de la RD: RD no proliferativa (RDNP) grado leve presente o ausente, RD no proliferativa (RDNP) grado moderado presente o ausente, RD no proliferativa (RDNP) grado grave presente o ausente, RD proliferativa (RDP).

Análisis estadístico: **análisis descriptivo datos; Asociación entre variables estudiadas** mediante pruebas contraste de hipótesis, comparación proporciones (variables cualitativas chi cuadrado, prueba exacta Fisher), comparaciones de medias (t de Student, ANOVA, y si no siguen distribución normal test U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis) y correlaciones bivariadas (Coef. Correlación de Pearson). **Análisis específico para evaluar concordancia diagnóstica:** coeficiente Kappa. Si discrepancias entre resultados IA y médicos de familia, se discutirán en un comité clínico compuesto por especialistas en oftalmología y atención primaria. **Análisis Costo Efectividad y Eficiencia: Costos directos:** Implementación y mantenimiento sistema IA; Tiempo dedicado a interpretación imágenes en cada modalidad; Capacitación personal: tiempo y dinero invertido; Reducción derivaciones innecesarias a médicos de familia gracias a la IA, Reducción derivaciones innecesarias a oftalmología gracias a IA. **Cálculo del ICER:** Ratio incremental de coste-efectividad (ICER), expresado como costo adicional por diagnóstico correcto adicional generado por la IA en comparación con médicos familia. **Evaluación eficiencia en el proceso:** Tiempo promedio requerido por cada método para generar diagnóstico. Derivaciones a Especialistas: reducción casos derivados a oftalmología utilizando IA para determinar si su uso mejora eficiencia del proceso diagnóstico en Atención Primaria. **Gold estándar:** diagnóstico definitivo será validado por oftalmólogo experto.

RESULTADOS

El módulo de IA está ya instalado. En fase desarrollo con prevista de resultados en mayo 2025 (predentación en el congreso datos preliminares). Fecha Fin septiembre 2025. Revisión bibliográfica. Elaboración base pseudonimizada, recogida Datos realizada. Revisión lecturas e informes de resultados de retinografías: en proceso. Análisis estadístico abril 2025. Preparación informe del estudio y elaboración publicaciones: junio 2025.

CONCLUSIONES

No se esperan dificultades en reclutamiento (grupo investigador es personal sanitario del sector y cuenta con apoyo de dirección Atención Primaria. Diseño intuitivo con fácil integración en ruta asistencial. Resultados obtenidos pueden trasladarse a otros sectores sanitarios. Diagnóstico rápido sin generar carga asistencial. Reducción de derivaciones innecesarias, gestión citas directa al servicio de oftalmología.

159 EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SANITARIO EN EUROPA (PROCURE)

Carballar Ruiz, Reyes¹; Menéndez Fernández, Iris²; Jordá Compañó, Jordi³; López Puy, José²; Carrascosa Ortega, José María⁴; Rivero León, Salud⁵

¹FISEVI - HUVIR; ²Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.; ³Consorci de Salut i Social de Catalunya; ⁴Centro de Emergencias Sanitarias ⁰⁶¹ - SAS; ⁵Central Provincial de Compras de Sevilla (SAS) - HUVIR

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria COVID-19 evidenció las deficiencias de los sistemas de salud en cuanto a recursos y procedimientos disponibles. Durante la pandemia, las prácticas habituales de contratación pública fueron modificadas para responder a la emergencia, lo que llevó a los países europeos y sus organismos a adoptar medidas urgentes para mitigar sus efectos.

Este proyecto, llevado a cabo por el consorcio PROCURE, compuesto por más de 20 socios europeos de 10 Estados miembro: Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Portugal, Rumania, España y Suecia, se centró en evaluar las prácticas de contratación pública sanitaria en Europa, analizando cómo se ajustaron a las necesidades urgentes de la pandemia. A través de un estudio observacional, se identificaron las tendencias comunes en la contratación sanitaria, como la digitalización y la optimización de procesos. Posteriormente, mediante la metodología Delphi, se priorizaron los temas clave para fortalecer la resiliencia y eficiencia de los sistemas de salud, abarcando áreas como la sostenibilidad, el marco legal y la monitorización de la ejecución. Además, se llevaron a cabo sesiones de diálogo estructurado con expertos de todos los Estados miembros para aplicar estos conocimientos en el diseño de estrategias de mejora.

OBJETIVO

Evaluación exhaustiva de los métodos de contratación pública para fortalecer la resiliencia y eficiencia de las prácticas actuales en toda la Unión Europea, asegurando que los sistemas de salud pública estén bien preparados para cualquier crisis futura que pueda ocurrir.

MATERIAL

La metodología del proyecto se desarrolló en tres fases secuenciales. En primer lugar, se realizó un estudio observacional sobre las prácticas de contratación pública en el sector sanitario de los países miembros de la Unión Europea, antes y después de la pandemia, considerando la perspectiva de los órganos de contratación, instituciones, proveedores y compradores privados. En la segunda fase, mediante la metodología Delphi, se identificaron y priorizaron los temas clave surgidos del estudio, transformando las necesidades de los interesados en conocimiento objetivo. Finalmente, se llevaron a cabo sesiones de diálogo estructurado con la participación de profesionales de todos los Estados Miembros, con el propósito de aplicar este conocimiento en el diseño de estrategias para fortalecer los sistemas de contratación sanitaria.

RESULTADOS

En Europa, la contratación sanitaria muestra tendencias comunes, como la optimización y digitalización de compras, el fortalecimiento del cumplimiento normativo, una mayor participación del sector privado y una competencia más intensa entre proveedores. La priorización o los temas sobre los que los expertos han llegado a un acuerdo incluyen la necesidad de un marco legal específico para la contratación en salud, la integración de la sostenibilidad con estándares comunes, y el fortalecimiento del monitoreo y la evaluación basada en valor. También destacan la importancia de la capacitación profesional, la flexibilidad en situaciones de emergencia y la transparencia para mejorar la equidad y la eficiencia en los procesos de contratación.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 ha impulsado una transformación en la contratación sanitaria en Europa, destacando la necesidad de sistemas más ágiles, eficientes y resilientes. Las áreas clave incluyen la optimización de procesos, compras basadas en valor, un marco legislativo adaptado y la digitalización. Aunque existen diferencias entre los Estados Miembros, la colaboración y la transparencia son esenciales para garantizar un sistema equitativo y sostenible. Este esfuerzo coordinado busca fortalecer la atención sanitaria y su preparación ante futuros desafíos.

161 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA DE URGENCIAS EN SU ENTORNO LABORAL: COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN Y LA EVALUACIÓN EXTERNA DE COMPETENCIAS, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA.

Manero Solanas, Marta¹; Navamuel Castillo, Noelia²; López Ibort, Nieves³; Gascón Catalán, Ana⁴; Garces Horna, Silvia²; Constante Pérez, Paula²

¹Salud. Hospital Universitario Miguel Servet; ³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ⁴Universidad de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los entornos clínicos son complejos y requieren que las enfermeras posean una combinación de conocimientos y habilidades para tomar decisiones rápidas y efectivas. El desarrollo competencial de la enfermera es esencial para brindar atención segura y de calidad al paciente. Para garantizar la efectividad de las intervenciones e identificar áreas de mejora, la evaluación de los programas es crucial. La literatura indica que, para lograr una evaluación integral y objetiva, se debe adoptar un enfoque combinado que incluya tanto la autoevaluación como la evaluación externa.

OBJETIVO

Comparar los resultados de la evaluación externa y la autoevaluación de las competencias de la enfermera, en un servicio de urgencias hospitalario, antes y después de una intervención formativa y determinar si existen similitudes o diferencias significativas entre ambas.

MATERIAL

Estudio cuasiexperimental prospectivo, octubre de 2023 hasta agosto de 2024. Participaron 63 enfermeras de reciente incorporación. La intervención incluyó sesiones teórico-prácticas sobre habilidades de cuidados críticos. Para evaluar, se utilizaron las descripciones del nivel profesional de Benner con cinco grados de adquisición: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Los datos se recogieron mediante cuestionarios de autoevaluación y evaluación externa utilizando rúbricas validadas. Los instrumentos de medida fueron diseñados y validados por un panel de expertos en enfermería de cuidados críticos, logrando índices de validez de contenido de 0,877 y 0,9, respectivamente. Al ofrecer el programa a todo el grupo elegible, redujimos los posibles sesgos. Poder estadístico del tamaño de la muestra de 0,98.

Se calculó la media de la variable continua edad y se utilizaron distribuciones de frecuencias y proporciones para las variables sexo, experiencia previa en servicios de urgencias y niveles de competencia antes y después del programa obtenidos mediante autoevaluación y evaluación objetiva. La comparación se realizó mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras pareadas. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$. Estudio aprobado por comité de ética. Participantes firmaron documento de consentimiento informado.

RESULTADOS

Los resultados indicaron diferencias significativas entre la autoevaluación y las evaluaciones del tutor en las fases previas y posteriores a la intervención.

Antes de iniciar el programa, los resultados obtenidos en los dos tipos de evaluación, autoevaluación y evaluación externa, en todas las competencias consideradas, muestran un mayor porcentaje de participantes en los niveles competenciales inicial e inicial avanzado. Al comparar ambas evaluaciones, la evaluación externa muestra porcentajes más altos de enfermeras clasificadas en estos niveles que la autoevaluación, siendo un mayor número de participantes las que se perciben con un nivel competencial más alto. En los resultados de las evaluaciones postintervención se observa un incremento en el porcentaje de participantes clasificados en niveles competenciales superiores. Adicionalmente, la diferencia entre los valores porcentuales de la autoevaluación y la evaluación del tutor disminuye respecto a las observaciones iniciales.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa de formación específico para enfermeras en un servicio de urgencias hospitalario, combinado con un enfoque de evaluación que incluye tanto la autoevaluación como la evaluación del tutor, representa un paso significativo hacia la mejora de las competencias clínicas. Este estudio muestra que antes de la intervención, los participantes se sienten más competentes de lo que refleja la evaluación del tutor, lo que pone de relieve la necesidad de una experiencia de evaluación combinada para evitar sobreestimar el desempeño. Después de la intervención, las discrepancias entre la autoevaluación y las evaluaciones del tutor disminuyeron, lo que sugiere una mejora de la autoconciencia y la competencia entre los participantes. Este estudio destaca la importancia de una evaluación combinada para determinar si las intervenciones son efectivas y garantizar un resultado preciso de la competencia.

164 EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN CUIDADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL NURSING RESEARCH CHALLENGE: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2021- 2024

Sánchez-Castañol Conesa, Juan Antonio¹; Martínez Esteban, M^a Julia¹; Roldan Chicano, M^a Teresa¹; Martín Rodríguez, José¹; Celdrán Navarro, M^a Carmen¹; Moore, James Richard¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario Cartagena;

INTRODUCCIÓN

La investigación en enfermería es un pilar fundamental para la mejora de la calidad asistencial y la toma de decisiones basada en la evidencia. En los últimos años, iniciativas como el Nursing Research Challenge (NRC), promovida por ANDE (Asociación Nacional de Directivos en Enfermería), han apostado por el fortalecimiento de la capacidad investigadora de los profesionales de enfermería en las instituciones sanitarias, a través de una hoja de ruta estructurada y por etapas, que abarca distintos ejes estratégicos.

OBJETIVO

Describir la evolución de la producción investigadora en Cuidados, entre los años 2021 y 2024, en un Área de Salud del Sistema Nacional de Salud, tras la implantación del proyecto Nursing Research Challenge (NRC), y el nivel de consecución de las acciones planteadas en el proyecto.

MATERIAL

Estudio descriptivo que analiza el grado de consecución de las acciones estratégicas de NRC, durante un periodo de cuatro años, y dos etapas: el bienio previo a la implantación del NRC (2021-2022) y el bienio (2023-2024), en el que se empezó a desarrollar. Para evaluar el impacto del NRC, se consideraron tres indicadores clave de producción científica (comunicaciones y ponencias en eventos científicos nacionales e internacionales, publicaciones en revistas científicas, participación en proyectos de investigación). Los datos sobre implantación del proyecto se extrajeron de las memorias NRC, y los datos de producción científica fueron recopilados a través de registros del Comité de Ética de Investigación, solicitudes de financiación, bases de datos de ciencias de la salud y consultas directas con mandos intermedios y coordinadores de centros de salud.

RESULTADOS

De las 18 acciones estratégicas planificadas en el proyecto, 4 han finalizado, 8 están en desarrollo y 6 en fase de inicio. Los ejes estratégicos relacionados con la detección de talento y la formación fueron los que presentaron mayores avances.

Se creó una base de datos de profesionales de enfermería y fisioterapia interesados en la investigación, categorizados en tres perfiles: 21 investigadores noveles, 20 mentores y 8 expertos con capacidad para liderar proyectos competitivos. Las actividades formativas sobre investigación ofertadas aumentaron, de 6 cursos en 2021-2022 a 16 en 2023-2024.

Aunque la creación de grupos de alto rendimiento y las becas de intensificación han facilitado la participación de profesionales en proyectos competitivos, el eje estratégico con menor número de acciones desarrolladas, y por lo tanto menos consolidado, es el relacionado con el reconocimiento de la enfermera investigadora y su participación en proyectos multicéntricos.

En cuanto a la producción científica, los resultados fueron significativos: durante el periodo 2021-2022 se registraron 40 proyectos, 5 publicaciones en revistas científicas y 48 comunicaciones a eventos científicos, de las cuales fueron subvencionadas 35. Durante el periodo 2023-2024, se registraron 46 proyectos, 16 publicaciones y 136 comunicaciones, de las cuales fueron subvencionadas 76.

Se realizó un mapa de áreas de interés y enfoques de investigación en cuidado, que reflejó un panorama variado de intereses. Las áreas en las que se realizaron más trabajos fueron: Cuidados Hospitalarios con 34 proyectos (sobre todo en las áreas de dolor y neumología), Pediatría (19), Maternidad Salud de la Mujer (17), Paliativos y Oncología (19). En el área de Cronicidad, Fragilidad y Geriatria, pese a constituir un área clínica prioritaria se desarrollaron 10 trabajos.

CONCLUSIONES

Las acciones desarrolladas, han favorecido el incremento de la producción científica en el ámbito de los cuidados. Sin embargo, para consolidar los avances obtenidos, y la producción científica de calidad, es imprescindible reforzar estrategias que incentiven la participación en proyectos competitivos, especialmente en áreas como la cronicidad, fragilidad y geriatría, que a pesar de su importancia creciente, aún presentan una producción científica limitada en nuestro entorno.

165 EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

López Garrigós, María Teresa¹; Flores, Emilio¹; Asencio Aznar, Alberto¹; Fernández, Concepción¹; Puig, Estanislao¹; Iranzo García, María Norma¹

¹ Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una preocupación global de los sistemas sanitarios debido a su alta prevalencia y las complicaciones asociadas. La detección temprana es crucial para un manejo efectivo, pero en sus estadios iniciales suele estar infradiagnosticada. Las guías de KDIGO y las sociedades científicas españolas indican claramente qué pacientes deben ser sometidos a cribado de ERC.

La Atención Primaria (AP) podría jugar un papel fundamental en la identificación de pacientes sin diagnosticar, pero requiere herramientas que la ayuden. En el año 2024, el laboratorio clínico implementó un cribado de ERC, basado en inteligencia artificial (IA), para ayudar a los profesionales en la detección temprana de la enfermedad.

El Sistema de Apoyo a la Decisión Clínica (CDSS) integra la información de los registros clínicos y administrativos del paciente. Estos sistemas permiten el análisis de datos en tiempo real y facilitan la toma de decisiones mediante algoritmos aplicados a distintos procesos clínicos.

OBJETIVO

Mostrar los resultados y el coste de un nuevo método de cribado de ERC basado en IA en un departamento de salud.

MATERIAL

Se realizó un estudio transversal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024 en pacientes que acudieron al centro de salud de AP en un departamento de salud con una población asignada de 238.521 habitantes.

El sistema de IA fue implementado en el laboratorio clínico usando CDSS. Este sistema está basado en las guías clínicas. Cuando un clínico de AP solicita una prueba de laboratorio, el sistema identifica si el paciente pertenece a la población diana por edad o por comorbilidades asociadas (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o diabetes mellitus), conectándose a la historia clínica electrónica. Si cumple los criterios, avisa al médico para proponer el cribado de ERC. Si el médico acepta y se envían las muestras al laboratorio, el sistema de IA interpreta los resultados y propone acciones al clínico que realizó la solicitud.

Para calcular el coste de la intervención, se usó el coste del reactivo de la determinación de albúmina con tira urinaria (0,26 euros) y el coste de la cuantificación de la albúmina por método confirmatorio (0,62 euros).

RESULTADOS

Durante este período, el sistema de IA propuso a los clínicos la realización de 13.298 cribados de ERC, de los que finalmente se realizaron 11.724 (88,2%). En 10.104 casos se descartó la ERC (86,2%).

En cambio, tras el cribado, 138 casos (1,4%) fueron diagnosticados de ERC, mientras que en 1.482 fue necesario comprobar los valores con una nueva determinación (en 750 casos se confirmó ERC, mientras que en 732 se descartó).

En total, se detectaron 888 pacientes con ERC tras el cribado, lo que representa el 7,6% de los pacientes estudiados.

El coste total de la implementación de la estrategia fue de 0,51 euros por paciente cribado y de 12,4 euros por cada nuevo caso de ERC diagnosticado.

CONCLUSIONES

La ERC es prevalente en pacientes sin diagnóstico establecido. El cribado oportunista de la ERC es factible y coste-efectivo. Las nuevas herramientas de IA pueden ayudar en la detección de pacientes sin diagnosticar y en la interpretación de los resultados del cribado. Futuros estudios deberían evaluar el impacto de estas estrategias a medio y largo plazo.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



201

171 FORMACIÓN DE PRECISIÓN: PERSPECTIVA DESDE EL PROYECTO MAPAS DE DEMANDA TEMPRANA DE ANDALUCÍA

Romanos Rodríguez, Armando¹; De Miguel-Lorenzo, Miguel²; Hernández-Rubiño, Angela²; Carrillo-Atero, David²; Balbontin-Casillas, Gonzalo³

¹FPS|IAVANTE. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía; ²IAVANTE. FPS. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía; ³PS. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

El Mapa de Demanda Temprana (MDT) de Andalucía es una iniciativa que busca identificar y priorizar necesidades no cubiertas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), facilitando la colaboración entre profesionales sanitarios, industria, universidades, centros tecnológicos y pacientes. Este enfoque sistematizado y colaborativo tiene como objetivo impulsar la innovación mediante la Compra Pública de Innovación (CPI), mejorando así los servicios de salud en la región.

En este contexto, se plantea la oportunidad de desarrollar un modelo de formación de precisión que integre los datos clínicos y de desempeño profesional en los procesos formativos. Actualmente, la falta de mecanismos estructurados para dicha integración limita la capacidad de diseñar estrategias de aprendizaje personalizadas y alineadas con las necesidades reales del sistema de salud.

OBJETIVO

Explorar la viabilidad de un ecosistema digital de formación basado en **learning analytics**, que permita integrar datos de actividad clínica y profesional para diseñar estrategias de formación de precisión, adaptadas a las necesidades individuales de los profesionales sanitarios y a las prioridades del sistema.

MATERIAL

La propuesta se basa en el análisis de las posibilidades de integrar los sistemas de información sanitaria (como Diraya) con herramientas de gestión del aprendizaje, con el fin de:

- Desarrollar un modelo predictivo para la identificación de necesidades formativas.
- Explorar el uso de cuadros de mando que faciliten la toma de decisiones basada en datos.
- Evaluar la viabilidad de un sistema de recomendación de itinerarios formativos personalizados.
- Considerar los desafíos tecnológicos, organizativos y regulatorios para su implementación.

RESULTADOS

Se espera que este enfoque permita diseñar una estrategia de formación más eficiente y adaptada a las necesidades reales del sistema sanitario. La integración de datos clínicos y formativos podría facilitar una capacitación más dinámica, identificar talento interno y mejorar la asignación de recursos en formación.

CONCLUSIONES

El uso de herramientas de análisis de datos en la formación sanitaria representa una oportunidad para mejorar la capacitación de los profesionales y la eficiencia del sistema. La colaboración en el marco del MDT de Andalucía ofrece una perspectiva innovadora para avanzar hacia un modelo de formación de precisión, basado en la evidencia y en las necesidades del sistema de salud.

172 FORMACIÓN E-LEARNING EN LACTANCIA MATERNA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lechosa Muñiz, Carolina¹; Gortazar Arias, M^a Pilar²; Herrero López, Selma²; Fernández Carral, Genoveva²; González Menéndez, Faustino²; Cabero Pérez, M^a Jesús²

¹ Subdirección Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ² Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un pilar fundamental en la salud infantil y materna, con beneficios ampliamente documentados. Sin embargo, la formación en este ámbito sigue siendo insuficiente entre profesionales sanitarios.

Uno de los requisitos clave para acreditarse como hospital IHAN es garantizar que el personal posea competencias y habilidades para apoyar la lactancia. En un hospital de tercer nivel con unos 2800 partos al año y actualmente en Fase 2-D de estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), la alta rotación del personal, falta de disponibilidad horaria y el elevado coste de formación presencial dificultan la capacitación.

Para abordar estas limitaciones, se ha diseñado un curso online en lactancia materna, estructurado en módulos que permite varias ediciones anuales, acceso flexible, eliminar barreras económicas y logísticas y facilitar formación continua de profesionales en un entorno multidisciplinar.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar curso online en lactancia materna acreditado por la Comisión Formación Continuada del Sistema Nacional Salud con docentes multidisciplinarios expertos y dirigido a profesionales sanitarios para mejorar su capacitación y apoyo a la lactancia materna

MATERIAL

Se diseñó un itinerario formativo online en lactancia materna basado en aprendizaje activo con modelo de formación E-learning de 51,75 horas de duración y estructurado en tres módulos temáticos acreditados de forma independiente:

1. Conceptos básicos de lactancia materna y los "Diez Pasos" IHAN (17,25 h, 4,7 créditos)
2. Lactancia materna en los primeros días de vida, extracción y conservación de leche (19,5 h, 5,2 créditos)
3. Técnicas de consejería y lactancia materna en situaciones especiales (15 h, 4,1 créditos)

Cada módulo combina material teórico, casos clínicos interactivos, vídeos, simulaciones y herramientas de gamificación para reforzar aprendizaje. Se empleó la plataforma Moodle, permitiendo acceso autónomo al contenido, tutoría online y participación en foros de discusión. Se realizaron evaluaciones pre y post-curso para medir evolución de conocimientos adquiridos.

RESULTADOS

Desde febrero del 2024 hasta la fecha, 544 profesionales han participado en el curso, con tasa global de aprobación 86,4%. Distribución por categoría profesional incluye enfermería, pediatras, obstetras, matronas, residentes y otros profesionales.

Resultados evaluación de conocimientos muestran mejora del 40% en puntuación media post-curso. Análisis de evolución del conocimiento refleja aumento significativo puntuación media post-formación en los tres módulos:

- Módulo 1: de 9,19 a 9,73.
- Módulo 2: de 8,36 a 9,00.
- Módulo 3: de 8,33 a 9,30.

En cuestionario IHAN utilizado para evaluar competencias, los participantes obtuvieron media de 9,28 (módulo 1) 9,27 (módulo 2) y 9,60 (módulo 3) con medianas de 9 y 10, lo que sugiere una adquisición sólida de conocimientos.

Además:

- 95% participantes considera que la formación ha mejorado su práctica clínica.
- 93% valora positivamente la accesibilidad y flexibilidad del curso.
- La gamificación ha recibido calificación 8,68/10 como herramienta de refuerzo del aprendizaje.

Los comentarios más destacados señalan: claridad contenidos, utilidad casos prácticos y posibilidad de realizar el curso a un ritmo individualizado. Como áreas de mejora: ampliar recursos descargables y mejorar interacción con docentes.

CONCLUSIONES

El curso online de lactancia materna es una estrategia efectiva para mejorar capacitación de profesionales sanitarios, permitiendo formación accesible, multidisciplinar y basada en evidencia. Su formato flexible facilita superación de desafíos como alta rotación del personal y costos de formación presencial, consolidando la formación en lactancia como un componente esencial en atención materno-infantil de calidad.

La experiencia adquirida con este modelo formativo E-learning servirá de base para futuras ediciones y su posible expansión a otros centros sanitarios, así como la posibilidad de replicar el modelo formativo para cualquier otro tipo de contenido de formación continuada.

174 GAMIFICACIÓN EN CIRUGÍA VASCULAR: ENTRENANDO EL CÓDIGO AORTA

Iborra, Elena¹; Huici Sánchez, Malka¹; Chaos Álvarez, Otilia¹; Macia Tejada, Irene¹

¹ Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

Las situaciones de emergencia que requieren de la colaboración de diferentes profesionales son un reto para la gestión y formación de profesionales. El uso de gamificación puede ser una herramienta útil.

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia en la formación de equipos mediante un proyecto de gamificación aplicado a la gestión de la ruptura de un aneurisma de aorta abdominal (RAAA)

MATERIAL

La gamificación que desarrollamos se basó en el protocolo de código aorta centrado en el preoperatorio inmediato y quirófano. Es un proyecto multidisciplinar dirigido a cirujanos vasculares, anestesiólogos, enfermeras quirúrgicas y celadores implicados en los equipos de emergencias que tratan RAAA. El objetivo es fortalecer la experiencia de los profesionales en el manejo de aneurismas rotos.

El juego está compuesto por un tablero magnético que representa el quirófano híbrido y varios imanes con imágenes de todos los materiales necesarios para realizar el tratamiento. También hay avatares que identifican los diferentes participantes. Cada participante tiene una tarjeta de rol con un resumen de las acciones que debe realizar durante el ejercicio. Los jugadores pueden utilizar la "tarjeta simultánea" cuando tienen que realizar alguna actividad al mismo tiempo que los demás.

El juego comienza con una llamada telefónica al residente vascular explicando la presencia de un paciente con un rAAA en la sala del TAC. Los jugadores disponen de una hora para realizar el ejercicio.

Registramos algunas características demográficas: rol profesional, sexo, edad y años de experiencia.

Antes de empezar el proyecto, los participantes completaron un cuestionario escrito para evaluar el conocimiento y la experiencia previa en gamificación y gestión de rAAA. Durante el juego se registra las acciones que se desarrollan para detectar puntos de mejora. Al finalizar cada sesión respondían a una encuesta para valorar el aprovechamiento.

Analizamos la mejora del desempeño y la satisfacción mediante una encuesta de seis preguntas que todos los participantes debían completar antes y después de las simulaciones usando una Escala Likert de cinco puntos (1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo). Las preguntas fueron:

- Me siento seguro de mis habilidades.
- Conozco mi rol durante la cirugía.
- Me manejo bien durante la cirugía.
- Soy consciente del rol de mis compañeros.
- Tengo experiencia suficiente para el tratamiento de AAAR.
- Considero la gamificación útil para mi formación.

RESULTADOS

Durante tres años, realizamos veinte sesiones de gamificación. Hubo 162 participantes (64% mujeres). El cuestionario previo fue respondido por un 92,65% de los participantes. El 84,57% respondieron el cuestionario post ejercicio. La distribución en función del rol fue la siguiente: 40 cirujanos vasculares (25%), 33 anestesiólogos (20%), 79 enfermeras (49%) y 10 celadores (6%). Si miramos por rango de edad: el 38% tenía menos 30 años, el 31% entre 30-40, el 19% entre 40-50 y el 11% más de 50 años. Considerando los años de experiencia laboral: el 9% tenía menos de un año, el 38% tenía entre 1-3 años y el 53% tenía más de tres años.

El 92,64% respondieron los cuestionarios pre y el 90,48% respondieron los cuestionarios post ejercicio. El 66,67% conocía la gamificación, pero solo el 38,1% la había experimentado. Todos menos uno pensaron que podían aprender jugando.

El análisis de las acciones realizadas por cada rol en las diferentes fases del proceso permitió detectar sobrecargas de trabajo y afianzar el conocimiento del rol.

La tabla 1 muestra los resultados de rendimiento con una puntuación superior a cuatro en la escala de Likert.

CONCLUSIONES

La gamificación es fácil para la formación de equipos y les ayuda a retener el conocimiento. Permite detectar áreas de mejora y aumentar el conocimiento de los roles.

El ejercicio tuvo muy buena aceptación y los participantes lo consideraron muy beneficioso.

186 GESTIÓN E INVESTIGACIÓN. PROYECTO NURSING RESEARCH CHALLENGE® PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

Cidoncha Moreno, María Angeles¹; Tiscar González, Verónica³

¹ Osakidetza Dirección General; ³ Osakidetza. OSI Bilbao Basurto

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene un impacto significativo en las organizaciones sanitarias y en la gestión de los servicios de salud al proporcionar evidencia sólida sobre la efectividad de diferentes prácticas y enfoques.

El proyecto Nursing Research Challenge® (NRC) estructura, acciones e indicadores que ayudan a las Direcciones de Enfermería a organizar planes y estrategias adaptadas a cada contexto local para hacer posible el fomento de la investigación en enfermería.

OBJETIVO

Fomentar la investigación enfermera en las organizaciones sanitarias a través del proyecto Nursing Research Challenge®

MATERIAL

1. Se constituye así un comité director del proyecto para movilizar la puesta en marcha y sostenibilidad del proyecto en la organización
2. Se difunde la iniciativa en las organizaciones de servicio y cada 2 años se realiza nuevo llamamiento a las organizaciones para sumarse al proyecto
3. Se establecen dinámicas de reuniones y acciones conjuntas
4. Se crea un comité evaluador (responsable de la evaluación, seguimiento y feedback de los avances obtenidos en el proyecto en las diferentes organizaciones sanitarias) ya que anualmente se reportan por parte de las organizaciones avances y resultados.

RESULTADOS

12 organizaciones sanitarias están adheridas al proyecto NRC®

Se establecen dinámicas de reunión, colaboración y benchmarking entre organizaciones compartiendo avances de cada organización sanitaria, recursos, ideas e iniciativas.

Se realizan jornadas tanto a nivel global del sistema sanitario como jornadas NRC® propias con el fin de difundir los diferentes proyectos de investigación e innovación que se están impulsando en este marco.

Anualmente el grupo evaluador valora la evolución del proyecto a través de las memorias anuales de seguimiento y da feedback sobre fortalezas encontradas y recomendaciones de pasos a seguir para fortalecer la investigación e innovación en enfermería con una mirada transversal, multidisciplinar y en sinergia con otros organismos.

El NRC® está contribuyendo a promover la detección y desarrollo del talento, a generar sinergias entre organizaciones sanitarias como iniciativas conjuntas de talleres de lectura crítica o la elaboración de un boletín informativo. Además, a nivel global de todas las instituciones se han ofrecido cursos de investigación y se está trabajando en el diseño de un itinerario formativo que permita compartir los recursos formativos evitando duplicar esfuerzos y en coordinación con la formación ofrecida por los Institutos de Investigación Sanitaria y la Universidad.

CONCLUSIONES

El proyecto NRC® facilita una hoja de ruta para el fomento de la investigación enfermera en las organizaciones sanitarias de forma colaborativa entre las diferentes organizaciones sanitarias e entidades implicadas. Además, facilita la sensibilización e implicación de las direcciones asistenciales y gerencias en la relevancia e impacto que la investigación enfermera tiene en el cuidado de los/as pacientes,

Se espera que este proyecto conduzca a mejoras significativas tanto en la calidad como en la cantidad de investigaciones realizadas por enfermeros/as, aumentando el número de proyectos iniciados, liderados y completados, así como incrementando la publicación de estudios en revistas científicas de impacto.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



205

194 GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA TRAS UNA REVERSIÓN; RETOS DE CONVIVENCIA.

Palanques García, Rosa M^{a1}; Cano Montoro, José Gabriel¹; García López, Juan¹; Mora Gómez, Susana¹

¹ Hospital Universitario de Torrevieja

INTRODUCCIÓN

Abordaje de los desafíos surgidos cuando un servicio de salud, previamente externalizado retorna al control público, concretamente la reintegración del personal, la adecuación de las infraestructuras y la reconciliación de diferentes culturas organizacionales, todo ello con el objetivo de garantizar la calidad y continuidad de la atención sanitaria.

La relevancia del estudio se plantea debido a la escasa literatura que trata estos retos, a pesar de su gran impacto en la salud pública y satisfacción de los usuarios.

A través del análisis de datos y la revisión bibliográfica, buscamos identificar las mejores prácticas y factores clave para asegurar el éxito en la reversión de servicios. Su contribución se centra en proporcionar conocimiento útil para los gestores sanitarios, facilitando la planificación y ejecución de estos procesos.

El estudio subraya la importancia de identificar prácticas que promuevan una convivencia armónica entre las partes involucradas y garanticen la calidad y continuidad de los servicios sanitarios.

OBJETIVO

Analizar los desafíos en la gestión y planificación sanitaria durante la reversión de servicios sanitarios externalizados, con énfasis en la gestión de recursos humanos, analizando cómo las diferencias entre los regímenes jurídicos de los profesionales impactan en la convivencia, el clima laboral y la calidad asistencial.

MATERIAL

La hipótesis de la investigación es: ¿Cuáles son los desafíos en gestión de recursos humanos en la reversión de servicios sanitarios externalizados y qué medidas pueden facilitar la integración de personal de diferentes regímenes jurídicos?

El enfoque metodológico adoptado es mixto, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas mediante un diseño de investigación-acción. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas, como MeSH, DeCS, PubMed, Scopus y Google Scholar, enfocada en estudios recientes (2019-2024) de España y Europa, relacionados con la reversión de servicios sanitarios en contextos públicos.

Se seleccionó una muestra aleatoria multidisciplinar de 351 profesionales de un hospital de tercer nivel, revertido a gestión pública en 2021, a los que se les proporcionó una encuesta con 34 ítems, validada previamente. Las encuestas fueron realizadas durante el mes de agosto de 2024.

Análisis de datos mediante técnicas de codificación temática para los cualitativos y descriptivos para los cuantitativos. Se cumplieron todas las normativas éticas, incluyendo el consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

El análisis de los resultados de la encuesta identificó varios desafíos clave en el proceso de reversión de los servicios sanitarios.

El 66% reportó tensiones derivadas de las diferencias salariales y laborales entre el personal estatutario y laboral, lo que destaca la necesidad de políticas de equidad.

Un 63% señaló que la integración de nuevos profesionales en una plantilla interna estructurada genera tensiones, lo que subraya la importancia de una planificación gradual y adecuada gestión del cambio.

El 62% afirmaron que la reversión implica una pérdida temporal de eficiencia.

El 66% destacó que la calidad del servicio debe mantenerse como prioridad durante el proceso de reversión.

Un 78% valoró positivamente la promoción de canales de comunicación abiertos como herramienta esencial para reducir tensiones y mejorar la gestión.

CONCLUSIONES

El éxito de las reversiones depende de varios factores:

- Planificación rigurosa y gradual.
- Políticas de equidad laboral transparentes.
- Gestión proactiva del cambio que involucre a todo el personal.
- Creación de equipos mixtos y fortalecimiento de una cultura organizacional compartida fomentando el sentido de pertenencia.

- Asegurar la calidad y continuidad asistencial, junto con canales de comunicación efectivos, contribuye a reducir tensiones y garantizar la estabilidad del servicio.

Obstáculos que resolver:

- La necesidad de integración del personal.
- Valorar la resistencia al cambio.
- Abordar las desigualdades laborales de los diferentes regímenes jurídicos.

211 IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE PACIENTES Y SU IMPACTO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS DENTRO DE UN ENTORNO PROA

Burzaco Pérez, Miren Arantza¹; Burzaco Pérez, Miren Arantza²; Urrechaga Igartua, Eloísa³; Gallejones Eskubi, Janire⁴; Gamazo Del Río, Julio³; Goenaga Sánchez, Ángel⁵; Aguirre Larracoechea, Urko³

¹Osakidetza; ²Dirección General Osakidetza(Sudirección Atención Primaria); ³OSI Barrualde-Galdakao; ⁴Kronigune; ⁵OSI Donostialdea

INTRODUCCIÓN

La identificación del fenotipo de pacientes en el uso de recursos sanitarios dentro de un entorno PROA (Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos) implica caracterizar a los pacientes según variables clínicas, demográficas y biomarcadores que permitan optimizar la gestión de los recursos y personalizar las intervenciones terapéuticas. Este enfoque busca no solo mejorar la calidad asistencial, sino también reducir el consumo innecesario de antimicrobianos y prevenir complicaciones asociadas.

OBJETIVO

Identificar los perfiles de pacientes que impactan en la predicción del uso de recursos sanitarios (visitas a Urgencias, visitas a la consulta de Atención Primaria) dentro de un entorno PROA, a los 30 días después de haber sido diagnosticados.

MATERIAL

Estudio retrospectivo de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y diagnosticados de un conjunto de infecciones relevantes para el programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos. Se desarrollaron modelos de negativa binomial, cero-inflado binomial negativa y regresión logística para tal efecto. Los cálculos fueron realizados mediante el paquete estadístico R. Se asumió significación estadística cuando p-valor <0.05.

RESULTADOS

Entre los factores clínicos más destacados para predecir las visitas a Urgencias a los 30 días, se encuentran las infecciones urinarias y los problemas respiratorios, ambos con una alta significancia estadística. Además, niveles elevados de urea ($p < 0.001$) y proteína C reactiva (PCR) ($p < 0.001$) también se asociaron con un mayor riesgo de visitas a urgencias. Asimismo, el diagnóstico de sepsis ($p < 0.001$) y afecciones dermatológicas ($p < 0.001$) fueron identificados como predictores relevantes.

Respecto a las visitas a Atención Primaria, entre los factores clínicos, se destacó la disfunción respiratoria, con un Odds Ratio (OR) de 1.22 (IC 95%: 1.18-1.28), lo que indica un aumento significativo en la probabilidad de visitas a atención primaria en pacientes con esta condición. El consumo de antibióticos también mostró una asociación inversa (OR: 0.81, IC 95%: 0.78-0.85), mientras que la presencia de sepsis presentó un OR de 0.84 (IC 95%: 0.77-0.93), reflejando su impacto moderado en este contexto.

En cuanto a los factores demográficos, la edad avanzada categorizada por intervalos mostró asociaciones significativas, con OR crecientes según el grupo etario: para el segundo grupo etario (edad intermedia), el OR fue de 0.84 (IC 95%: 0.81-0.88), mientras que, para los pacientes mayores, el OR alcanzó 0.88 (IC 95%: 0.83-0.92).

Entre los biomarcadores, se identificaron como relevantes la relación neutrófilos/linfocitos elevada (OR: 1.39, IC 95%: 1.06-1.83) y niveles altos de procalcitonina (PCT) (OR: 0.87, IC 95%: 0.83-0.93). Adicionalmente, condiciones como infecciones por bacterias multirresistentes (OR: 0.67, IC 95%: 0.56-0.80) y niveles alterados de hemoglobina (OR: 0.76, IC 95%: 0.60-0.96) también mostraron relevancia estadística en la predicción de visitas a atención primaria.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que factores clínicos como sepsis, consumo de antibióticos, disfunciones orgánicas específicas y biomarcadores inflamatorios son predictores clave en las complicaciones hospitalarias estudiadas.

Estos hallazgos ofrecen información relevante para optimizar estrategias clínicas dirigidas a reducir complicaciones en pacientes hospitalizados mediante intervenciones específicas basadas en los factores identificados como más relevantes en cada resultado analizado. Además, los resultados resaltan la importancia de modelos predictivos personalizados que integren tanto variables generales como específicas para optimizar la prevención y manejo temprano de complicaciones hospitalarias.

En conclusión, la caracterización fenotípica dentro del entorno PROA no solo mejora la eficiencia del uso de antimicrobianos, sino que también contribuye a una atención más personalizada, reduciendo complicaciones y optimizando los recursos sanitarios disponibles.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****207**

213 IMPACTO DE LA FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN REGISTROS CLÍNICOS Y CODIFICACIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Liñán López, Manuel¹; García Rescalvo, María Angeles²; Castillo Portellano, Lucia Carmen²; Sola García, Miguel²; Sánchez Gila, María Del Mar²; Alhourdi Rodríguez, Amira²

¹ Servicio Andaluz Salud; ² Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

INTRODUCCIÓN De todos es sabido que la correcta codificación de un centro hospitalario deriva en una asignación presupuestaria adecuada para dar respuesta a las necesidades asistenciales.

Para ello es necesaria una visión holística que analice el recorrido del dato clínico generado a nivel asistencial, la captación y explotación adecuada de las bases de datos por parte del servicio de tecnologías de información, y finalmente la codificación por parte del servicio de Documentación Clínica.

OBJETIVO El objetivo principal de este estudio es evaluar el impacto de la formación en codificación médica en la calidad y eficiencia de los servicios prestados por un hospital. Se pretende determinar si la capacitación adecuada del personal en codificación mejora la precisión de los registros médicos, la gestión de datos, la toma de decisiones clínicas y la eficiencia operativa.

MATERIAL

Diseño de estudio: estudio cuasi-experimental de diseño longitudinal, en el cual se compara el desempeño de los servicios hospitalarios antes y después de la implementación de un programa de formación en codificación médica.

Personal: médicos, enfermeras y personal administrativo.

- Software de codificación médica CMBD
- Registros médicos electrónicos.
- Manuales y guías de codificación.

MÉTODO

- **Selección de participantes:** Se seleccionaron jefes de servicio, referente de área de Documentación Clínica del servicio, referente de servicio de tecnologías de información y subdirección médica y enfermería referente del servicio, los cuales participaron en el programa de formación en registro de datos y codificación médica.
- **Programa de formación:** El programa consistió en jornadas de 4 horas sobre principios y técnicas de codificación médica, incluyendo el uso de software de codificación y el manejo de registros médicos electrónicos.
- **Recopilación de datos:** Se recopilaban datos sobre la calidad de los registros médicos, la eficiencia en la gestión de datos y la toma de decisiones clínicas, antes y después de la formación.
- **Análisis de datos:** Se realizaron análisis estadísticos para comparar los indicadores de desempeño antes y después de la formación.

RESULTADOS

Los resultados del estudio revelaron mejoras significativas en varios aspectos de los servicios hospitalarios tras la implementación del programa de formación en codificación médica:

1. **Precisión de los registros médicos:** La formación en codificación médica resultó en una reducción del 25% en los errores de codificación, lo que mejoró la precisión y la integridad de los registros médicos. Se ha objetivado una codificación del 100% de todos los episodios de hospitalización, hospitales de día médico y quirúrgicos del centro.
2. **Gestión de datos:** Hubo un aumento del 30% en la eficiencia de la gestión de datos, lo que permitió una mejor organización y acceso a la información médica.
3. **Toma de decisiones clínicas:** Los datos precisos y bien codificados facilitaron una toma de decisiones más informada por parte del personal médico, mejorando la calidad de la atención al paciente.

CONCLUSIONES El estudio demuestra que la formación en codificación médica tiene un impacto positivo en la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios.

La capacitación adecuada del personal en técnicas de codificación no solo mejora la precisión de los registros médicos, sino que también optimiza la gestión de datos y facilita una toma de decisiones clínicas más efectiva.

Se recomienda la implementación continua de programas de formación en codificación para mantener y mejorar los estándares de atención en los hospitales.

221 IMPACTO DE LAS UNIDADES MÓVILES DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Alomar Casanovas, Toni¹; Alomar Casanovas, Albert¹; Alomar Casanovas, Gaspar¹; Alomar Casanovas, Laura¹; Esteban Hurtado, Angela¹

¹ Grup Alomar (Medalte Globe)

INTRODUCCIÓN Las unidades móviles de resonancia magnética (UMRM) han surgido como una estrategia eficiente para optimizar la capacidad diagnóstica en hospitales con limitaciones estructurales, periodos de alta demanda o renovación de equipamiento. Su uso ha permitido mantener la actividad asistencial sin requerir grandes inversiones en infraestructura. Sin embargo, la implementación de estas unidades plantea retos operativos y logísticos que requieren un análisis riguroso para valorar su eficacia en la gestión sanitaria.

OBJETIVO Evaluar el impacto de la implantación de UMRM en la gestión hospitalaria mediante el análisis de tiempos de instalación, integración con sistemas de información hospitalarios, calidad de imagen, incidencias operativas, reducción de listas de espera y percepción del personal sanitario y los pacientes.

MATERIAL

Se realizó un análisis retrospectivo de la implementación de UMRM en 32 hospitales de España entre diciembre de 2022 y diciembre de 2024. Se analizaron registros operativos y encuestas estructuradas dirigidas al personal sanitario. Se recogieron datos sobre tiempos de instalación, integración con los sistemas de información hospitalarios (presencia o ausencia de incidencias en la conexión con PACS y RIS), calidad de imagen (comparación con equipos fijos), tasa de incidencias operativas, reducción de listas de espera y satisfacción del personal sanitario (escala Likert de 1 a 5).

RESULTADOS

El tiempo medio de instalación fue de $1,2 \pm 0,4$ horas (mínimo 0,8 horas, máximo 2,5 horas), dependiendo de la infraestructura hospitalaria y disponibilidad de conexión eléctrica. La integración con los sistemas de información hospitalarios se realizó sin incidencias en el 100% de los casos, permitiendo que la UMRM operara como un equipo propio del centro. La calidad de imagen no presentó diferencias significativas con respecto a equipos fijos, manteniendo valores equiparables en relación señal-ruido y ausencia de artefactos clínicamente relevantes.

Hubo un total de 157 incidencias operativas, siendo la mayoría atribuibles a errores humanos en la conexión de antenas o posicionamiento del paciente (82%). Otras incidencias incluyeron fallos eléctricos transitorios (7%) y problemas de conectividad (5%). Se registró un único caso de fallo técnico en el equipo, que requirió el reemplazo de la UMRM en menos de 48 horas, asegurando la continuidad asistencial sin interrupciones significativas.

El tiempo medio de permanencia de la UMRM en los hospitales fue de $3,1 \pm 1,5$ meses (mínimo 4 semanas, máximo 36 meses). La reducción de listas de espera fue muy significativa, con una disminución media de 650 ± 320 pacientes por mes y por centro. En el caso más destacado, se logró reducir en dos meses una lista de espera de 1300 pacientes.

La satisfacción del personal sanitario obtuvo una puntuación media de $4,4 \pm 0,6$ en la escala Likert. Un 12% del personal reportó dificultades debido a la ubicación periférica de la unidad dentro del entorno hospitalario, lo que se mitigó con la instalación de contenedores anexos con sala de espera y baños.

CONCLUSIONES

Las UMRM han demostrado ser una herramienta eficaz en la gestión hospitalaria, permitiendo una reducción significativa de listas de espera y garantizando la continuidad asistencial en centros con limitaciones estructurales. Su rápida instalación, alta compatibilidad con los sistemas hospitalarios y baja incidencia de fallos técnicos validan su viabilidad como estrategia de optimización de recursos sanitarios. La experiencia operativa sugiere que el desarrollo de futuras UMRM en contenedores modulares permitiría mejorar la accesibilidad y la eficiencia operativa, optimizando la integración con la infraestructura hospitalaria y la experiencia del personal sanitario y los pacientes.

230 IMPACTO DEL PROGRAMA PATIENT BLOOD MANAGEMENT EN INDICADORES DE HISTERECTOMÍA 2020-2023

Ladrero Paños, Ignacio¹; Angulo Villanueva, Celia¹; Herranz Andrés, Pilar¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La gestión transfusional en cirugías es un factor determinante en la evolución de los pacientes, la morbilidad posoperatoria y los costes hospitalarios. El Patient Blood Management (PBM) es una estrategia multidisciplinaria basada en la evidencia, cuyo objetivo es optimizar el manejo de la sangre del paciente antes, durante y después de una intervención quirúrgica. Se centra en minimizar el uso de transfusiones innecesarias, mejorar la evolución posoperatoria y reducir complicaciones, costes y la demanda de hemoderivados. El PBM está recomendado diferentes organizaciones científicas debido a su impacto en la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes y puede asociarse a pérdidas sanguíneas significativas, especialmente en pacientes con factores de riesgo como miomas voluminosos, adenomiosis severa o cirugía complicada por adherencias. Sin una gestión adecuada, esto puede derivar en una alta tasa de transfusiones, con el consiguiente aumento de complicaciones como infecciones, reacciones transfusionales, inmunosupresión y trombosis. La implementación del PBM en histerectomías permite la reducción de la necesidad de transfusiones, la mejora en la recuperación del paciente, la optimización de recursos, la disminución de la morbilidad de las pacientes y la disminución de la estancia hospitalaria.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación progresiva de un programa PBM entre 2020 y 2023 sobre los indicadores perioperatorios en pacientes sometidas a histerectomía en un hospital terciario.

MATERIAL

Estudio observacional retrospectivo que analiza los indicadores de calidad en histerectomías durante cuatro períodos: pre-implementación (2020), fase inicial de implementación PBM (2021) y post-implementación completa (2022-2023). Se evaluaron las siguientes variables: tasa de transfusión, estancia hospitalaria, mortalidad, tratamiento intra y extraoperatorio, anemia preoperatoria y readmisiones, comparándolos con valores esperados y datos de otros centros.

RESULTADOS

La implementación del programa PBM ha mostrado un impacto significativo en los indicadores analizados. La tasa de transfusión experimentó una reducción drástica desde 8,5% en el período pre-PBM (2020) hasta 1,4-1,5% tras la implementación completa (2022-2023), situándose significativamente por debajo de la tasa esperada (3,4%) y de otros centros (4,2%).

El tratamiento perioperatorio de la anemia mostró un incremento notable: el tratamiento intraoperatorio aumentó de 0% en 2020 a 15% en 2023, mientras que el tratamiento fuera de quirófano se elevó de 0% a 64%, superando los estándares de otros hospitales.

La prevalencia de anemia preoperatoria disminuyó de 20% en el período pre-PBM a 11% en 2023, reflejando la efectividad de la detección y tratamiento precoz. La estancia hospitalaria se redujo progresivamente de 7,42 días en 2020 a 5,2 días en 2023.

La mortalidad mostró una tendencia favorable tras la implementación completa del programa, descendiendo desde 7,7% en 2021 hasta 1,7% en 2023, aproximándose a las tasas esperadas. Las readmisiones se mantuvieron estables en 5% durante 2022-2023, por debajo de lo estimado.

CONCLUSIONES

La implementación del PBM ha tenido un impacto positivo en la gestión transfusional y hospitalaria en histerectomías. Se ha observado una reducción en el uso de transfusiones, una disminución progresiva de la mortalidad y una mejora en la aplicación de estrategias intra y postoperatorias. Además, la estancia hospitalaria ha disminuido de forma significativa, lo que se traduce en un ahorro de costes y una optimización de recursos. Los resultados avalan la continuidad del programa, sugiriendo la necesidad de mantener estrategias de optimización para reducir aún más la estancia hospitalaria. Este estudio evidencia el valor de los programas PBM en la mejora de la calidad asistencial en cirugía ginecológica. Se recomienda implementar este programa en cirugías potencialmente sangrantes.

242 IMPLEMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA.

Bonafonte Marteles, José Luis¹

¹ Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La aplicación de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito sanitario está transformando los procesos clínicos y administrativos, optimizando tiempos y mejorando la eficiencia asistencial. En hospitales con alta carga asistencial, el acceso rápido a la información, la documentación clínica y la reducción del tiempo empleado en tareas burocráticas son factores clave para mejorar la calidad asistencial. Este trabajo presenta el desarrollo y evaluación de tres herramientas basadas en IA: un chatbot para la consulta rápida de protocolos clínicos, un sistema de reconocimiento de voz para la redacción automática de evolutivos y un generador automatizado de informes de alta. Estas soluciones buscan reducir tiempos de trabajo, minimizar errores y mejorar la accesibilidad a la información clínica.

OBJETIVO

Evaluar el impacto y la viabilidad de tres sistemas de IA en la optimización de procesos clínicos: acceso rápido a protocolos, transcripción automatizada de evolutivos y generación automática de informes de alta.

MATERIAL

Se está desarrollando un chatbot basado en IA que contiene 101 protocolos hospitalarios en formato PDF, con crecimiento progresivo. Se compara el tiempo de búsqueda tradicional (20 min) con el chatbot (2 min).

Para la transcripción automatizada de evolutivos, se propone el uso de un dispositivo con IA que convierta la información por voz a texto en la historia clínica. Actualmente, un evolutivo manual tarda 4 min, con un promedio de 15 evolutivos por día por médico. Se estima una reducción significativa del tiempo de registro y una minimización del riesgo de pérdida de información.

El sistema de generación de informes de alta mediante IA personalizable según médico y unidad permitirá reducir el tiempo actual de elaboración (30-60 min por informe, con 15-20 informes diarios en el hospital).

RESULTADOS

- **Chatbot de protocolos:** Reducción del tiempo de acceso de 20 min a 2 min.
- **Transcripción de evolutivos:** Eliminación del tiempo de redacción manual (4 min por evolutivo), optimizando el trabajo médico y reduciendo errores.
- **Generación de informes de alta:** Ahorro de hasta 50 min por informe, facilitando la carga administrativa.

CONCLUSIONES

1. La IA mejora la eficiencia y reduce el tiempo de tareas administrativas.
 2. La aplicación del chatbot optimiza la consulta de protocolos.
 3. La transcripción por voz puede mejorar la calidad del registro clínico.
 4. La generación automatizada de informes de alta reduce significativamente la carga burocrática.
- Se requiere validación en entorno real para confirmar el impacto en la práctica clínica.

253 IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DE UN EQUIPO TRIMODAL SPECT/CT/PET EN UN CENTRO EXTRAMETROPOLITANO: EFICIENCIA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Alomar Casanovas, Toni¹; Esteban Hurtado, Angela¹; Alomar Casanovas, Alberto¹; Danús, Mónica¹; Alomar Casanovas, Laura¹; Alomar Casanovas, Gaspar¹

¹ Grupo Alomar (Medalte Globe)

INTRODUCCIÓN

La medicina nuclear ha evolucionado significativamente con la incorporación de equipos multimodales que combinan diferentes técnicas de imagen en una misma unidad. En centros extrametropolitanos, donde el volumen de pacientes es menor y la disponibilidad de recursos es limitada, la implementación de un equipo **trimodal SPECT/CT/PET** representa una estrategia innovadora para optimizar la gestión sanitaria. La consolidación de estas modalidades en un único equipo permite reducir los costos operativos, mejorar la eficiencia del personal y garantizar la continuidad asistencial sin comprometer la calidad del servicio. Sin embargo, la implementación de este tipo de tecnología requiere una evaluación rigurosa de su viabilidad económica y operativa en comparación con la estructura convencional de equipos independientes.

OBJETIVO

Describir la experiencia en la implementación de un equipo **trimodal SPECT/CT/PET** en un centro extrametropolitano, enfatizando la eficiencia en la gestión de recursos, la optimización del uso del personal y la adaptabilidad del sistema para cubrir diversas necesidades asistenciales con potencial de crecimiento futuro, todo ello manteniendo la calidad del servicio y reduciendo costos.

MATERIAL

En septiembre de 2022 se instaló un equipo **trimodal** compuesto por una **gammacámara de doble cabezal**, un **PET** y un **CT** en un centro extrametropolitano. Se evaluaron el **coste de implementación**, la **facilidad y rapidez de los controles de calidad**, el **volumen de pacientes asumible**, las **incidencias técnicas**, la **gestión de recursos y personal**, así como el **índice de satisfacción** con los estudios realizados y la experiencia del paciente. Se compararon estos parámetros con un servicio de medicina nuclear tradicional con **equipos PET-CT y SPECT-CT independientes**.

RESULTADOS

El **coste de la instalación** se redujo en **un 35 %**, principalmente debido a la eliminación de la necesidad de una segunda sala y al uso compartido del CT para ambas modalidades. En cuanto a **controles de calidad**, no se encontraron diferencias significativas en **tiempo ni dificultad**, ya que se aplicaron los mismos procedimientos que en dos equipos separados. En términos de **gestión de recursos**, se implementó una única agenda para ambas modalidades y dos turnos de personal indistintamente del tipo de prueba a realizar. No se objetivaron diferencias en el **índice de satisfacción** de los especialistas en medicina nuclear ni de los médicos remitentes en comparación con un servicio convencional. Además, se analizó la posibilidad de **expansión del servicio**, demostrando que, ante un mayor volumen de pacientes, sería factible **separar el PET de la gammacámara** para aumentar la capacidad asistencial.

CONCLUSIONES

La implementación de un equipo **trimodal SPECT/CT/PET** permite una reducción significativa de costos y una optimización de la gestión de recursos en centros extrametropolitanos, donde el volumen de pacientes es menor. La consolidación de estas tecnologías en un único equipo garantiza la cobertura de las necesidades básicas de un servicio de medicina nuclear, manteniendo los estándares de calidad y con una **capacidad de expansión a un menor costo**. La integración de un sistema multimodal representa una solución eficiente y adaptable para mejorar la sostenibilidad de los servicios de diagnóstico por imagen en regiones con menor densidad poblacional.

256 IMPULSO DIGITAL A LA SIMULACIÓN CLÍNICA: ESTRATEGIAS DE MARKETING BASADAS EN DATOS EN IAVANTE

De Manuel Lorenzo, Miguel¹; De Manuel Lorenzo, Miguel¹; Carrillo-Atero, David¹; Romanos-Rodríguez, Armando¹; Hernández-Rubiño, Ángela¹

¹ IAVANTE. FPS. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

La transformación digital aplicada a la formación sanitaria exige estrategias de marketing basadas en datos para optimizar el engagement y la conversión de alumnos. En este contexto, IAVANTE, línea de formación y evaluación de competencias de la Fundación Progreso y Salud, ha reorientado su plan de marketing. La integración de herramientas analíticas permite conocer en detalle el comportamiento de los alumnos en la plataforma, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua de la oferta formativa.

OBJETIVO

Presentar el proyecto de optimización de la estrategia de marketing digital de la oferta formativa de IAVANTE mediante el uso de analíticas avanzadas y la integración con el sistema LMS, con el fin de mejorar la visibilidad, segmentar de forma personalizada la audiencia y maximizar la conversión de prospectos en alumnos activos.

MATERIAL

Para alcanzar estos objetivos se ha diseñado una metodología basada en tres pilares principales:

1. Uso de Google Analytics 4 para acciones formativas:

- **Scroll_depth**: Permite determinar si los alumnos leen el contenido de las lecciones.
- **Video_progress**: Mide el porcentaje de visualización de los videos formativos.
- **Button_click**: Rastrea los clics en botones clave, como "siguiente módulo" o "descargar material".
- **Form_submission**: Detecta cuándo se completan cuestionarios o exámenes.

2. Dashboards de Seguimiento en Google Looker Studio.

- Se han configurado paneles interactivos que ofrecen información en tiempo real sobre:
- Alumnos inscritos versus alumnos activos.
 - Módulos más y menos completados.
 - Tasa de abandono en cada etapa del curso.
 - Tiempo medio de finalización de cada curso.

3. Integración con el LMS de IAVANTE.

En caso de que la plataforma de formación permita la integración con Analytics, se ha previsto:

- Enlazar los datos de progreso de los alumnos con GA4.
- Obtener informes detallados sobre el engagement de los usuarios.
- Automatizar notificaciones para alumnos inactivos o que no completaron el curso.

RESULTADOS

La aplicación de esta estrategia facilitará:

1. En el ámbito relativo al comportamiento de los alumnos:

- Identificación de patrones de uso en la plataforma.
- Detección de puntos críticos en los que los alumnos abandonan el curso.
- Medición precisa del engagement en cada módulo.

2. Respecto a la optimización de la tasa de finalización de cursos:

- Identificación de factores que influyen en el abandono.
- Implementación de mejoras en la estructura del curso basadas en datos analíticos.

3. Acerca de la mejora en la segmentación y personalización de la oferta formativa:

- Creación de perfiles de usuario según la categoría profesional.
- Optimización de campañas de captación mediante audiencias personalizadas.

4. Con relación al análisis del impacto de los distintos canales de difusión:

- Determinación de los canales más efectivos para atraer alumnos (SEO, redes sociales, email marketing, publicidad pagada, etc.).
- Ajuste de la inversión en marketing digital para maximizar las conversiones.

5. En cuanto a la automatización del seguimiento y generación de informes en tiempo real:

- Desarrollo de dashboards interactivos con datos actualizados.
- Acceso rápido a indicadores clave para la toma de decisiones estratégicas.

CONCLUSIONES

La reorientación del plan de marketing digital, fundamentada en el uso de Google Analytics 4, dashboards en Looker Studio y la integración con el LMS, permitirá a IAVANTE obtener una visión detallada del comportamiento de los alumnos. Esto facilitará la identificación de áreas de mejora, la optimización de la estructura de los cursos y la personalización de la oferta formativa. Además, esta propuesta generará valor productivo en cuanto a la mejora de la eficiencia del gasto en formación, del tal forma que mejorará la capacidad para tomar decisiones en cuanto a la asignación de recursos públicos para la formación. En definitiva, esta estrategia basada en analíticas avanzadas se posicionará como un elemento diferenciador para potenciar la formación sanitaria y responder de manera efectiva a las demandas del entorno digital.

257 INCA: PARA UNA SALUD INTEGRAL DE LOS PACIENTES MULTIMÓRBIDOS

Davins Riu, Meritxell¹; Cano Izquierdo, Mireia³; Echeverría, Patricia⁴; Ruiz Serrats, Jose María⁵; Martín Colet, Laura⁵; Alemay Carro, Marta⁶

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ³Hospital Germans Trias i Pujol. Grup INEDIT, IGTP; ⁴Hospital Germans Trias i Pujol. Fundació Lluita contra les infeccions; ⁵Doole Health; ⁶Grup INEDIT, IGTP

INTRODUCCIÓN

El aumento de la multimorbilidad en Europa, vinculado al envejecimiento de la población, ha puesto de manifiesto las limitaciones de los sistemas sanitarios tradicionales para atender a pacientes con múltiples enfermedades crónicas. La fragmentación de la atención sanitaria dificulta una gestión eficiente de estos pacientes, provocando descoordinación entre niveles asistenciales, retrasos en la respuesta del sistema y un aumento de los costes sanitarios, con un impacto negativo en la calidad asistencial y en los resultados de salud.

La falta de integración entre servicios genera errores, duplicidades y deficiencias en la atención, afectando especialmente a los pacientes multimórbidos (PMM), que requieren un enfoque asistencial coordinado, continuo e interdisciplinario.

Para abordar este problema, el proyecto **INCA (Integrated Care)**, desarrollado en el marco europeo **CareMatrix**, propone un modelo de atención integrada centrado en la coordinación asistencial, la comunicación eficaz entre profesionales y un enfoque preventivo y proactivo en la gestión de la multimorbilidad.

OBJETIVO

Los objetivos de **INCA** son:

1. **Reducir la fragmentación del sistema sanitario**, mejorando la coordinación asistencial.
2. **Optimizar la comunicación entre profesionales sanitarios** para minimizar errores y mejorar la continuidad del cuidado.
3. **Fomentar un enfoque de atención preventiva, anticipativa y participativa**, evitando descompensaciones y reduciendo hospitalizaciones evitables.

MATERIAL

Para el desarrollo de **INCA**, se conformó un **consorcio multidisciplinario e internacional** compuesto por **dos organizaciones sanitarias, dos universidades y una empresa tecnológica**. El proyecto se enmarcó en el programa **CareMatrix**, una iniciativa de contratación precomercial (PCP) que fomenta la innovación en modelos de atención sanitaria.

El desarrollo de **INCA** siguió metodologías **ágiles** y de **Design Thinking**, organizadas en **sprints iterativos**. Las principales fases del proyecto incluyeron:

1. **Revisión de la literatura científica**.
2. **Sesiones de brainstorming** con expertos, pacientes y cuidadores para identificar necesidades y definir soluciones.
3. **Diseño de un producto mínimo viable (MVP)**.
4. **Validación del MVP mediante focus groups** con pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios para garantizar su usabilidad y eficacia.

RESULTADOS

Se desarrollaron dos herramientas tecnológicas complementarias:

1. **Una plataforma para profesionales sanitarios**, estructurada en cinco bloques funcionales que pueden utilizarse de manera independiente o combinada.
2. **Una aplicación para pacientes y cuidadores**, diseñada para mejorar la comunicación y facilitar la autogestión del paciente.

Componentes clave de la plataforma INCA para profesionales

- **Bloque 1: Evaluación precoz y estratificación del riesgo**
 - Implementación de un sistema de **identificación de pacientes PMM** mediante algoritmos inteligentes.
 - Uso de **INCA Express e INCA Complex**, cuestionarios que permiten una estratificación precisa para definir necesidades reales.
- **Bloque 2: Coordinación interdisciplinaria**
 - Creación de un **sistema interoperable** que facilita la comunicación entre atención primaria, hospitalaria, salud mental y servicios sociales.
- **Bloque 3: Planes de atención individualizados y soporte a la toma de decisiones clínicas**
 - Implementación de un **módulo de telemedicina** y consulta remota con recursos educativos.
 - Desarrollo de un sistema de **análisis de datos clínicos** para detectar patrones de riesgo.
 - **Herramienta de conciliación terapéutica**
- **Bloque 4: Continuidad asistencial y seguimiento activo**
 - Creación del **Centro de Coordinación Multidisciplinar (CMA)** para el seguimiento y la coordinación de los PMM.
- **Bloque 5: Empoderamiento del paciente y los cuidadores**
 - Desarrollo de **herramientas de autogestión** (app) con establecimiento de objetivos de salud personalizados y gamificación con un coach con inteligencia artificial para maximizar la adherencia.
 - Creación de una **plataforma comunitaria de apoyo a cuidadores**

CONCLUSIONES

El desarrollo de **INCA** representa un **avance clave en la gestión de la multimorbilidad**, proporcionando una solución modular, escalable e interoperable que permite **reducir la fragmentación del sistema sanitario, mejorar la coordinación asistencial y empoderar a los pacientes en la gestión de su salud**.

259 INDICACIÓN ENFERMERA EN EL HOSPITAL: OPTIMIZANDO LA GESTIÓN Y EL VALOR ASISTENCIAL.

Ramos Acosta, Álvaro¹; González Menéndez, Faustino¹; Lázaro Otero, María Mercedes¹; Herrero López, Selma¹; Pelayo Alonso, Raquel¹; Collantes Hernández, María¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios avanzan hacia modelos de atención más eficientes, seguros y sostenibles. En este contexto, la indicación enfermera (IE) ha demostrado ser una estrategia clave para mejorar la gestión hospitalaria, permitiendo a los profesionales de enfermería realizar indicaciones dentro de su ámbito competencial y favoreciendo la accesibilidad a los cuidados. Su implementación ha supuesto un cambio en la dinámica hospitalaria, impulsando la autonomía profesional y optimizando la continuidad asistencial. La integración de la IE en los sistemas de prescripción electrónica ha permitido una gestión más ágil y segura, asegurando la trazabilidad de cada indicación y mejorando la eficiencia en el uso de recursos sanitarios.

OBJETIVO

Examinar el impacto de la IE en la gestión hospitalaria, incidiendo en la optimización de recursos, el acceso a productos sanitarios y la mejora de la atención al paciente.

MATERIAL

Estudio observacional retrospectivo. Se analiza la evolución de la IE mediante el sistema de receta electrónica y Programa de Formación. Análisis de datos con Power BI. Variables estudiadas: número de indicaciones realizadas, número de pacientes con IE, número de profesionales formados y tipo de productos sanitarios indicados.

Previo a su implantación, se realizó un pilotaje en Consultas de enfermería con alto nivel de autonomía y susceptible de alta usabilidad de IE.

Itinerario formativo de formato mixto. 2 actividades formativas online (11 horas) y 1 taller presencial de 2 horas.

RESULTADOS

Se realizaron 25 talleres presenciales (junio, octubre y diciembre). Total de profesionales con itinerario finalizado: 261. Pendientes de taller: 29

Se han registrado 809 indicaciones enfermeras. En cuanto a la participación profesional, 198 enfermeros/as han realizado indicaciones dentro del hospital, consolidando su papel en la gestión asistencial.

El análisis de los productos indicados revela que los apósitos y el material de curas, así como de productos relacionados con ostomías, han sido los más demandados, facilitando un acceso más rápido a estos recursos esenciales en el tratamiento de heridas y úlceras.

Las encuestas de satisfacción reflejan una percepción positiva del modelo:

- 94% de los enfermeros consideran que la indicación enfermera ha mejorado la calidad asistencial.
- 87% de los profesionales sanitarios valoran positivamente la optimización de tiempos y la accesibilidad a los tratamientos.
- 89% de los pacientes perciben una mayor agilidad en la atención.

Desde el punto de vista de gestión hospitalaria, reducción del 16% en la necesidad de hospitalización prolongada en pacientes con indicaciones previas de enfermería.

CONCLUSIONES

La IE ha demostrado ser una estrategia innovadora en la gestión sanitaria, fortaleciendo la autonomía del personal de enfermería y mejorando la eficiencia del sistema. Su implantación ha permitido optimizar tiempos asistenciales, mejorar la accesibilidad a tratamientos esenciales y garantizar una mayor seguridad para el paciente.

Desde la perspectiva hospitalaria, este modelo ha resultado ser una herramienta eficaz para la optimización de recursos, la reducción de hospitalizaciones innecesarias y la mejora de la coordinación asistencial. Su expansión progresiva permite avanzar hacia un sistema sanitario más sostenible y centrado en la calidad de la atención.

262 INGRESOS ECTÓPICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: CARACTERÍSTICAS, FACTORES Y EFECTOS ASISTENCIALES

Molina Pérez, Cocepción¹; Núñez Masid, Eloina²; Librero López, Julian³; Eransus Garzarón, María¹; Auzmendi Alustiza, Iñaki¹; Petrina Jauregui, M^a Estrella¹

¹Hospital Universitario de Navarra; ²Xunta de Galicia; ³NavarraBiomed

INTRODUCCIÓN

Existen publicaciones que examinan las características, factores y efectos asistenciales del ingreso ectópico. No obstante, resulta difícil analizar y comparar este fenómeno en los hospitales. Por una parte, el ingreso ectópico varía de forma constante y es multifactorial. Por otra, los estudios realizados utilizan metodología de investigación diversa.

OBJETIVO

Describir las características de los episodios de ingreso generados en unidades de hospitalización convencional, por indicación del Servicio de Urgencias Generales de un hospital terciario de la red sanitaria pública española, durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2022 y el 30 de junio de 2023, según su distribución por tipo de ingreso (ingreso no ectópico y ectópico).

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, trasversal, con recogida de datos retrospectiva, de una serie temporal de 1 año de duración.

Se incluyeron en el estudio los episodios de ingreso generados en unidades de hospitalización convencional por orden del Servicio de Urgencias Generales, de personas de 15 o más años.

Para describir las características de la muestra se analizaron como variable independiente el tipo de ingreso (ectópico-no ectópico), como variables dependientes las características demográficas de los pacientes y las características de los episodios clínicos y asistenciales y como variables de resultado, la estancia, la presencia de complicaciones, el reingreso y la mortalidad intrahospitalarios.

Para el contraste en las distribuciones se aplicó el test de chi cuadrado para variables categóricas y la t de Student para las variables continuas o de intervalo.

Para variables no normales, como duración de estancia, se realizaron transformaciones logarítmicas.

Una $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

La proporción de ingreso ectópico en el HUN es muy superior al reportado en otros artículos e induce a plantear la necesidad de redistribuir el mapa de camas actualmente existente en el HUN, para mejorar la calidad de gestión de camas.

La distribución de los episodios de ingreso es semejante para ingreso ectópico y no ectópico por edad, género, prioridad de atención asignada en triaje, tiempo promedio de permanencia en urgencias y espera en urgencias.

El mayor número de ingresos se registra en el periodo final de otoño-invierno y el menor, en el periodo verano- principio de otoño, excluyendo el mes de julio. Este fenómeno puede tener relación con la circulación de virus respiratorios en la temporada 2022-2023.

Las "enfermedades misceláneas, signos y síntomas de aparato respiratorio" y la "enfermedad obstructiva crónica" se sitúan entre los 5 APR-GRD más frecuentes para ambos grupos.

Los turnos y días de la semana con mayor riesgo de ingreso ectópico son los turnos de tarde y noche y los domingo y lunes. Se aprecia un efecto protector frente al ingreso ectópico en los ingresos realizados en jueves y en los meses de junio y octubre.

La estancia hospitalaria es significativamente menor en los episodios de ingreso ectópico para los rangos de edad comprendidos entre 44 a 59 años y entre 74 a 90. No obstante, aumenta significativamente en el intervalo de edad entre 59 y 74 años.

La probabilidad de presentar complicaciones es menor para los ingresos ectópicos, aunque sin significación estadística.

Se observa mayor probabilidad de reingreso, sin significación estadística, para los ingresos ectópicos.

El riesgo de mortalidad es significativamente mayor para los episodios de ingreso ectópico durante el ingreso y dentro de los 7 y los 30 días posteriores al alta.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio proporcionan una base para el conocimiento del fenómeno analizado. Sin embargo, el ingreso ectópico varía de forma constante y es multifactorial. Continuar investigando en esta línea para profundizar en las características, factores y efectos asistenciales de los ingresos ectópicos permitirá una visión más completa y fundamentada del tema.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****216**

266 INNOVACIÓN EN LA ACCESIBILIDAD DE LISTAS DE ESPERA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA CON VISIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Espejo Mambié, Moisés David; Martínez Idarreta, Regina¹; García, María Alejandra¹; Pérez Urkia, Aintzane¹; Duarte Mendoza, Juan Fernando²; Vital Corres, Jon²

¹Asuncion Klinika; ²TRAK

INTRODUCCIÓN

La pandemia ha resaltado vulnerabilidades significativas en la accesibilidad a servicios de salud, impactando profundamente a la sociedad. Posterior a este evento extraordinario, se han arrastrado múltiples problemas en la accesibilidad a los diferentes servicios sanitarios. Para abordar estos retos, especialmente en la medicina física y rehabilitación que requiere continuidad en la atención, se ha diseñado e implementado una herramienta innovadora de telerrehabilitación que incorpora tecnologías de visión e inteligencia artificial.

OBJETIVO

Mejorar la accesibilidad y eficiencia de los servicios de rehabilitación en momentos críticos y en la gestión cotidiana, asegurando la continuidad y calidad de la atención a pacientes que requieren terapia física.

MATERIAL

Se utilizó una plataforma de telerrehabilitación en un hospital comarcal para la atención de patologías que demandan ejercicios domiciliarios. El pilotaje inicial en 2024 involucró a un fisioterapeuta entrenado en el uso de esta tecnología. Durante este período, se estructuraron 763 sesiones de rehabilitación, un número significativamente mayor comparado con las menos de 400 sesiones que habría podido gestionar un fisioterapeuta presencial, representando un incremento del 90.75% en la capacidad de atención. Se evaluaron los resultados de la terapia mediante escalas de reducción del dolor (EVA) y escalas de valoración de calidad de vida percibida por el paciente.

RESULTADOS

El proyecto demostró una notable mejora en la gestión del servicio de rehabilitación. Con la ampliación a dos fisioterapeutas en 2025, se logró reducir los tiempos de espera para acceder a terapias en un 48.9%, optimizando así el uso de los recursos del hospital, como los gimnasios de rehabilitación. Esta mejora en la eficiencia operativa se logró sin sacrificar la calidad de la atención ni la satisfacción del paciente. Con reducciones significativas de EVA y mejoras en las escalas de calidad de vida percibidas por el paciente.

CONCLUSIONES

La implementación de la plataforma de telerrehabilitación ha sido decisiva para superar las limitaciones impuestas por la pandemia, mejorando significativamente la accesibilidad a terapias esenciales. Esta tecnología no solo ha permitido mantener la continuidad y calidad de la atención durante un período crítico, sino que también ha establecido un modelo sostenible y eficiente para el futuro de la gestión en servicios de rehabilitación. Los resultados sugieren que la integración de tecnologías avanzadas en la práctica médica diaria puede ser una solución robusta para enfrentar desafíos tanto actuales como futuros en la atención sanitaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



217

267 INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA: IMPLEMENTACIÓN E IMPACTO DEL NURSING RESEARCH CHALLENGE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

López López, Luis Mariano¹; Lazaro Otero, Mercedes²; González Menéndez, Faustino²; Valverde Sanjuan, Gema²; Ibañez Rementería, Isabel²; Rodríguez González, Laro²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ²Hospital Marques de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La investigación en enfermería (IE) es clave para mejorar la calidad asistencial, impulsar la práctica basada en evidencia y favorecer el desarrollo profesional. Sin embargo, enfrenta barreras como la falta de apoyo y recursos. Para superarlas, surge Nursing Research Challenge (NRC), un proyecto de innovación en gestión que, mediante 43 acciones en seis ejes estratégicos, fortalece la IE en organizaciones sanitarias y sociosanitarias, proporcionando un marco para consolidar su desarrollo.

OBJETIVO

Analizar la implementación y el impacto a medio plazo del proyecto NRC en un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL

Estudio descriptivo longitudinal de corte analítico, es un hospital universitario de tercer nivel, adherido al proyecto NRC en la convocatoria 2023 de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE). El centro contaba con una Unidad de apoyo a la Investigación de Enfermería (UAIE) desde 2013, con un enfermero doctor y un apoyo administrativo, integrado en un área de gestión del conocimiento; con una estrategia de fomento de la IE de 4 ejes: liderazgo estratégico, formación, investigación, transferencia e innovación. Se seleccionaron 2 acciones a implementar por eje estratégico (EE) del NRC, que complementasen la estrategia de la UAIE:

- EE1 Detección del talento: potenciar figuras enfermeras consultoras/ referentes. Crear líneas de investigación dentro de las Unidades Docentes.
- EE2 Formación: aumentar la formación continuada en metodología de investigación de forma multidisciplinar. Establecer y favorecer/facilitar el acceso a un archivo de recursos disponibles.
- EE3 Difusión del conocimiento: crear un repositorio web, donde poder consultar los proyectos de investigación (PI). Desarrollar jornadas de intercambio.
- EE4 Fomentar la investigación enfermera: establecer foros de interrelación con investigadores/as y potenciar la generación de proyectos Bottom up.
- EE5 Recursos destinados al fomento de la investigación en enfermería: ofertar liberaciones (parcial o total) y creación de plazas vinculadas (asistenciales y académicas).
- EE6 Traslación de los RESULTADOS identificar necesidades de investigación en la evaluación de la práctica asistencial e Impulsar la traslación a la práctica clínica de los resultados de la investigación e innovación.

Se monitorizó la implementación de las acciones y para determinar el impacto se evaluaron indicadores clave de producción científica por anualidad: 2022 (T0), 2023 (T1) y 2024 (T2). Para determinar si hubo cambios estadísticamente significativos entre periodos se realizaron los test ANOVA de un factor y T d Student.

RESULTADOS

Grado implementación acciones: global 50% finalizado, 50% en desarrollo. EE1 50% finalizado, 50% en desarrollo; EE2 100% finalizado; EE3 50% finalizado, 50% en desarrollo; EE4 100% en desarrollo; EE5 50% finalizado, 50% en desarrollo; EE6 50% finalizado, 50% en desarrollo.

Impacto en la producción científica: número de artículos T0 66, T1 53, T2 57 (p=ns). Porcentaje de artículos primer firmante enfermera (PFE) T0 67%, T1 57%, T2 45,6% (p=ns). Impacto JCR acumulado T0 172,27, T1 106,8; T2 no disponible hasta junio 2025 (p<0,001). Número PI iniciados T0 6, T1 28, T2 17 (p=ns). Porcentaje PI PFE T0 67%, T1 54%, T2 52,94%. Porcentaje PI financiados T0 67%, T1 54%; T2 52,94% (p<0,001). Financiación acumulada PI T0 27.300€, T1 1174.635,71€, T2 279.500€ (p=ns).

CONCLUSIONES

La implementación del NRC ha fortalecido la IE, con un 50% de acciones finalizadas. La producción científica se ha mantenido estable, aunque el porcentaje de artículos con enfermeras como primer firmante ha disminuido, incrementándose la participación en proyectos multidisciplinarios. Se detectaron descensos significativos en el impacto JCR (a expensas de conocer el JCR de 2024) y la financiación acumulada de proyectos entre T1 y T2. Se espera aumentar la producción de artículos en los próximos 2 años como consecuencia del gran incremento de proyectos en el T1.

270 INNOVACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN EN LA EXPLOTACIÓN DE DATOS DE ENFERMERÍA CON HERRAMIENTAS BÁSICAS

Cañizares Sánchez, Rubén¹; Rubio Gil, Francisco Javier¹; Cortes Pinilla, Rosa María¹; Corral Pedraz, Olga María¹; Rodríguez Calderón, Montserrat¹; Sánchez Romero, Verónica¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

En el contexto hospitalario, la gestión eficiente de la información es fundamental para la toma de decisiones y la mejora de la calidad asistencial. Sin embargo, la ausencia de herramientas avanzadas para la explotación de datos en enfermería, como los PowerBI, limita el análisis y la optimización de los procesos clínicos.

Este estudio presenta un enfoque innovador basado en la automatización y explotación de los datos de Gacela, utilizando herramientas básicas que permiten transformar la información en conocimiento útil para la gestión sanitaria.

OBJETIVO

Desarrollar un sistema de visualización y análisis de datos hospitalarios basado en la automatización de datos de registro de Gacela, que facilite la medición de indicadores clave, benchmarking y optimización de recursos en el ámbito de enfermería.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional y descriptivo con un enfoque cuantitativo, basado en la recopilación y análisis de datos hospitalarios extraídos de la plataforma Gacela.

Se diseñó una herramienta similar a Power BI, con aplicaciones básicas de Microsoft, adaptada a las necesidades de enfermería, permitiendo la estructuración y exploración de grandes volúmenes de datos.

Para ello, se emplearon técnicas de análisis estadístico y visualización dinámica de información, facilitando la generación de informes personalizados. La muestra estuvo compuesta por registros clínicos anonimizados de distintas unidades hospitalarias, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de normativas éticas y de protección de datos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos demuestran que la automatización de los datos de Gacela no solo reduce la carga administrativa de su gestión, sino que también proporciona una visión integral del desempeño hospitalario. La capacidad de generar informes facilita la identificación de tendencias y fortalece la toma de decisiones basadas en evidencia.

CONCLUSIONES

La incorporación de herramientas de análisis de datos en el ámbito de enfermería representa un avance significativo en la gestión de la información hospitalaria. Esta tecnología permite una atención más eficiente y segura para los pacientes, mejorando la calidad asistencial y optimizando los recursos disponibles y la toma de decisiones por parte de la Dirección.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



219

277 INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE PACIENTES CANDIDATOS A ENSAYOS CLÍNICOS

Castillo Portellano, Lucía¹; Muñoz Sánchez, Carmen²; Moreno Aguilar, Rosario²; Villegas Calvo, Mercedes²; Liñán López, Manuel²; García Rescalvo, María De Los Ángeles²

¹ Hospital Virgen de las Nieves Granada

INTRODUCCIÓN

La selección de pacientes para ensayos clínicos es clave en la investigación biomédica. En la mayoría de los hospitales, este proceso es manual, requiere la revisión de historias clínicas y depende de la disponibilidad de recursos humanos. Esto provoca retrasos y desigualdad en el acceso a tratamientos innovadores.

La inteligencia artificial (IA) aplicada al análisis de la historia clínica electrónica (HCE) puede mejorar la eficiencia en la identificación de candidatos a ensayos. Este trabajo presenta el desarrollo de una herramienta de IA diseñada para detectar de manera automática pacientes elegibles en diferentes especialidades médicas.

OBJETIVO

Desarrollar una herramienta de IA integrada en la HCE para la identificación automatizada de pacientes candidatos a ensayos clínicos. Evaluar su impacto en la reducción del tiempo de cribado y en la equidad del acceso a la investigación clínica.

MATERIAL

Se ha diseñado un proyecto de desarrollo tecnológico en un hospital de tercer nivel, con la participación de especialistas de oncología, hematología, enfermedades infecciosas, neurología, cardiología, neumología, reumatología, dermatología y farmacia hospitalaria.

Fases del desarrollo

- 1. Definición de criterios clínicos.** Se identificaron variables clínicas y demográficas relevantes.
- 2. Diseño de arquitectura.** Se desarrolló un sistema interoperable con conexión HL7 FHIR a la HCE.
- 3. Desarrollo de IA.** Se implementaron modelos de aprendizaje automático entrenados con datos anonimizados. Se optimizaron los algoritmos para reconocer patrones clínicos compatibles con criterios de inclusión en ensayos activos.
- 4. Integración con bases de datos.** Se conectó la herramienta a plataformas nacionales e internacionales para actualizar automáticamente los criterios de selección.
- 5. Generación de alertas.** Se diseñó un sistema de notificaciones automáticas para investigadores y unidades de ensayos clínicos.

Población objetivo: Pacientes de especialidades con alta carga investigadora.

Evaluación:

- **Tasa de detección de pacientes candidatos** (IC 95%)
- **Tiempo medio de cribado manual vs. IA** (IC 95%)
- **Eficiencia administrativa** (IC 95%)
- **Satisfacción de los investigadores** (escala Likert 1-5)
- **Concordancia entre IA y cribado manual** (índice Kappa)

RESULTADOS

El proyecto se encuentra en fase de desarrollo. Se han realizado pruebas preliminares con datos anonimizados.

- La IA ha reducido el tiempo de cribado en un **40%** (IC 95%) respecto al cribado manual.
- Se ha logrado un **cribado sistemático** que evita sesgos en la selección de pacientes.
- La integración con bases de datos de ensayos clínicos está en fase avanzada.
- La adaptación de los modelos de IA a diferentes especialidades ha mostrado una **alta aplicabilidad** en diversas áreas médicas.
- La concordancia entre IA y cribado manual es **alta** (índice Kappa >0,8).

CONCLUSIONES

- La IA mejora la eficiencia en la identificación de candidatos a ensayos clínicos.
- La automatización reduce la carga de trabajo del personal investigador.
- El cribado sistemático permite un acceso más equitativo a los ensayos clínicos.
- El modelo es escalable y adaptable a diferentes especialidades médicas.
- La colaboración entre profesionales clínicos y tecnológicos es clave para el éxito del proyecto.

290 LA INTRANET COMO BALUARTE DE CONOCIMIENTO

López Díaz, Jorge¹

¹Hospital Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La correcta gestión del conocimiento es un pilar fundamental para el sostén de la organización y para mantener y mejorar los niveles de calidad en la prestación asistencial, de tal modo que no solo resulte más segura con respecto al paciente, sino también más eficiente y, por lo tanto, más sostenible su actividad.

La intranet puede y debe ser el punto de referencia para acceder y consultar el conocimiento acumulado por los profesionales de la organización a lo largo de toda su historia, evitando la repetición de errores, la duplicidad de esfuerzos y favoreciendo la evolución constante en los métodos y materiales empleados para la realización de la actividad asistencial y de gestión.

OBJETIVO

Confirmar si la organización sanitaria dispone en la intranet de información suficiente para facilitar la prestación asistencial, el aprendizaje personal, la trazabilidad de proyectos y la consolidación de conocimiento.

MATERIAL

Se cuenta con un sistema informático de gestión de contenidos, con un procedimiento de publicación de contenidos, con un manual de estilo y con una estructura organizativa y de publicación de tales contenidos que facilite tanto su redacción como su consulta.

El método consiste en la revisión de la adecuación de tal estructura de publicación, del número de documentos publicados y del número de consultas de esos documentos durante un período de varios meses.

RESULTADOS

Hay más de 1750 artículos creados en la web, de los cuales, el 42% se han publicado o modificado hace menos de un año (feb 2025).

En cuanto a los documentos, de un total de 5326, el 17% se ha publicado o modificado hace menos de un año.

PÁGINA	USUARIOS	VISITAS
Buscador	26.599	103.085
ArriDoc	3.773	14.390
eAdministración	4.242	6.281
Docencia	3.161	6.221
Formación	2.738	4.765
Investigación	1.848	4.019
Residentes	2.365	3.300
Calidad	1.120	2.589

El análisis permite concluir que:

- La intranet cuenta con una correcta estructuración de los contenidos.
- El número de publicaciones y su calidad es adecuado.
- El uso y consulta de las informaciones incluidas muestra un uso sostenido en el tiempo.
- La plataforma admite mejoras y necesita corregir ciertas deficiencias tanto para publicar como para consultar, por ejemplo, en el buscador.

CONCLUSIONES

Queda demostrado lo acertado del uso de la intranet como fuente central de conocimiento, así como la enorme potencialidad de una plataforma de estas características que incorpore herramientas basadas en IA que amplíen las posibilidades de consulta, como chatbots sobre documentos contenidos en la plataforma, compilación de datos e informaciones y sintetización de informaciones.

También se pone de manifiesto la necesidad de una inversión sostenida en recursos, personales y económicos, en la coordinación y gestión de la publicación de contenidos que permita seguir ampliando todas estas capacidades, lo que redundará aún más en los pacientes y profesionales.

291 LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA, IMPULSADAS POR UNA FUNDACIÓN HOSPITALARIA, COMO MOTORES DEL CRECIMIENTO PROFESIONAL Y ORGANIZATIVO. IMPACTO EN LA FORMACIÓN MIR

Giménez Pérez, Rafael¹; Arnal Vicente, Emma²; Giménez Caballero, Nuria³

¹ Director Médico Corporativo IMED Hospitales; ² IMED Hospitales; ³ Hospital de Manises

INTRODUCCIÓN

La mejora continua en la calidad asistencial y la eficiencia hospitalaria dependen, en gran medida, de la formación y la capacidad investigadora de los profesionales sanitarios. En este contexto, la presencia de una fundación vinculada a la estructura hospitalaria permite articular y fortalecer estrategias que fomentan la docencia y la investigación. Estas entidades actúan como facilitadoras de recursos, impulsoras de proyectos innovadores y catalizadoras de alianzas estratégicas con otras instituciones académicas y científicas. Además, la disponibilidad de plazas MIR en el hospital desempeña un papel clave en la transmisión del conocimiento y en la consolidación de una cultura de aprendizaje e innovación.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la investigación y la docencia en el crecimiento profesional del personal médico y en la evolución organizativa del hospital, destacando el papel de una fundación hospitalaria y la formación de médicos internos residentes como elementos dinamizadores de estas actividades.

MATERIAL

Analizaremos dos ejes principales:

1. Crecimiento y Desarrollo de la Fundación Hospitalaria

- Evaluación del papel de la fundación en el aumento de la financiación para proyectos de investigación y docencia.
- Análisis de la colaboración con universidades y centros de investigación para impulsar programas formativos y líneas de investigación.
- Impacto de la fundación en la atracción de talento y en la generación de sinergias con el sector sanitario y tecnológico.

2. Impacto de las Plazas MIR en la Actividad Docente e Investigadora

- Analizar el impacto de las plazas MIR y la actividad investigadora en el hospital.
- Contribución de los MIR en la generación de publicaciones científicas y en la participación en ensayos clínicos.
- Influencia de la formación MIR en la retención de profesionales en el hospital y en la mejora de la calidad asistencial.

RESULTADOS

Los hospitales con una fundación activa y una oferta estructurada de plazas MIR ven impulsados a sus profesionales a una formación activa y en movimiento teniendo como consecuencia directa el aumento en el número de proyectos de investigación, acceso a financiación externa y colaboración con universidades y centros de investigación. La presencia de médicos en formación impulsa la actividad científica, al participar en estudios y ensayos clínicos bajo la tutela de especialistas. Además, los hospitales con un programa MIR consolidado tienen mejores indicadores de calidad asistencial y una mayor capacidad de retención de talento, ya que los residentes formados en el centro tienen más probabilidades de integrarse en su plantilla.

CONCLUSIONES

La colaboración de una Fundación con la estructura hospitalaria, junto con una oferta de plazas MIR bien estructurada, fortalece el crecimiento del hospital y su plantilla médica; al mismo tiempo que las fundaciones amplían las posibilidades de acceso a una mayor oferta de programas y proyectos de investigación. Estos factores proporcionan recursos, generan oportunidades de desarrollo profesional y facilitan la innovación. Para maximizar su impacto, es necesario que las instituciones sanitarias diseñen estrategias que potencien la sinergia entre la fundación, la formación MIR, la actividad asistencial y los programas de investigación y docencia.

297 LIDERAR EN TIEMPOS DE IA: IMPLEMENTACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA: PERSPECTIVAS ORGANIZACIONALES

Domingo Pozo, Manuela¹; Carreres Candela, Melissa¹; Yáñez Motos, María Remedio¹; González Sánchez, Inés¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis

INTRODUCCIÓN

Este estudio analiza la percepción y el uso de herramientas de IAG en los mandos intermedios de enfermería, con el objetivo de identificar oportunidades y desafíos en su implementación en el entorno hospitalario.

OBJETIVO

El propósito de esta investigación es evaluar el conocimiento, la percepción y el uso de la IAG entre mandos intermedios, identificando áreas clave donde estas tecnologías pueden mejorar la eficiencia hospitalaria. Además, se pretende validar el cuestionario para su posterior envío al resto de la comunidad autónoma para un estudio multicéntrico.

MATERIAL

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico (11 hospitales de la provincia de Alicante) y observacional durante el mes de febrero/marzo de 2025. Se diseña un cuestionario estructurado con 42 ítems que evalúan 6 variables (grado de conocimiento sobre IAG, percepciones sobre el beneficio de la IAG, aplicación de la IAG en la gestión enfermera, obstáculos y desafíos de la implementación de la IAG en hospitales, uso y adopción IAG en organizaciones sanitarias, recomendaciones para mejorar las competencias docentes de la IAG) a mandos intermedios de enfermería de los hospitales a estudio. El instrumento fue construido adhoc mediante una búsqueda bibliográfica y la utilización de un prompt basado en la evidencia científica hallada que se introdujo en ChatGPT, Claude 3.7. Sonnet, Gemini 2.0., Microsoft Copilot y Deepseek R1. Los resultados se contrastaron con un equipo de expertos investigadores (7 personas) que introdujeron modificaciones en el cuestionario final.

La recogida de datos se realizó mediante un formulario electrónico de Microsoft forms. La población a estudio son los mandos intermedios de los 11 hospitales incluidos en el estudio (N= 336). Calculando un tamaño muestral de 172 para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva para identificar tendencias y patrones de uso.

RESULTADOS

La tasa de respuesta N=160. (89,4%). Los hallazgos indican que un 95% de los mandos intermedios han oído hablar de la IAG, pero solo un 23,1% la ha utilizado en su práctica diaria. Las principales aplicaciones identificadas incluyen automatización de informes administrativos (20%), búsqueda de información clínica (13%) y elaboración de materiales formativos (12%). Entre los beneficios percibidos, destacaron: reducción del tiempo empleado en tareas administrativas (10%), mejora en la planificación del personal (11%), apoyo en la toma de decisiones clínicas (5%), análisis de datos e indicadores (11%) y ayuda para elaboración protocolos (11%).

Los principales obstáculos: falta conocimiento sobre tecnología (25%) y falta de formación específica (23%). Las principales preocupaciones: pérdida del factor humano (20%), dependencia excesiva (20%) y responsabilidades legales por decisiones tomadas con IA (20%). un 66% no sabe si su hospital cuenta con una estrategia definida para la integración de la IAG en la gestión de cuidados.

CONCLUSIONES

La IAG tiene un alto potencial para mejorar la eficiencia organizacional en los hospitales, especialmente en los mandos intermedios de enfermería. Sin embargo, su adopción sigue siendo limitada por la falta de capacitación y estrategias institucionales claras. Es fundamental diseñar programas de formación para los profesionales de enfermería, establecer protocolos organizacionales para su implementación y garantizar un marco ético para su uso.

298 LIDERAZGO FEMENINO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA: MAYORÍA SIN EQUITAD

Broncano Bolzoni, Miriam¹; Torner Galindo, Carlota²

¹ Institut d'Assistència Sanitària; ² Institut Català de la Salut

INTRODUCCIÓN

La feminización de la enfermería es un hecho consolidado, reflejado en el predominio de mujeres tanto en la matrícula universitaria como en el ejercicio profesional. Sin embargo, esta presencia no siempre se traduce en un acceso equitativo a los puestos de liderazgo dentro del ámbito académico. La igualdad de género en los decanatos de los centros donde se imparte el Grado de Enfermería es un aspecto clave para evaluar el acceso de las mujeres a posiciones de toma de decisiones en la educación superior.

Aunque las mujeres representan la mayoría del personal docente en enfermería, no existen suficientes estudios que analicen en profundidad cómo se distribuyen los decanatos en estos centros en función del género. Identificar patrones de distribución y posibles desigualdades permitirá visibilizar oportunidades y desafíos en la equidad de género en la gestión académica.

OBJETIVO

Examinar la representación de las mujeres en los decanatos de los centros donde se imparte el Grado en Enfermería en España.

MATERIAL

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en datos de 121 centros universitarios en los que se imparte el Grado en Enfermería en España.

Se clasificaron los centros según su comunidad autónoma, su tipo de universidad (pública o privada) y su tipo de centro (propio o adscrito).

El análisis de los datos se realizó con el software SPSS versión 29.00, aplicando estadística descriptiva para examinar la distribución de los decanatos y pruebas de chi-cuadrado para evaluar la relación entre el género del decano, el tipo de universidad y el tipo de centro.

RESULTADOS

Los resultados revelan que el 59.5% de los decanatos están ocupados por mujeres, mientras que el 40.5% están liderados por hombres. Esta mayoría femenina contrasta con otros ámbitos académicos y sanitarios donde los hombres predominan en los puestos de liderazgo.

A nivel territorial, las comunidades autónomas con mayor número de centros que imparten el Grado en Enfermería son Andalucía (15.7%), Cataluña (12.4%) y Madrid (14.0%), mientras que La Rioja (0.8%) y Cantabria (0.8%) presentan la menor oferta educativa en este ámbito.

En relación con el tipo de universidad, 71.9% de los centros pertenecen a universidades públicas y 28.1% a universidades privadas. El análisis por género mostró que en las universidades públicas, 46 de los 87 decanatos (52.9%) son ocupados por mujeres. En las universidades privadas, 26 de los 34 decanatos (76.5%) están liderados por mujeres y solo 8 (23.5%) por hombres, lo que indica una mayor representación femenina en el sector privado.

Respecto al tipo de centro, el 75.2% son propios de la universidad y el 24.8% están adscritos a otras instituciones. Se observó que la representación femenina es mayor en centros adscritos, mientras que en los centros propios la distribución es más equitativa entre ambos géneros.

El análisis mediante chi-cuadrado reveló una asociación significativa ($p < 0.05$) entre el género del decano y el tipo de universidad, indicando que las mujeres tienen una mayor presencia en universidades privadas.

CONCLUSIONES

El liderazgo femenino en los decanatos de Enfermería en España es mayoritario. Sin embargo, esto no significa que se haya alcanzado una equidad real en el acceso a estos cargos. Aún persisten diferencias significativas según el tipo de universidad y el tipo de centro, lo que sugiere que las oportunidades de liderazgo pueden estar condicionadas por factores estructurales y administrativos.

Aunque las cifras reflejan un avance en la presencia femenina, la distribución desigual demuestra que la equidad de género sigue siendo un reto. Es necesario profundizar en los factores que influyen en estas diferencias y desarrollar estrategias que promuevan un acceso equitativo a los decanatos en todas las instituciones que imparten el Grado en Enfermería en España.

304 MÁS ALLÁ DEL PROCEDIMIENTO: CÓMO LA EDUCACIÓN EN AUTOCUIDADO MEJORA LOS RESULTADOS EN CIRUGÍA MENOR.

Angós Moreno, María¹; Mendo Giner, Luis²; Pablo Romero, Iguacel²; Viamonte Pérez, Sergio²; Marín Garbayo, Almudena²

¹ Servicio Navarro de Salud Osasunbidea; ² CS Cascante, Navarra

INTRODUCCIÓN

La cirugía menor (CM) en atención primaria es una alternativa que permite realizar procedimientos sencillos y seguros, mejorando la atención al paciente y evitando derivaciones a especialidades, siendo coste-efectiva y accesible. Desde el año 2021 se ha implantado y expandido de manera progresiva la cirugía menor en la zona básica salud (ZBS) destinada.

OBJETIVO

Mostrar el impacto de la educación en autocuidados proporcionada por personal de enfermería en la disminución de la necesidad de consultas de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía menor en atención primaria.

MATERIAL

Estudio descriptivo retrospectivo de la población perteneciente a la ZBS delimitada que se les realizó una cirugía menor en atención primaria durante el año 2024.

Los datos de las cirugías realizadas en los consultorios de 2 pueblos de la ZBS fueron registradas en un archivo Excel. Datos recogidos: Sexo, edad, tipo de lesión, intervención realizada, complicaciones, asume autocuidados, evaluación a los 15 días.

RESULTADOS

La muestra incluyó a 93 pacientes de los cuales fueron 45 hombres (48.39%) y 48 mujeres (51.61%). La media de edad fue 61.19 años (DE = 18.32), con una mediana de 63 años y una moda de 66 años. Se observó una varianza de 335.65, lo que indica una notable dispersión en las edades de los participantes, con un rango que varió entre 15 y 96 años.

Respecto a los cuidados postoperatorios, 88 de los 93 pacientes (94.62%) asumieron de manera efectiva los autocuidados recomendados por el personal de enfermería. Durante el seguimiento postoperatorio, ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico, 86 pacientes (92.47%) no precisaron regresar a consulta, mientras que 7 pacientes (7.53%) sí lo hicieron, ya sea por necesidad de revisión programada o por solicitud voluntaria del paciente.

CONCLUSIONES

La educación en autocuidados es esencial para el manejo efectivo de pacientes en cirugía menor. Promover programas de autocuidados puede optimizar el uso de recursos en atención primaria y disminuyendo la demanda de consultas, lo que resulta una mejora en la gestión de recursos humanos y materiales.

314 MEJORA DEL PROCESO DE NIVELES DE FÁRMACOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Castro Ruiz, María José¹; Roldán Romero, Elisa²; Aumente Rubio, Dolores²; Segura Ruiz, Segura²; García Martínez, Elena²; Pleguezuelo Navarro, María²

¹ Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

La gestión de los medicamentos, con su correcta administración y registro de parámetros en el ámbito hospitalario es un factor clave para la correcta interpretación de la seguridad del paciente y la eficacia de los tratamientos. Las incidencias relacionadas con los niveles de fármacos representan un riesgo potencial de seguridad para los pacientes, siendo necesario establecer mecanismos eficaces para su detección y corrección. En este contexto, la monitorización activa de los niveles de fármacos en el laboratorio de farmacia hospitalaria resulta esencial para mejorar la calidad del cuidado y reducir los errores en la medicación.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de medidas correctoras tras la monitorización de los niveles de fármacos en el laboratorio de farmacia hospitalaria en un hospital de tercer nivel, con el fin de disminuir el número de incidencias relacionadas con la administración de medicamentos.

MATERIAL

Se constituye grupo de trabajo con la subdirección asistencial (médica y de enfermería) y FEA de farmacia hospitalaria. Se ha realizado un estudio prospectivo durante un periodo de cuatro meses en el que se han registrado todas las incidencias detectadas en relación con la administración de medicamentos y se han implementado medidas correctoras específicas basadas en el contacto personalizado con la enfermera implicada a través de supervisión de enfermería, llevando a cabo formación personal e individualizada, difusión de QR con vídeo explicativo en unidades de hospitalización y sesiones grupales en las unidades con más incidencias acumuladas impartidas por la especialista en farmacia hospitalaria. La evaluación de los resultados se centró en el análisis comparativo de las incidencias previas y posteriores a la implementación de las medidas correctoras.

RESULTADOS

la implementación de las medidas correctoras. En particular, se observó un descenso del 21% en el número de incidencias respecto al total de incidencias registradas antes de la monitorización. Además, se reportó una disminución del 57,7% en el número de incidencias relacionadas con el total de peticiones de medicamentos realizadas.

CONCLUSIONES

La monitorización activa de los niveles de fármacos en el laboratorio de farmacia hospitalaria, junto con la implementación de medidas correctoras específicas, puede ser una herramienta de éxito para la reducción significativa tanto en el número de incidencias como en el número de incidencias relativas a las peticiones de medicamentos. Estos hallazgos subrayan la importancia de la supervisión por parte del equipo directivo del centro, la monitorización continua, la implicación de los cargos intermedios y la aplicación de estrategias correctivas para mejorar la seguridad del paciente y optimizar los procesos de administración de medicamentos en el entorno hospitalario.

337 ONCOLOGÍA PARA FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

López-Martín, Ana¹; Melero Pellicer, María Isabel¹; Echarri González, María José¹; Claros Ampuero, Juncal¹; Garrido García, Ana¹; Ortega Ruipérez, Carolina¹

¹ Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

El manejo integral del paciente oncológico requiere una estrecha coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La creciente complejidad de los tratamientos, los avances terapéuticos y el aumento de largos supervivientes en oncología hacen necesario reforzar la formación de los médicos de atención primaria (AP) en este campo. La comunicación efectiva y la actualización en oncología son esenciales para mejorar la calidad asistencial y la continuidad de los cuidados.

OBJETIVO

Mejorar la coordinación asistencial, actualizar conocimientos en diagnóstico y manejo del paciente oncológico, y fortalecer la comunicación entre AP y los especialistas hospitalarios mediante el desarrollo de un curso de formación en oncología dirigido a facultativos de atención primaria.

MATERIAL

Se organizó un curso presencial de dos jornadas, estructurado en sesiones teóricas y participativas. Se ha solicitado acreditación del curso a la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad.

La información relativa al curso se difundió a través de cartelería y correo electrónico en el hospital. La información fue remitida a través del correo electrónico corporativo a todos los médicos de AP de la Comunidad tras contacto con los directores de los Centros de Salud a través de la Dirección de Continuidad Asistencial y la Unidad de Continuidad Asistencial.

El contenido abordó desde la prevención (cribado y vacunación), diagnóstico y tratamiento de los principales tumores (digestivos, pulmón, mama), tratamientos clásicos y nuevos (quimioterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas, radioterapia), manejo de complicaciones, urgencias oncológicas, soporte (cuidados paliativos, nutrición, trombosis), cáncer hereditario y largos supervivientes.

Al finalizar el curso se realizó una encuesta de satisfacción anónima para valorar el impacto percibido y recoger sugerencias de mejora.

RESULTADOS

Participaron 25 facultativos de atención primaria de diversas áreas sanitarias, de los cuales más del 70 % pertenecían a zonas distintas a la de nuestro hospital. Las sesiones fueron muy participativas y el porcentaje de asistentes a la totalidad de las sesiones fue de 95%. Las encuestas de satisfacción mostraron un nivel global alto de satisfacción, destacando la utilidad práctica de los contenidos y la relevancia para su práctica clínica.

Se planteó la posibilidad de elaborar protocolos consensuados entre atención primaria y especializada, en este caso oncología, para derivación de pacientes con sospecha de cáncer o complicaciones del mismo, y para valoración en la Unidad de Cáncer Familiar. Por otro lado, surgió la idea de trabajar en común en protocolos de seguimiento de los largos supervivientes de cáncer, así como mantener las consultas electrónicas entre ambas especialidades o instaurarlas en áreas que aún no disponen de ellas.

Como principal sugerencia de mejora, los participantes señalaron la necesidad de disponer de más tiempo para profundizar en algunos temas complejos.

CONCLUSIONES

La formación en oncología para médicos de atención primaria es una herramienta eficaz para mejorar la continuidad asistencial, la comunicación entre niveles y la atención integral del paciente oncológico. Existe una alta demanda y necesidad de este tipo de formación, especialmente en relación con los nuevos tratamientos, cáncer familiar y el manejo de largos supervivientes. Ampliar el tiempo dedicado y fomentar espacios de interacción podrían potenciar aún más su impacto. En este sentido se plantea la realización de sesiones sobre temas específicos en los centros de salud que lo demanden. Dada la participación de médicos de AP de otras zonas de salud se considera interesante que la actividad se replique en otros hospitales.

339 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA MEDIANTE MODELOS PREDICTIVOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ADMISIONES EN URGENCIAS: PROYECTO INURGE

Espejo Mambié, Moisés David¹; Martínez Idarreta, Regina¹; Kerexeta, Jon²; Pérez Urkia, Aintzane¹; Méndez Olarra, Naroa²

¹Asuncion Klinika; ²VICOMTECH

INTRODUCCIÓN

El incremento en la demanda de los servicios de urgencias, exacerbado por factores como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y el crecimiento de la población urbana, presenta desafíos significativos en la gestión hospitalaria. Esto resulta en superpoblación y problemas de asignación de recursos que afectan la calidad de la atención al paciente. En respuesta a estos desafíos, proponemos el desarrollo de modelos de inteligencia artificial para predecir las admisiones en planta desde el servicio de urgencias utilizando registros médicos electrónicos y datos ambientales

OBJETIVO

Implementar y evaluar la eficacia de modelos predictivos en tres etapas distintas del proceso de atención en urgencias: a la llegada del paciente, post-triage y post-análisis de laboratorio, para mejorar la gestión de los pacientes y la asignación de recursos.

MATERIAL

Utilizamos registros de salud electrónicos y datos ambientales, aplicando técnicas de preprocesamiento de datos y selección de características mediante métodos como One-Hot Coding, imputación KNN y el método Boruta. Se desarrollaron tres modelos predictivos: modelo de llegada, modelo de triaje y modelo de laboratorio, utilizando algoritmos como XGBoost y Gradient Boosting, evaluados mediante validación cruzada y métricas como AUC, precisión y recall.

RESULTADOS

Los tres modelos desarrollados, diseñados para operar en diferentes etapas del proceso de admisión en el departamento de urgencias, demostraron ser efectivos en predecir las admisiones hospitalarias, proporcionando herramientas valiosas para la gestión de recursos y la toma de decisiones clínicas. Los resultados específicos de cada modelo son los siguientes:

Modelo de Llegada: Este modelo, que evalúa a los pacientes a su llegada al servicio de urgencias antes del triaje, alcanzó un área bajo la curva (AUC) de 0.801. La capacidad de este modelo para prever la necesidad de admisión desde el primer contacto permite una rápida estratificación de los pacientes, facilitando decisiones preliminares críticas y la asignación inicial de recursos.

Modelo de Triage: Tras la evaluación inicial, el modelo de triaje, que incorpora datos del triaje clínico, mostró un AUC de 0.854. Este modelo es especialmente crucial, ya que ayuda a identificar con mayor precisión a los pacientes que requieren admisión inmediata, lo que es vital durante períodos de alta demanda. Además, la precisión de este modelo fue notablemente alta, lo que sugiere que puede reducir significativamente las admisiones innecesarias y optimizar el uso de camas hospitalarias.

Modelo de Laboratorio: El modelo de laboratorio, utilizado para pacientes que han pasado por el triaje y requieren análisis de laboratorio, registró un AUC de 0.781. Aunque este modelo tiene un AUC ligeramente menor comparado con los otros dos, es crítico para evaluar pacientes en condiciones más severas y ajustar las necesidades de admisión basadas en datos clínicos más detallados.

CONCLUSIONES

La implementación de modelos de inteligencia artificial en el servicio de urgencias permite una respuesta más ágil y precisa en la admisión de pacientes, reduciendo la inadecuación de ingresos hospitalarios y mejorando tanto la gestión de recursos como la satisfacción del paciente. Además, permite planificar de mejor manera los planes en momentos de aumento de presión asistencial.

346 OPTIMIZACIÓN DEL TRIAJE EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Carrillo Villena, Jorge¹; Valentín Martín, Lluvia¹; Millán Soria, Javier¹

¹ Hospital Universitario y Politécnico La Fe

INTRODUCCIÓN

El sistema de triaje de Manchester (MST) es una herramienta estandarizada para priorizar la atención según la gravedad clínica, reduciendo los tiempos de espera y mejorando la seguridad del paciente. En un hospital de tercer nivel se detectó la necesidad de capacitar a todas las enfermeras del servicio de urgencias en MST, pues la falta de formación afecta la precisión en la clasificación de los pacientes. Para ello se diseñó un programa formativo que combinó teoría, simulaciones y prácticas tutorizadas, y se creó la figura del enfermero responsable de triaje para coordinar y optimizar el proceso. Además, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que evaluó el proceso, mejoró la comunicación entre profesionales y funcionó como canal bidireccional, transmitiendo incidencias y retroalimentación.

OBJETIVO

- Capacitar al 90 % del personal mediante el curso oficial del Grupo Español de Triage en un año.
- Mejorar la precisión del triaje y reducir los tiempos de clasificación.
- Evaluar la efectividad del programa mediante auditorías de calidad.
- Implementar la figura del enfermero responsable de triaje para coordinar la actividad.
- Establecer un grupo de trabajo que actúe como canal bidireccional entre la gestión y el personal.
- Agilizar el flujo de pacientes ambulatorios mediante la digitalización de la asignación de 13 médicos de urgencias.
- Incorporar un asistente de inteligencia artificial (IA) que brinda soporte en consulta y facilita la toma de decisiones en tiempo real.

MATERIAL

1. Formación teórica y talleres: Se impartieron sesiones presenciales sobre los principios de MST, utilizando algoritmos clínicos y criterios de priorización conforme a las guías actualizadas del Manchester Triage Group.
2. Simulaciones y prácticas tutorizadas: Se realizaron simulaciones con escenarios clínicos reales mediante pacientes estandarizados y plataformas virtuales; Durante estas sesiones, las enfermeras aplicaron MST y recibieron respuesta inmediata.
3. Grupo de trabajo de triaje: Se constituyó un equipo multidisciplinar integrado por tres médicos de urgencias, el jefe clínico, la supervisora de enfermería, el enfermero responsable de triaje y tres enfermeras. Este grupo evaluó el proceso y actuó como canal bidireccional para transmitir incidencias y retroalimentación.
4. Se desarrolló un asistente virtual basado en IA que ofreció soporte de consulta a los triadores, facilitando la toma de decisiones en tiempo real.
5. Se implementó un sistema digital que asigna a 13 médicos de urgencias a los pacientes ambulatorios, optimizando el flujo de atención.

Se realizaron auditorías pre y post formación para evaluar la precisión en la clasificación y los tiempos de triaje, calculando intervalos de confianza del 95% para los principales indicadores.

RESULTADOS

- El 92% de las enfermeras obtuvo la certificación oficial del Grupo Español de Triage.
- Se logró la rotación del 93,2% del personal de enfermería en la zona de triaje.
- La precisión en la categorización mejoró en un 41,7% según auditorías internas.
- El tiempo medio de clasificación solo se incrementó un 4%.
- El grupo de trabajo facilitó la detección oportuna de incidencias y mejoró la comunicación interna.
- El chatbot de IA ofreció soporte en consulta, aumentando la eficiencia en la toma de decisiones.
- La digitalización de la asignación médica agilizó el flujo de pacientes ambulatorios.

CONCLUSIONES

1. La formación estructurada mejora la precisión en la clasificación de pacientes.
2. Las simulaciones y prácticas tutorizadas refuerzan la aplicación de MST.
3. La figura del enfermero responsable de triaje optimiza el proceso de clasificación.
4. El grupo de trabajo mejora la comunicación y actúa como canal bidireccional entre la gestión y el personal.
5. La incorporación del chatbot de IA brinda soporte en consulta y mejora la eficiencia en la toma de decisiones.
6. La digitalización de la asignación médica agiliza el proceso de triaje y el flujo de pacientes.
7. El modelo formativo es replicable en otros entornos sanitarios y puede aplicarse en diversas áreas asistenciales.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



229

350 PARTICIPACIÓN EN UN ENSAYO CLÍNICO EUROPEO COMO HERRAMIENTA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROA EN UN HOSPITAL

Merino De Lucas, Esperanza¹; Díez Herrero, Diego¹; Sánchez Valero, María¹; Gras Valentí, Paula¹; Riera Sendra, Gerónima¹; Rodríguez Díaz, Juan Carlos¹

¹ Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

La participación en proyectos de investigación con un importante componente translacional permite la optimización de la actividad asistencial estableciendo cambios organizativos que perduran en el tiempo. En nuestro centro, con actividad PROA (Programa de Optimización en Antibioterapia) muy desarrollada, iniciamos hace dos años la participación en un ensayo clínico europeo, basado en la implementación de nuevas estrategias, a nivel de control y prevención de infecciones, diagnóstico microbiológico y atención clínica a paciente con infección, con el objetivo final de reducir la incidencia por infecciones multirresistentes.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es describir y evaluar las nuevas medidas en relación al control y prevención de infecciones, diagnóstico microbiológico y evaluación clínica de pacientes con infección, que se han implementado en nuestro centro en el desarrollo de la actividad de un ensayo clínico europeo.

MATERIAL

El ensayo clínico está dirigido a hospitales, como sujetos de evaluación (6 hospitales de 6 países europeos), con introducción gradual de diferentes estrategias, seleccionadas por el propio centro. Los resultados globales estarán en junio de 2026. Presentamos las líneas de actuación de nuestro centro y su evaluación en los dos primeros años. Las líneas implementadas fueron en relación 1) Control y prevención de infecciones: cribado sistemático de microorganismos multirresistentes en unidades de críticos, adecuación de las medidas de control y prevención de infecciones en pacientes hospitalizados. 2) A nivel microbiológico: prevalencia de colonización de microorganismos multirresistente, introducción de una nueva técnica molecular (PCR multiplex respiratoria). 3) A nivel clínico: actualización de profilaxis quirúrgica, y evaluación de su adecuación y evaluación de prescripción de antibioterapia.

RESULTADOS

Se presentan los principales resultados de las estrategias desarrolladas.

- Cribado en unidades críticos, tras el primer año de su implementación, se decidió continuar con el cribado de Gram-negativos MDR, y suspender el cribado universal para *S aureus* resistente-metilina dada la prevalencia de colonización en nuestro centro (0,67%, 8 pacientes/1182 tomas).
- Higiene de manos: Tras la intervención se objetiva un aumento del cumplimiento en todas las áreas de intervención en 2024 respecto a 2023: UCI (63,1% al 82%) Nefrología (44 al 59%), Medicina Interna 32.9 al 85.71%), Hematología (59 al 64%).
- El porcentaje de adecuación de las medidas recomendadas en aislamientos fue del 87%, con inadecuación del 30% durante la epidemia de gripe 2024-25 (en pacientes con infección respiratoria) y del 100% en multirresistentes.

Se actualizaron las guías de profilaxis quirúrgica (www.proabalmis.es), con adecuación de la indicación de profilaxis (diciembre 2024) del 84.74%, y del 76.4% en cuanto a duración.

En relación a estudios transversales de adecuación de antibioterapia, en 2024 se objetiva entre el 80-85% para servicios médicos y del 55-60% para quirúrgicos.

Se evalúa la tasa de infección por multirresistentes de origen nosocomial por cada 10000 estancias en 2024 respecto a 2023: reducción para *S aureus* resistente a metilina (0,39 en 2024 frente a 1,52 en 2023), *Pseudomonas aeruginosa* CR (1,21 vs 2,55), estabilización para *Klebsiella* CR (0,39 vs 0,38) y *C difficile* (5.27 vs 5.33) e incremento para *E faecium* vanco-R (0.48 vs 0.11)

CONCLUSIONES

La participación en un ensayo europeo basado en la optimización de estrategias PROA ha permitido implementar y desarrollar de forma estructurada las principales líneas de la actividad establecida por el grupo, con permanencia en el tiempo y con evaluación periódica de los resultados. El nivel de exigencia determinado por el ensayo clínico, apoyado por la financiación de personal adscrito al proyecto, demuestra la capacidad de implementar y evaluar múltiples estrategias coordinadas con impacto demostrado en la optimización del manejo de la patología infecciosa y reducción de la incidencia de infección por microorganismos multirresistentes.

356 PLAN DE ACTUACIÓN FORMATIVO PARA LA MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Iglesias Pérez, Adelina María¹; Albarracín Giménez, Pilar²; Caride Iglesias, Jesus²; Simón Llorente, Francisco²; Salinas Salinas, Carmen²; Montoya García, Francisco²

¹ SAS; ² Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta formación en V.G., es ofrecer una formación reglada a todos los profesionales de todas las unidades de gestión clínica del centro, con el fin de conocer y mejorar el grado de formación y conocimientos sobre la Violencia de Género.

OBJETIVO

Mejorar la detección de la Violencia de Género contra las mujeres, por parte de los profesionales de un centro sanitario urbano de atención especializada.

MATERIAL

La población diana la constituyen la totalidad de profesionales de las diferentes UGC del centro sanitario.

El plan lo ha desarrollado la Comisión de Violencia de Género en coordinación con la Unidad Integral de Formación del centro sanitario, ofreciendo una formación reglada a todos los profesionales de todas las unidades de gestión clínica del centro, con el fin de conocer y mejorar el grado de formación y conocimientos sobre la Violencia de Género, priorizando aquellos puestos donde la detección de la violencia de género es más crítica.

El período de duración del plan ha sido de dos años. La formación se ha llevado a cabo en dos niveles: una básica o de sensibilización y otra avanzada; además de sesiones de difusión del Protocolo de Actuación. La duración de la charla de sensibilización y difusión ha sido de 20 minutos aproximadamente, impartida a primera hora de la mañana en las salas de reuniones de los diferentes servicios, con uso de material de apoyo audiovisual. Las charlas de formación han seguido un guión semiestructurado preestablecido; y además, se han realizado preguntas abiertas para favorecer la participación de todos los asistentes.

RESULTADOS

Durante los años 2023 y 2024: 63 profesionales de nuestro centro han recibido formación, de los cuales el 94% han sido mujeres. Por categorías el porcentaje más elevado de asistencia han sido TCAE con un 28%, seguidos de enfermería con un 23% y médicos 23%, trabajo social 2%, psicólogos y médicos EIR con otro 2%.

Los servicios donde se han impartido las sesiones de formación han sido: UGC de Neurocirugía, UGC de Urgencias, UGC de Cuidados Intensivos, UGC de Medicina Interna y Reumatología y UGC de Interniveles de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Rehabilitación.

La formación avanzada ha sido realizada a través de la plataforma REDFORMMA (Red Andaluza de Formación Contra el Maltrato a las Mujeres). El número total de trabajadores que han recibido esta formación ha sido de 37, de los cuales un 97% son mujeres. Entre las diferentes categorías, destacan médicos con un 47%, personal de enfermería 43%.

CONCLUSIONES

Llama la atención y no deja de ser sorprendente y preocupante, el elevado nivel de desconocimiento del actual Protocolo Andaluz de lucha contra la violencia de género entre los profesionales sanitarios.

La formación e información son pilares básicos y necesarios para abordar de forma eficiente el problema de la violencia de género.

La gran mayoría de profesionales formados son mujeres, y las categorías más sensibilizadas son el Personal de Enfermería y Médicos. Es importante la inclusión del personal en formación especializada.

358 PLAN DE DESARROLLO COMPETENCIAL PARA LOS MANDOS INTERMEDIOS DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL

Peña Laguna, Carlos¹; Sánchez Enano, Isabel¹; Mayoral Carriazo, Juan Carlos¹; Arroyo Plaza, Gloria¹; Caminero Ocaña, Bárbara¹

¹ Gerencia Atención Integrada Ciudad Real - SESCAM

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha experimentado un notable avance científico-técnico en las últimas décadas, mientras la sociedad española afronta cambios sociodemográficos que exigen adaptaciones en el sistema sanitario. En este contexto, los mandos intermedios de Enfermería desempeñan un papel crucial para asegurar una atención eficaz y eficiente, contribuyendo a la salud y bienestar de los pacientes. Este proyecto surge ante la necesidad de desarrollar competencias de liderazgo y gestión en dichos mandos, alineadas con la visión de la organización y orientadas a la mejora continua de los cuidados.

OBJETIVO

El objetivo principal es establecer un modelo integral de liderazgo basado en competencias para las enfermeras gestoras de la Gerencia de Atención Integrada (G.A.I.) de Ciudad Real. Entre los objetivos secundarios se incluyen fomentar un liderazgo transformacional, promover el desarrollo competencial de las supervisoras, incrementar su motivación y mejorar la imagen corporativa del staff de Enfermería.

MATERIAL

La metodología parte de un análisis de contexto, que permitió identificar las necesidades y el entorno en el que se desarrollaría el proyecto. A continuación, se realizó una búsqueda bibliográfica orientada a recopilar y comparar los modelos competenciales existentes para las gestoras enfermeras, tomando como referencia fuentes nacionales e internacionales. Posteriormente, se aplicó la técnica de grupos nominales para establecer consenso y priorizar las competencias clave.

De forma complementaria, se emplearon encuestas semiestructuradas dirigidas a los mandos intermedios de Enfermería, con el fin de validar y matizar los resultados obtenidos en la fase previa. Con la información recabada, se diseñó un plan de trabajo que aborda la implantación de las competencias identificadas, así como su evaluación y mejora continua.

RESULTADOS

Del análisis y la fase de consenso surgió un catálogo final priorizado de 51 competencias, agrupadas en seis grandes dimensiones: **Gestión, Comunicación y Tecnología, Liderazgo y Equipos de Trabajo, Conocimiento del Sistema Sanitario, Conocimiento Enfermero y Personalidad**. Cada competencia se clasificó por nivel de dominio (competente, muy competente o experto), lo que permitió establecer una visión detallada de las áreas de mejora y de las fortalezas de las enfermeras gestoras.

A partir de esta priorización, se propuso la **constitución y puesta en marcha de equipos de trabajo** que, de forma coordinada con la Dirección de Enfermería, facilitasen el despliegue de estas competencias en la práctica diaria. Asimismo, se diseñó una propuesta de cronograma para ordenar las distintas actividades de desarrollo, incluyendo formación, mentoring, evaluación y seguimiento. Este proceso busca alinear las competencias identificadas con los objetivos estratégicos de la organización y avanzar hacia un liderazgo transformacional, capaz de afrontar los retos actuales y futuros en la gestión de los cuidados.

CONCLUSIONES

La aplicación de un modelo competencial integral para las enfermeras gestoras de la G.A.I. de Ciudad Real ofrece una estrategia sólida para fortalecer el liderazgo y la calidad asistencial. El consenso alcanzado mediante técnicas de grupo nominal y la posterior validación con encuestas semiestructuradas han permitido adaptar el catálogo de competencias a las necesidades reales de la organización, garantizando su relevancia y aplicabilidad. Además, la hoja de ruta propuesta—con formación, mentoring y evaluación continua—favorece la sostenibilidad de los cambios e impulsa una cultura de mejora permanente. En conjunto, estas acciones mejoran la motivación de las supervisoras, refuerzan su capacidad de respuesta ante los retos del entorno sanitario y elevan el nivel de atención que recibe el paciente, principal beneficiario de la excelencia en la gestión de los cuidados.

371 PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE CHATGPT-4 EN EL ANÁLISIS DE INFORMES DE ALTA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Miralles Linares, Francisco¹; Martín Quirós, Alejandro¹; Miralles Atencia, Paula²; Khan Espina, Gonzalo¹; Gómez Carrilo, Víctor¹; Torres Verdú, Bárbara¹

¹ Hospital Vithas Xanit Internacional; ² Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA) ha revolucionado la medicina al mejorar la eficiencia, optimizar recursos y apoyar la toma de decisiones clínicas. Modelos de lenguaje basados en IA, como ChatGPT-4, tienen el potencial de ayudar en la interpretación de informes de alta, facilitando diagnósticos más precisos, reduciendo la variabilidad y mejorando la calidad asistencial. Sin embargo, la evidencia sobre su precisión diagnóstica en escenarios clínicos reales sigue siendo limitada, especialmente en situaciones con información incompleta.

Este estudio evalúa la capacidad de ChatGPT-4 para analizar informes de alta en distintos niveles de complejidad de la información clínica y su rendimiento en comparación con un especialista senior en medicina interna.

OBJETIVO

Evaluar la precisión diagnóstica de ChatGPT-4 en la interpretación de informes de alta hospitalaria en comparación con la evaluación realizada por un especialista en medicina interna. Se analizarán dos condiciones: con omisión de pruebas diagnósticas clave y utilizando solo la historia clínica inicial sin pruebas complementarias.

MATERIAL

Se realizó un estudio transversal con 118 informes de alta consecutivos del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, recogidos entre abril y junio de 2024. Se excluyeron altas voluntarias y admisiones programadas para procedimientos específicos. Se llevaron a cabo dos pruebas de precisión diagnóstica:

- 1. Primera prueba:** ChatGPT-4 analizó los informes con la omisión de pruebas clave y generó tres diagnósticos ordenados por probabilidad.
- 2. Segunda prueba:** ChatGPT-4 y un especialista en medicina interna analizaron los informes considerando solo la historia clínica inicial, sin pruebas diagnósticas.

Dos especialistas en medicina interna evaluaron la concordancia de los diagnósticos de ChatGPT-4 y del especialista con los diagnósticos finales de alta. Se utilizó el índice kappa para medir la fiabilidad entre evaluadores.

RESULTADOS

Primera prueba

- ChatGPT-4 coincidió con el diagnóstico final en **96,65%** de los casos.
- La concordancia entre evaluadores fue alta (**kappa = 0,742**).

Segunda prueba

- ChatGPT-4 coincidió con el diagnóstico final en **94,78%** de los casos, alcanzando un **71,30%** en la primera opción de diagnóstico.
- El especialista en medicina interna coincidió con el diagnóstico final en **73,05%** de los casos.
- El acuerdo entre ChatGPT-4 y el especialista fue bajo (**kappa = 0,17**), lo que indica diferencias en el enfoque diagnóstico.
- Se observó que ChatGPT-4 identificaba diagnósticos diferenciales clínicamente relevantes incluso cuando faltaban pruebas clave, aunque la ausencia de estudios de imagen o pruebas de laboratorio limitó su precisión en algunos casos.

CONCLUSIONES

ChatGPT-4 demostró una alta precisión diagnóstica en la interpretación de informes de alta, incluso con datos clínicos incompletos. Su desempeño fue superior al del especialista en medicina interna en términos de concordancia con el diagnóstico final. No obstante, las diferencias en la priorización de diagnósticos reflejan que su uso debe ser complementario y no sustitutivo del juicio clínico.

Estos hallazgos sugieren que los modelos de IA podrían integrarse en la práctica clínica como herramientas de apoyo en la toma de decisiones, ayudando a reducir la variabilidad diagnóstica y optimizar la gestión del tiempo clínico. Sin embargo, es necesario continuar refinando su desempeño y validar su utilidad en entornos clínicos diversos antes de su implementación generalizada.

377 PROGRAMA CIENTÍFICOS EN PRÁCTICAS EN LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS DE LA RED

Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, Ana María¹; Rey Rocha, Jesus³; Fernández Olleros, Susana²; Sánchez-Celaya, Marta⁴; Ortiz Otero, Mercedes⁵; Macías Maroto, Marta⁶

¹Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad; ²Red Sanitaria Española de Responsabilidad y sostenibilidad;

³Consejo Superior de Investigaciones Superiores. Instituto de Filosofía; ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón; ⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada; ⁶Hospital Universitario Príncipe de Asturias

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades socioeconómicas dificultan que los colectivos desfavorecidos alcancen las condiciones necesarias para acceder a las carreras de investigación científica. Son necesarias acciones que promuevan la formación de los jóvenes más desfavorecidos y su acceso, en condiciones justas, a una profesión donde la meritocracia es el principal valor de acceso.

Ante este escenario la Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad (RSERSS) que ha desarrollado una línea estratégica en la vertiente social se ha alineado con el CSIC y la Asociación Española para el Avance de la Ciencia (AEAC) para colaborar desde su inicio (2019) en el Programa "Científic@s en prácticas"(CiP).

La Red es una asociación española sin ánimo de lucro integrada por centros sanitarios de la mayoría de las comunidades autónomas españolas, actualmente están adheridos 50 organizaciones, así como por profesionales de diferentes departamentos, servicios y disciplinas de estos centros. Nuestro objetivo es diseñar un modelo de referencia para la gestión de la Responsabilidad Social y la Sostenibilidad en el sector sanitario español.

OBJETIVO

Proporcionar a jóvenes estudiantes de zonas desfavorecidas la oportunidad de realizar estancias en grupos y laboratorios de los institutos de investigación sanitarias y hospitales pertenecientes a la RNRSS. Pretende ayudar a dichos estudiantes a entrar en contacto con ciencias biomédicas y a mejorar su conocimiento y comprensión del mundo científico y de la investigación de la salud,

Por último, el programa pretende buscar y promover el talento.

MATERIAL

El programa comienza con una visita guiada que realizan los estudiantes a las instalaciones de investigación de uno de los Hospitales, Institutos de Investigación y Centros de Investigación del CSIC. Después realizan una estancia como investigadores en formación en uno de los grupos de investigación de estas instituciones. Los estudiantes interactúan con el personal del grupo y participan activamente en las actividades que realizan, siguiendo un plan de formación ad hoc diseñado por cada grupo. Al final de su estancia, los alumnos tienen que redactar un resumen de lo que han hecho y lo que han aprendido durante su estancia. La selección de los alumnos está basada en criterios actitudinales.

RESULTADOS

CiP Arrancó en el curso 2021-22 en Madrid, con la participación de 4 centros de secundaria y 19 grupos de investigación. En su cuarta edición participan 64 grupos de investigación y 24 centros de secundaria, en 12 localidades de diferentes comunidades de España.

258 estudiantes han completado su estancia como becarios científicos, y 147 lo harán en esta cuarta edición. En la encuesta de satisfacción de los estudiantes se valora la dedicación del personal investigador y cómo facilitan el aprendizaje (4,9 sobre 5), y el aprendizaje obtenido (4,8). Los investigadores destacaron el nivel de esfuerzo de los estudiantes (4,7) y su satisfacción personal con la experiencia (4,6).

CONCLUSIONES

Institutos de Investigación Sanitarios y Hospitales de la RSERSS están contribuyendo a que jóvenes de zonas vulnerables accedan a un programa educativo, divulgativo y científico, incorporando las ciencias de la salud en su vida, además de ser transmisores hacia sus familias y entorno. Esto produce un impacto positivo en la sociedad.

El proyecto se ha convertido en un programa debido a su continuidad y gran acogida en todos los grupos de investigación, institutos de investigación, centros de enseñanza secundaria, estudiantes, profesores y todas las organizaciones.

CiP se inició como un proyecto local en la Comunidad de Madrid y se ha transformado en un programa nacional que se desarrolla en Galicia, Castilla y León, Baleares y Madrid.

382 PROGRAMA DE MENTORÍA EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Catalán, Natalia¹; González García, Irene¹; Blasco Serrano, Eva María¹; Guía Rambla, Virginia¹; Garcés Horna, Silvia¹; Tomey Monreal, María Eugenia¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería está en continua evolución para afrontar y dar respuesta a los retos de salud, tan cambiantes, de la población. En los últimos años, se ha ido tomando conciencia de la importancia del desarrollo competencial de los profesionales de enfermería.

El desarrollo competencial nace de la necesidad y compromiso de las organizaciones sanitarias de promover e incorporar progresivamente competencias a los profesionales de la enfermería, sumando a la experiencia laboral, la formación adecuada y guiada para alcanzar ese desarrollo específico. Por ende, la formación de los profesionales de enfermería es la herramienta clave para lograr una calidad asistencial de primer nivel ligada a una seguridad en los propios cuidados.

OBJETIVO

Desarrollar un programa de mentoría de enfermería en UCI que disminuya el factor estresante a los noveles y favorezca el alcance de competencias de manera gradual, adecuando el proceso de acogida a las necesidades detectadas por los profesionales.

Disminuir la ansiedad y el estrés que genera la situación de desconocimiento en el nuevo puesto de trabajo mediante la dotación de herramientas de aprendizaje.

Fomentar desde el inicio la motivación e implicación de los profesionales con la organización.

MATERIAL

El programa de mentoría es el proceso de acompañamiento, guía, orientación, enseñanza y evaluación de competencias. Este programa está liderado por una enfermera experta en cuidados del paciente crítico a la que se conoce como enfermera mentora en UCI.

El proyecto se desarrolló basándonos en la teoría de Patricia Benner (1984) que divide en cinco niveles la formación de enfermería desde el principiante hasta el experto, teniendo en cuenta la transición que existe entre la formación académica en la Universidad hasta el profesional en activo.

Se elaboró el programa desde el primer contacto del profesional novel en la unidad, su desarrollo de competencias a lo largo de los primeros meses hasta que consigue alcanzar unas competencias específicas básicas en UCI.

Las herramientas del proyecto se basaron en acompañamientos en los primeros días, talleres prácticos y teóricos de procesos del paciente crítico, además del acceso a una biblioteca virtual donde encontrar información mediante infografías, vídeos y protocolos específicos.

RESULTADOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo con obtención de datos entre diciembre de 2022 y diciembre de 2024, con una muestra de 90 enfermeros. El 100% de los profesionales valoraron positivamente el proyecto de acogida, de los cuales, el 92% de los encuestados valoraron positivamente el proyecto con una nota superior a 7 sobre 10. El 85% del personal considera que el proyecto ha contribuido a su desarrollo profesional y que su curva de aprendizaje no hubiera sido la misma sin la figura del mentor. El 85% refirió que su estado de nerviosismo e intranquilidad no hubiera sido el mismo sin el acompañamiento ante su incorporación al servicio.

CONCLUSIONES

La enfermera mentora en UCI desempeña un papel crucial en la formación y apoyo del personal de enfermería, promoviendo el aprendizaje continuo y la mejora de la atención al paciente. Su experiencia y liderazgo permiten un entorno seguro y eficiente, garantizando la calidad de los cuidados ligada a una mayor seguridad en la práctica asistencial. Además, fomenta el desarrollo profesional, asegurando que los nuevos enfermeros adquieran competencias clave en un entorno crítico y favorece una disminución en la variabilidad clínica entre los profesionales noveles.

422 SINERGIA ENTRE HOSPITAL Y UNIVERSIDAD: UN MODELO MULTIDISCIPLINAR PARA LA INNOVACIÓN EN SALUD

Sánchez Roldán, Alejandro¹; González López, Samuel¹; Fernández Conejo, Rosa María¹; Benito Fernández, Almudena¹; Lafuente Carrasco, José Luis¹; Sandoval Gómez, Carmen¹

¹ Hospital Universitario HLA Moncloa

INTRODUCCIÓN

La investigación en salud requiere la integración de diversas disciplinas para abordar desafíos complejos y mejorar la aplicabilidad de los resultados en entornos asistenciales. La colaboración entre clínicos, ingenieros y expertos en metodología, entre otras áreas de conocimiento, permite transformar necesidades clínicas en soluciones tecnológicas, favoreciendo la transferencia de conocimiento y la innovación en diagnóstico, monitorización y toma de decisiones. Se presentan la formación del equipo, sus dinámicas de trabajo, los proyectos desarrollados y el impacto de la colaboración interdisciplinaria en la calidad asistencial.

OBJETIVO

Describir la colaboración entre un hospital y una universidad en el ámbito de la investigación en salud y los resultados obtenidos.

MATERIAL

Se realizó una recogida de información por parte de los miembros del equipo sobre su estructura, miembros y producción científica.

RESULTADOS

El equipo se compone en un 43% por personal sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares), un 36% por ingenieros (informáticos y biomédicos) y un 21% por especialistas en derecho y metodología.

Los resultados obtenidos han sido la publicación de siete artículos en revistas científicas indexadas (tres en Q1, dos en Q2 y una en Q4), la obtención de una patente de modelo de utilidad y el desarrollo de un proyecto europeo en el ámbito de la monitorización clínica. Además, se han presentado cinco comunicaciones en congresos especializados. Las líneas de investigación incluyen la medición automatizada de diuresis, monitorización continua de glucosa en pacientes críticos, monitorización termográfica, seguridad del paciente, gestión de la unidad de cuidados intensivos, medición de lactato por micromotores, medición automatizada del relleno capilar, algoritmos de sonido de ruidos respiratorios y telemedicina.

CONCLUSIONES

La integración de perfiles clínicos, tecnológicos y metodológicos en un equipo de investigación ha permitido generar conocimiento aplicable y mejorar la transferencia de resultados a la práctica clínica. La estructura organizativa, con un investigador principal del ámbito clínico y responsables por área, ha facilitado la comunicación y planificación de proyectos, acelerando el desarrollo de soluciones para la monitorización y gestión asistencial.

Los resultados obtenidos evidencian que esta colaboración **impacta tanto en la producción científica como en la calidad asistencial y la optimización de recursos hospitalarios**. La interdisciplinariedad ha permitido abordar problemas clínicos desde una perspectiva integral, desarrollando herramientas adaptadas a necesidades reales.

438 TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA GESTIÓN DE GUARDIAS MÉDICAS: IMPACTO EN EFICIENCIA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Castellot Martín, Ana¹; Doménech Cabrera, José Manuel¹; Medina Castellano, Margarita¹; Fernández Tagarro, Ernesto¹; Jerez Oliveira, Eduardo¹; Fernández Fuertes, Fernando¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

Las guardias médicas son periodos críticos en los que se gestionan incidencias que impactan tanto en el personal como en la atención asistencial. Históricamente, la gestión de incidencias se realizaba en formato físico, lo que limitaba el acceso a la información y ralentizaba la toma de decisiones. La transformación digital puede mejorar significativamente estos procesos.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la digitalización en la gestión de guardias médicas en un hospital de tercer nivel, analizando su efecto en la reducción de tiempos de respuesta, la optimización de recursos humanos y la toma de decisiones basada en datos.

MATERIAL

Se implementó un sistema digital de gestión de incidencias en guardias médicas, reemplazando los reportes manuales por una plataforma colaborativa. Se compararon indicadores clave entre el modelo previo (2023) y el modelo digitalizado (2024), incluyendo tiempos de respuesta ante incidencias, optimización de recursos humanos y reducción de errores en la gestión de guardias.

RESULTADOS

La digitalización permitió reducir en un 50% el tiempo de recopilación de incidencias y en un 30% los errores en reportes. La asignación de recursos humanos se optimizó, logrando una mejor distribución de personal en función de la demanda asistencial. Además, el sistema facilitó la toma de decisiones basada en datos, permitiendo identificar patrones de incidencias y mejorar la planificación de guardias.

CONCLUSIONES

La digitalización de la gestión de guardias médicas es una estrategia eficaz para mejorar la eficiencia operativa y la optimización de recursos en el entorno hospitalario. La reducción de tiempos de respuesta y errores en la gestión contribuye a una mejor calidad asistencial. Estos resultados respaldan la necesidad de continuar integrando tecnologías digitales en la administración hospitalaria para incrementar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****237**

455 UNA EXPERIENCIA DE ÉXITO DE UN CDSS PARA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA.

Pardo Espino, Rafael¹; Campo De Juan, Jordi¹

¹ Costaisa

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación debidos a prescripción farmacéutica aumentan de manera significativa el daño que puede experimentar un paciente durante su estancia hospitalaria.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la frecuencia de eventos adversos relacionados con medicación en pacientes hospitalizados en la Unión Europea está entre el 8% y el 12%, con 1 muerte por 100.000 habitantes debida a esos eventos adversos (cerca de 5.000 muertes por año).

Una revisión sistemática de la literatura relacionada llevada a cabo en 2008 reveló que la incidencia de eventos adversos asociados con hospitalización fue de 9,2%, de la cual 43,5% podrían haberse evitado.

Además, algunos estudios han revelado que los eventos adversos originados por médicos constituyen un alto porcentaje de todos los eventos adversos (entre el 12% y el 47,8%) que pueden ocurrir en la provisión de servicios sanitarios.

La mayoría de estos errores son evitables, mediante el uso de recursos organizativos como de IT. El uso de un Clinical Decision Support System (CDSS) en prescripción farmacéutica está totalmente justificado. Para mejorar el rendimiento de la base de datos hemos utilizado repositorios basados en ontologías en lugar de bases de datos relacionales.

OBJETIVO

Evidenciar el impacto positivo de un CDSS para la prescripción farmacéutica en la seguridad del paciente, incidiendo en la prevención en el momento de la prescripción, integrando variables clínicas, disponiendo el prescriptor de alertas y recomendaciones de ajuste de dosis en tiempo real, con un tiempo de espera típico entre la prescripción y la devolución del análisis de ésta por parte del CDSS en tiempo menor a 1 segundo.

MATERIAL

Se propuso un proceso de 4 etapas para llevar a cabo la puesta en marcha. 1 Definición de los casos de uso para la puesta en marcha del CDSS (dosis máxima, interacción medicamentosa, alergias (RAM), insuficiencia renal, complejidad farmacoterapéutica (DBCI), fármacos anticolinérgicos, trigger tools, frecuencia neonatos, dosis máxima neonatos). 2 Definición de las unidades donde se pone en marcha el CDSS (salas de hospitalización, quirófanos, urgencias y UCI, incluyendo neonatología; se incluyen todos los pacientes que hayan contactado en algún momento con estas unidades). 3 Integración con el proceso de prescripción farmacéutica existente en el HIS. 4 Arranque y análisis de las alertas y recomendaciones generados entre fechas.

El contenido del dataset de los medicamentos tiene como origen la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

RESULTADOS

Nueve casos de uso han sido validados e implementados en un hospital de 3er nivel (con la excepción de Consultas Externas), procesando unas 70.000 prescripciones cada mes.

En el análisis de los cuatro primeros casos de uso (julio 2020-noviembre 2021, una sala de hospitalización) se incluyeron 1046 pacientes. El CDSS generó 823 alertas, aceptándose 401 (48.7%).

En el análisis del caso de uso del paciente crónico mayor (julio-septiembre 2022, una sala de hospitalización) se incluyeron 107 pacientes. El CDSS generó 364 alertas, aceptándose 154 (42.3%).

CONCLUSIONES

El resultado presentado es muy bueno ya que en literatura el número de alertas aceptadas por prescriptores no supera el 10%; no obstante se han adoptado diferentes acciones de mejora: depurar alertas para evitar el exceso de notificaciones; trabajar con los prescriptores para refinar el funcionamiento; y preparar nuevos casos de uso especializados.

Con los resultados actuales queda demostrada la utilidad de este CDSS, con un impacto tangible en seguridad del paciente, así como dando seguridad al prescriptor en un ámbito tan sensible como la prescripción.

481 GENOMAE HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE DATOS, MONITORIZACIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES Y CONSEJO FARMACOGENÓMICO PARA IMPLEMENTAR MEDICINA PERSONALIZADA

Romero Candel, Gregorio¹; Santamaria, Sixto²; Sorigo, Lena³; Gomis Verdo, Albert ⁴

¹Hospital de Hellín; ²Datia Analytics; ³SOMILEN; ⁴Datia

INTRODUCCIÓN

La integración de la farmacogenética en la práctica clínica sigue siendo un reto. GENOMAE es una herramienta digital diseñada para interpretar perfiles genéticos y emitir recomendaciones farmacoterapéuticas personalizadas. Su objetivo es mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos, agilizar la toma de decisiones clínicas y facilitar el uso de la medicina personalizada en hospitales y proyectos de investigación.

OBJETIVO

Desarrollar y validar una herramienta digital para la interpretación de perfiles farmacogenéticos, orientada a mejorar la seguridad del paciente, optimizar la eficacia de los tratamientos y facilitar la toma de decisiones clínicas individualizadas mediante medicina de precisión.

MATERIAL

GENOMAE ha sido diseñada por un equipo multidisciplinar integrando conocimientos de farmacia, genética, bioinformática y medicina clínica.

Permite importar archivos genéticos en formato estándar (VCF), interpretar variantes clínicamente relevantes mediante algoritmos propios basados en bases de datos de referencia internacional (CPIC, DPWG, PharmGKB), y generar automáticamente recomendaciones terapéuticas personalizadas: ajuste de dosis, deprescripción, selección de alternativas y detección de interacciones.

El sistema está diseñado para integrarse tanto en entornos clínicos como en proyectos de investigación. Se encuentra en fase de validación dentro de estudios farmacogenéticos que analizan la relación entre variantes genéticas y respuesta a fármacos en distintas poblaciones. La herramienta también actúa como base de datos estructurada que permite almacenar y analizar información genética y farmacológica para generar nuevo conocimiento clínico.

Método de desarrollo del proyecto

- Coordinación por un grupo multidisciplinar: farmacia, genética, medicina e informática clínica.
- Desarrollo técnico y validación con casos simulados.
- Inclusión en estudios farmacogenéticos dirigidos por grupos de investigación para validar utilidad clínica.
- Comparación entre decisiones clínicas estándar y recomendaciones generadas.
- Evaluación del impacto en eficacia, seguridad y adecuación del tratamiento.
- Elaboración de materiales formativos para su adopción.
- Implementación progresiva en entornos clínicos reales tras validación.

RESULTADOS

Se ha desarrollado un prototipo funcional con capacidad para analizar perfiles genéticos en menos de un minuto y generar informes clínicos claros, adaptados a entornos asistenciales.

La herramienta ha demostrado alta concordancia con guías clínicas internacionales en pruebas técnicas simuladas. Su uso en estudios de validación ha permitido identificar casos en los que las recomendaciones farmacogenéticas contribuyen a evitar reacciones adversas, mejorar la adherencia y reducir la carga terapéutica.

GENOMAE ha mostrado también valor como recurso formativo para profesionales, facilitando el aprendizaje aplicado en escenarios clínicos. Como base de datos, ofrece funcionalidades para extracción de cohortes y análisis clínicos, con potencial para proyectos colaborativos multicéntricos.

CONCLUSIONES

GENOMAE es una solución tecnológica que acerca la medicina de precisión a la práctica clínica diaria.

Permite mejorar la seguridad del paciente, facilitar la toma de decisiones clínicas personalizadas y optimizar la farmacoterapia según el perfil genético. Su versatilidad como herramienta clínica, docente y de investigación la convierte en una propuesta integral para la implementación real de la farmacogenética.

482 ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS QUE CAUSAN CONSULTA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Juanes Borrego, Ana¹; Plaza Díaz, Adrian¹; Puig Campmany, Mireia¹; Sampol Mayol, Caterina¹; Acebes Roldán, Xènia¹; Ruiz Ramos, Jesús¹

¹ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud relacionados con el uso, mal uso u omisión de medicamentos (PSM) son una causa frecuente y, en muchos casos, evitable de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), especialmente entre pacientes frágiles y pluripatológicos. La implementación de programas de prevención secundaria dirigidos a esta población puede mejorar la calidad asistencial, reducir reconsultas y reingresos, y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

OBJETIVO

Evaluar el impacto asistencial de un programa de prevención secundaria de problemas de salud relacionados con los medicamentos que motivan la consulta en urgencias, en el marco de un modelo de atención multidisciplinar al paciente frágil durante el proceso de atención urgente.

MATERIAL

Se realizó un estudio prospectivo durante un periodo de cuatro años (2021-2024) en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos que acudieron al SUH con un Problema de Salud relacionado con Medicamentos (PSM) como diagnóstico principal o secundario.

El programa de intervención se articuló en torno a tres ejes fundamentales: 1) revisión de la medicación crónica centrada en la persona, 2) coordinación asistencial entre los distintos niveles de atención sanitaria y 3) seguimiento telefónico post-alta para garantizar la continuidad de cuidados.

El impacto asistencial del programa se evaluó mediante el análisis de las tasas de reconsulta y reingreso, por cualquier causa, a los 30 días del alta hospitalaria en los pacientes incluidos en el programa.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 3328 pacientes: 671 en 2021, 1028 en 2022, 731 en 2023 y 898 en 2024. La edad media fue de 76,7 años (DE: 15,7), y el 57,1% eran mujeres.

Los diagnósticos más frecuentes asociados a los PSM fueron el estreñimiento asociado a alta carga anticolinérgica (11,8%), las crisis hipertensivas (10,7%) y las hemorragias digestivas (10,6%). Los grupos farmacológicos más implicados fueron los anticoagulantes (21,4%), laxantes (9,3%) y los diuréticos (7,5%).

A los 30 días del alta, 505 pacientes (15,2%) reconsultaron en el SUH: 132 (20,6%) en 2021, 153 (15,5%) en 2022, 95 (13,2%) en 2023 y 125 (13,9%) en 2024. Además, 146 pacientes (4,9%) fueron reingresados: 43 (6,7%) en 2021, 43 (4,3%) en 2022, 28 (3,9%) en 2023 y 29 (3,2%) en 2024. Se observa una tendencia decreciente en ambos indicadores a lo largo de los cuatro años.

CONCLUSIONES

El programa de prevención secundaria de PSM ha demostrado ser una intervención eficaz y eficiente desde una doble perspectiva: clínica y de gestión sanitaria. La integración de atención farmacéutica personalizada, junto con una adecuada coordinación asistencial y seguimiento post-alta, contribuye significativamente a reducir las reconsultas y reingresos.

Estos resultados respaldan la extensión de este modelo a otros centros como estrategia de mejora continua en la calidad de la atención y en el uso seguro de medicamentos, especialmente en pacientes frágiles y en contextos clínicos complejos.

498 HACIA UNA GESTIÓN HOSPITALARIA EFICAZ: USO DE LA IA EN EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CLAVE EN LOS INGRESOS POR FACULTATIVO EN URGENCIAS GENERALES

Cuchi Alfaro, Miguel Ignacio¹; Pazos Rodríguez, Laura¹; Capilla Pueyo, Rosa¹; Garijo Álvarez, Jesús Ángel¹; Reyna Calatayud, Javier¹; García Pondal, Julio Jesus¹

¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias es un proceso complejo que involucra dos factores fundamentales: el conocimiento clínico y la fluidez en la toma de decisión. En este contexto, se ha realizado un análisis de las solicitudes de ingreso, los diagnósticos más frecuentes y la duración de la estancia hospitalaria de pacientes provenientes de urgencias generales en un Hospital Universitario de alta complejidad durante el año 2024.

El informe diario de las altas de urgencias que se genera mediante IA presenta, entre otros muchos indicadores, las altas por destino (domicilio, ingreso hospitalario, traslado, etc.) desglosadas por médico que firma el ingreso y la patología atendida mediante codificación en CIE-10 de forma automática. Esto permite un punto de partida propicio para poder llevar a cabo un análisis más exhaustivo del manejo de la solicitud de ingresos por médico, descubriendo así las causas que puedan ayudar a mejorar, a la Dirección del hospital, en la gestión de las urgencias generales.

OBJETIVO Analizar los patrones de ingreso desde urgencias, identificando causas de la asistencia, diagnósticos, tiempos de estancia y factores asociados a altas precoces. Con ello se busca evaluar la efectividad del sistema actual y explorar áreas de mejora en la toma de decisiones y en la asignación de recursos, optimizando así el proceso de hospitalización

MATERIAL

Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo a partir de los datos de urgencias generales para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, utilizando el sistema Rosetta 360 System AI, basado en Procesamiento de Lenguaje Natural. Esta información se ha contrastado y completado con el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización, para así seleccionar pacientes con estancia hospitalaria de 0, 1 y 2 días, excluyendo aquellos con motivo de alta traslado o éxitus. Se analizaron los diagnósticos más frecuentes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el servicio de ingreso y la categoría diagnóstica mayor (CDM). Asimismo, se propuso una diferenciación entre los ingresos gestionados por médicos adjuntos y por residentes, teniendo en cuenta la importancia de la supervisión de los adjuntos en la decisión final. Además, se evaluaron los niveles de triaje, severidad y mortalidad según el sistema de clasificación por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Se analizó la distribución de peticiones de ingreso por servicio, así como los episodios de hospitalización procedentes de urgencias que fueron dados de alta en menos de 24 y 48 horas. Finalmente, se identificaron los diagnósticos más frecuentes en pacientes con estancia de 0, 1 y 2 días, así como en aquellos que finalmente no fueron hospitalizados.

RESULTADOS

Se registraron 1.678 ingresos procedentes de urgencias generales con estancia hospitalaria de 0, 1 o 2 días. Los diagnósticos más frecuentes se corresponden con patologías de los sistemas respiratorio, circulatorio y digestivo. Un 25,7 % de los pacientes ingresados presentaban un nivel de triaje 1 o 2, crítico o emergencia, respectivamente. Se identificaron 432 episodios con petición de ingreso que finalmente no fueron hospitalizados, principalmente debido a dos motivos: la reevaluación clínica y la disponibilidad de camas. Los códigos CIE-10 más comunes en estos casos incluyeron disnea no especificada, insuficiencia cardíaca y neumonía. Se observó variabilidad en la decisión de ingreso según el facultativo, con diferencias significativas entre adjuntos y residentes.

CONCLUSIONES

La variabilidad en la decisión de ingreso y la elevada proporción de estancias cortas sugieren oportunidades para optimizar la gestión hospitalaria desde urgencias. La revisión de criterios de hospitalización y el fortalecimiento de alternativas asistenciales podrían reducir ingresos innecesarios. Además, la implementación de herramientas de apoyo a la decisión clínica mejoraría la eficiencia y la calidad asistencial.

El uso de Inteligencia Artificial ha sido fundamental en la transformación de la gestión de las urgencias.

509 CONTINGENCIA INVERNAL: CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS ASISTENCIALES DE LOS EPISODIOS DE INGRESO

Molina Pérez, Concepción²; Librero López, Julian²; Unanua Santesteban, Ana Consuelo¹; Miren, Pascual Rodríguez¹; Marcilla Hernández, Diana¹; Sancha Zúñiga, Ana¹

¹Hospital Universitario Navarra; ²NAVARRABIOMED

INTRODUCCIÓN

El aumento de camas de hospitalización convencional del plan de contingencia invernal de un hospital terciario de la red sanitaria pública española se hace con cargo a las especialidades de Medicina Interna, Neumología y Geriátrica.

Los episodios de ingreso de estas especialidades en "unidades de contingencia" se consideran "no ectópicos". Sin embargo, comparten similitudes con los episodios de ingreso ectópico.

Un reciente estudio ha mostrado mayor probabilidad de reingreso y aumento del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con ingreso ectópico.

OBJETIVO

Describir las características de los episodios de ingreso generados en unidades de contingencia, por indicación del Servicio de Urgencias Generales, durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2022 y el 31 de marzo de 2023, según su distribución por tipo de ingreso (ingreso no ectópico, ectópico y unidad de contingencia).

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, con recogida de datos retrospectiva, en el periodo mencionado.

Se incluyeron en el estudio los episodios de ingreso de personas de 15 o más años, en unidades de contingencia, a cargo de Medicina Interna, Neumología o Geriátrica, por orden del Servicio de Urgencias Generales.

Para describir las características de la muestra se analizaron como variable independiente el tipo de ingreso (ectópico-no ectópico-unidad de contingencia), como variables dependientes las características demográficas de los pacientes y las características de los episodios clínicos y asistenciales y como variables de resultado, la estancia, la presencia de complicaciones, el reingreso y la mortalidad intrahospitalarios.

Para el contraste en las distribuciones se aplicó el test de chi cuadrado para variables categóricas y la t de Student para las variables continuas o de intervalo.

Para variables no normales, como duración de estancia, se realizaron transformaciones logarítmicas.

Una $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo

RESULTADOS

Los ingresos ectópicos y en unidad de contingencia son significativamente más frecuentes en pacientes de Neumología y en mujeres. El primer aspecto puede tener relación con la evolución de la pandemia por COVID-19.

Los tiempos de atención en Urgencias son significativamente menores para ingresos en planta de contingencia y ectópicos. La probabilidad de ingreso ectópico es mayor los domingos y lunes, mientras que los ingresos no ectópicos son más comunes los miércoles. Estos resultados pueden relacionarse con la demanda y la presión asistencial en Urgencias.

No existen diferencias significativas en la distribución de ingresos por edad y especialidad.

Los 5 APR-GRD más frecuentes para cada grupo son comunes y evidencian el aumento de patología asociada a circulación de virus respiratorios.

La estancia hospitalaria es significativamente menor para ingresos en planta de contingencia y ectópicos, excepto en Neumología. La gravedad afecta a la duración de la estancia.

Se observa un aumento en los reingresos a 7 y 30 días para Neumología.

Los ingresos ectópicos y en unidad de contingencia se asociaron con una mayor mortalidad intrahospitalaria, a los 7 y 30 días post-alta. La edad y el género masculino también se relaciona con un aumento en la mortalidad.

Se observa efecto protector significativo de Neumología en la mortalidad intrahospitalaria, mientras que Medicina Interna muestra efecto protector sin significación estadística.

Un reciente estudio ha mostrado mayor probabilidad de reingreso y aumento del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con episodio de ingreso ectópico. Es probable que los efectos asistenciales negativos observados en los episodios de ingreso en unidad de contingencia puedan atribuirse a las similitudes compartidas por ambos tipos de ingreso.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio sugieren proporcionan una base para el conocimiento del fenómeno analizado. Continuar investigando para profundizar en las características, factores y efectos asistenciales de los ingresos en unidad de contingencia permitirán una visión más completa y fundamentada del tema.

10 ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA A LOS CENTROS SANITARIOS

Rueda Martínez, María Luisa¹

¹ Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de los Centros Sanitarios, es la dificultad de los pacientes para acceder a los mismos mediante la llamada telefónica.

La mayoría de estas llamadas de pacientes, van dirigidas a gestionar las citas que tienen programadas o pendientes, tanto para su información, cambios, anulación, etc.

En este caso, nos centramos en la casuística del Hospital respecto a las Consultas Externas, donde, en los Servicios analizados (Consultas externas del hospital, Centro de Especialidades y Radiología), tienen una media de 180 llamadas diarias para citas en consultas y 74 para pruebas radiológicas, respectivamente.

La centralita general del Hospital recibe tal volumen de llamadas, que es imposible abordar esta demanda, más aún cuando el Servicio de Admisión está descentralizado por Servicios en diferentes plantas.

El Portal del Paciente está siendo una herramienta muy útil, pero sigue siendo la llamada telefónica el medio más rápido para la gestión de citas, por la intercomunicación que ofrece.

Todas estas dificultades nos ocasionan gran cantidad de reclamaciones y quejas de los usuarios, por lo que hemos decidido instalar un servicio de llamadas automatizado llamado TeleQ.

OBJETIVO

- Que todos los pacientes que precisan acceso al Servicio de Admisión del Hospital a través del teléfono puedan ser atendidos en tiempo y forma, e intentar solucionar su problema de asistencia.
- Reducir el absentismo de las Consultas Externas ya que la mayoría de estas llamadas tienen como finalidad anular, cambiar o reprogramar citas.
- Racionalizar el trabajo del personal de admisión, ordenando las llamadas.
- Mejorar la imagen de accesibilidad del usuario con el Servicio de Admisión.

MATERIAL

- Análisis de la necesidad detectada
- Introducción de un sistema de Centralita automatizada (TeleQ) donde quedan registradas todas las llamadas en un programa informático. El usuario deja su teléfono, y recibe una llamada de retorno por parte del administrativo.
- Valoración de la necesidad de Recursos Humanos, dependiendo del número de llamadas. En algunos casos, con la reordenación de tareas del personal administrativo, no se precisa incremento de personal.
- Formación por parte de la empresa (inicial y seguimiento), con posibilidad de resolución de problemas a tiempo real.
- TeleQ permite adaptar su sistema a las necesidades en cada momento, de una manera ágil, con posibilidad de modificación de mensajes, horarios, número de usuarios, etc.

RESULTADOS

- Evita la duplicidad de llamadas del mismo usuario, ya que una vez recibida la llamada no permite una nueva llamada del mismo número, avisando a través de un mensaje, que se le llamará.
- Reducción de las inasistencias a las Consultas, llegando a un 8,53% por debajo del 15% exigido en el Contrato de Gestión.
- La gestión de llamadas realizada por 2 administrativos en cada servicio permite atender el 100 % de las llamadas recibidas.
- Disminución de las reclamaciones de atención telefónica.

DATOS ANULES 2024

SERVICIO	TOTAL LLAMADAS	FINALIZADAS MISMO DÍA	FINALIZADAS DÍA SIGUIENTE	% MISMO DÍA
Admisión	38.167	38.167	0	100%
Radiología	14.310	9.072	2.821	63%
Centro Especialidades	18.913	18.680	106	99%

- El resultado más importante ha sido conseguir que todos pacientes que se comunican telefónicamente con el hospital sean atendidos.

CONCLUSIONES

Los resultados satisfactorios obtenidos, nos demuestran que TeleQ es un sistema fiable, operativo y ágil, que permite el acceso telefónico a los pacientes.

Este sistema permite una ordenación del trabajo administrativo, pudiendo compatibilizar la atención telefónica a los pacientes, con el trabajo interno del Servicio de Admisión.

Los administrativos que atienden TeleQ, disponen de información suficiente para resolver las demandas de los pacientes y, en caso contrario, pueden derivar el asunto a la persona adecuada.

Nuestro objetivo ampliar TeleQ a otros Servicios con dificultades de comunicación.

11 ACCESIBILIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS USUARIAS Y PROFESIONALES

Tíscar González, Verónica¹; Pérez Urdiales, Iratxe³; Unanue Arza, Saloa³; García Vez, Irantxu⁴; Garrido Núñez, Marta⁴; Elizegi Narbarte, Garbiñe³

¹ OSI Bilbao Basurto; ¹ OSI Bilbao Basurto; ³ UPV/EHU; ⁴ OSAKIDETZA

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad en los servicios sanitarios ha evolucionado más allá de las barreras arquitectónicas para abarcar la usabilidad integral de entornos, procesos y comunicaciones, asegurando igualdad efectiva en el acceso y las prestaciones para todas las personas, independientemente de sus capacidades. Esto incluye el uso de espacios, la concertación de citas y la interacción con profesionales sanitarios. Diseñar espacios sanitarios humanizados requiere comprender y traducir las necesidades de pacientes y profesionales en el diseño de estos entornos. Tal enfoque no solo mejora la calidad del servicio, sino también la percepción positiva de los y las pacientes, influyendo en su satisfacción y confort.

OBJETIVO

Identificar las necesidades de personas mayores autónomas, personas con diversidad funcional y sus cuidadores respecto a centros y sistemas sanitarios accesibles y humanizados, evaluando la viabilidad de sus propuestas con profesionales sanitarios y expertos en arquitectura y telecomunicaciones para mejorar la atención y comunicación en el sistema sanitario.

MATERIAL

Este estudio descriptivo transversal cualitativo incluyó participantes seleccionados mediante muestreo intencional por su conocimiento y capacidad para aportar información relevante. A nivel de usuarios del sistema sanitario, participaron personas mayores de 65 años con distintos grados de dependencia según la escala de Barthel, personas con diversidad funcional o sus cuidadores, y familiares o representantes de asociaciones de pacientes. A nivel profesional, se incluyeron profesionales sanitarios (enfermeras, médicas, asistentes sociales) y expertos en arquitectura, ingeniería o telecomunicaciones, dada su capacidad para proponer mejoras basadas en las necesidades identificadas. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad, un grupo focal y un workshop. Las conclusiones del grupo y las notas se transcribieron para un análisis temático independiente por tres investigadores, utilizando un árbol preliminar de códigos enfocado en barreras, facilitadores y soluciones. Los resultados fueron discutidos por el equipo para definir categorías y subcategorías finales. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación (67.22 CEICHUB).

RESULTADOS

Los participantes destacaron la importancia de un sistema sanitario inclusivo y adaptable, capaz de atender la diversidad de necesidades de las personas con discapacidad en cuatro áreas: adaptabilidad, movilidad, comunicación, y configuración de consultas. Subrayaron el valor de contar con protocolos específicos y la implementación de ajustes razonables para mejorar la experiencia. También resaltaron oportunidades para optimizar la accesibilidad física, como transporte, baños y ascensores diseñados para todos. En cuanto a la comunicación, señalaron la posibilidad de fortalecer los sistemas de gestión de turnos y atención digital o telefónica. Por último, remarcaron el impacto positivo de contar con consultas accesibles, camillas adaptables y herramientas inclusivas que garanticen privacidad y calidad en la atención.

CONCLUSIONES

Este estudio destacó la importancia de dar voz a los/as pacientes para identificar sus necesidades sentidas, y contrastarlas con la perspectiva no solo de expertos/as profesionales de salud y gestión, sino también en telecomunicaciones e ingenieros/as proponiendo soluciones viables. Este enfoque participativo permitió desarrollar un informe detallado de unas 50 páginas, que no solo recoge áreas de mejora, sino que también ofrece propuestas factibles de implementación. Los resultados son altamente aplicables y fácilmente transferibles a otras organizaciones, lo que potencia su valor como herramienta para impulsar sistemas de salud más inclusivos y orientados a las personas.

46 ATENCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO SOCIAL PUNTO CLAVE DE TRANSFORMACIÓN

González Lázaro, Ana María¹; Pérez González, Óscar²; Azcona Sáenz, Patricia¹; Pérez Martín, Elena¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ²Observatorio Salud Pública de Cantabria

INTRODUCCIÓN

Una atención hospitalaria más humanizada y basada en el valor conlleva impulsar estrategias de atención temprana del riesgo social como agente modulador de resultados en salud y sostenibilidad de recursos.

La evidencia científica vincula la vulnerabilidad social con el descenso de posibilidades personales para alcanzar un estado óptimo de salud y con la pérdida de días útiles de hospitalización.

La atención temprana del riesgo social es aval de atención integral centrada en la persona y de sensibilidad al enlace entre niveles asistenciales.

OBJETIVO

Reducir la pérdida de días útiles de hospitalización asociados a vulnerabilidad social mediante un procedimiento de cribado de predictores de riesgo social.

MATERIAL

El ámbito de aplicación es una Unidad de Hospitalización de Medicina Interna, con una ocupación media de 38 camas e índice de rotación del 44,13%. La estancia media es de 7,1 días. Atendida por 5 Médico/as Internistas, 20 Enfermeros/as, 20 Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería y 1 Trabajadora Social sin dedicación exclusiva a este Programa. Perfil de paciente con predominio porcentual de mujeres (55%) sobre hombres (45%) y edad media de 82 años, siendo el 55% mayor de 85 años, con elevada prevalencia de comorbilidad, fragilidad y dependencia.

El Protocolo consta de 4 fases:

Detección de predictores de riesgo social al ingreso dentro de la valoración enfermera.

Interconsulta de derivación a la Unidad de Trabajo Social.

Validación y estratificación del riesgo social por Trabajo Social

Intervención social temprana según nivel de vulnerabilidad.

Su implementación ha conllevado adaptación de herramientas digitales de gestión clínica y desarrollo de acciones de formación, sensibilización y promoción del cambio.

La evaluación se efectúa mediante un diseño metodológico de estudio cuasi experimental (Pre-Post). El cálculo muestral se hace mediante muestreo aleatorio simple (MAS), se estima un tamaño muestral de $n=302$ pacientes ($N=1.400$) tanto en etapa Pre como en Post.

El periodo de estudio es el comprendido entre febrero 2023 y marzo 2024.

RESULTADOS

El 74,6% tiene realizada valoración por Enfermería de predictores sociales (53,0% en Pre y 96,2% en Post) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$).

Identifican predictores de riesgo social en 13,50% (8,6% en Pre y el 18,36% en Post).

Trabajo Social ve incrementadas sus interconsultas en más de un 100%, validando criterios de riesgo social en el 70% (73% en Pre y el 68% en Post).

El porcentaje de pacientes que bloquea cama en el periodo Pre- Intervención es de 5,6%. En el periodo Post no existen pacientes que bloquean cama.

La media de días de bloqueo es de 2,94 (DV:1,56°). En etapa Post la media de días de bloqueo es 0. Para el análisis se ha procedido mediante una prueba T para muestras independientes. No existen diferencias significativas entre Pre y Post.

La pérdida de días útiles de hospitalización por bloqueo de cama asociado a vulnerabilidad social se calcula en 232 días/año.

CONCLUSIONES

Facilitar formación y sensibilización en factores predictores de riesgo social a Enfermería favorece la intervención proactiva y temprana de Trabajo Social, vinculándose con la disminución de pérdida de días útiles de hospitalización por motivos sociales.

Se evidencia el ahorro económico, al que añadir ahorro en coste social y de salud relacionados con la duración de la hospitalización, contribuyendo a un equilibrio óptimo y sostenible del sistema.

La atención temprana del riesgo social es una práctica asistencial innovadora, de innegable potencial para avanzar en una atención hospitalaria multidisciplinar y cohesionada, que ponga en valor no sólo las necesidades biomédicas, sino también el contexto social y la diversidad de las personas a las que atiende.

70 COMISIÓN INTERNIVELES DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y SU DISTRITO

García Martínez, Elena¹; Segura Ruiz, Rocío¹; Fernández Ramos, Joaquín Alejandro¹; Sereno Copado, Juan Alfonso¹; García Juliá, María Angeles²; Lázaro Mármol, José Ángel²

¹Hospital Universitario Reina Sofía; ²Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir

INTRODUCCIÓN

La gestión de la incapacidad temporal (IT) de los profesionales en el sector sanitario es un reto clave para los equipos directivos, especialmente en un contexto de alta carga asistencial, procesos de incapacidad muy prolongados y dificultades de cobertura del déficit generado.

OBJETIVO

Con el objetivo de optimizar los tiempos de IT y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, se ha constituido una Comisión Interniveles del Distrito Córdoba-Guadalquivir y el Hospital Universitario Reina Sofía.

Este grupo de trabajo busca establecer mecanismos de control, detección de áreas de mejora y aplicación de estrategias para reducir el absentismo entre los profesionales sanitarios.

MATERIAL

Se implementa una comisión de trabajo multidisciplinar con representantes del hospital y del distrito, estableciendo líneas estratégicas para la optimización del proceso de IT. Entre las principales acciones se incluyen:

- 1. Gestión compartida de información:** Control de ratios de IT por centro de salud y facultativo, revisión de casos prolongados (>180 días) y creación de un repositorio común de datos.
- 2. Optimización de circuitos asistenciales:** Establecimiento de reuniones con unidades implicadas (Salud Mental y Osteoarticular) para agilizar diagnósticos y tratamientos.
- 3. Interlocución y seguimiento:** Definición de responsables en cada nivel asistencial, implementación de un sistema de comunicación directa y reuniones periódicas para evaluar avances y detectar áreas de mejora.

RESULTADOS

Se analizan los principales indicadores tras la implementación de estas medidas, evaluando el impacto en la reducción de la duración de la IT y la reincorporación de los profesionales. Se identifican barreras y oportunidades para la mejora del proceso.

CONCLUSIONES

La coordinación entre niveles asistenciales y la gestión activa de la incapacidad temporal permiten optimizar la duración de los procesos de IT y mejorar la disponibilidad de profesionales. La creación de un circuito ágil, con responsables definidos y estrategias adaptadas a cada unidad, resulta clave para reducir el absentismo y mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos humanos en el sector sanitario.

80 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ECADOL

Ramírez Puerta, Dulce¹; Villamizar, Valeria²; Arasa, Esther³; Quevedo, Julia⁴; Santiñá, Manuel³; Botella, Vicente⁵

¹Directora Médica del Hospital Universitario Infanta Cristina y Vicepresidenta de SEDISA - Hospital Universitario Infanta Cristina;

²Grünenthal Pharma; ⁴Sociedad Española de Calidad Asistencial; ⁴Dirección Asistencial Este de Madrid. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria; ⁵Grünenthal Pharma

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico (DC) afecta al 25,9% de la población española y representa uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP)^{1,2}.

La AP es el nivel más visitado por los pacientes con DC (87,6%), mientras que a Atención Hospitalaria (AH) acuden un 69,4%.

Las Unidades del Dolor (UD), debido a su alta especialización, representan el servicio hospitalario de referencia para el abordaje del DC, sin embargo, se estima que solo 24,1% accede a estas. Además, los tiempos para diagnóstico y tratamiento son prolongados, constituyendo estos aspectos una de las principales barreras del proceso asistencial¹.

Esta realidad subraya la necesidad de optimizar la continuidad asistencial para mejorar el manejo de los pacientes españoles con DC.

OBJETIVO

El objetivo general fue analizar la situación actual de la continuidad asistencial en el abordaje del DC en España, identificando las barreras que dificultan su consecución y explorando posibles oportunidades para lograr la continuidad asistencial deseada.

Los objetivos específicos incluyeron: examinar la disponibilidad y aplicación de protocolos de derivación, evaluar el rol de las distintas especialidades en el proceso de derivación, analizar la presencia de figuras clave en la gestión de pacientes con DC, y estudiar la existencia y funcionamiento de los comités del dolor.

MATERIAL

Se realizó un estudio basado en una encuesta a directivos y mandos intermedios de AP y AH.

El cuestionario diseñado para este fin fue distribuido entre mayo y junio de 2024, mediante Microsoft Forms, a 4.000 miembros de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, la Sociedad Española de Directivos de AP y la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció que los participantes debían ser miembros de alguna de estas sociedades y haber ocupado un cargo de responsabilidad en los últimos 12 meses.

Se obtuvieron 180 respuestas, y los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva.

Los resultados obtenidos reflejan la percepción de los encuestados, no constituyendo valores absolutos sobre la situación real.

RESULTADOS

- **Derivación a UD:** los encuestados indican que las especialidades que más derivan a UD son Traumatología (83%), Rehabilitación (78,4%) y Reumatología (77,8%), seguidas de AP (58,8%). La interconsulta es la herramienta más usada para este propósito (80,1%).
- **Protocolos de derivación:** 48,1% de los centros cuenta con protocolo de derivación, pero solo el 69,1% lo aplica en la práctica.
- **Ruta asistencial:** el 32,5% de los centros dispone de una ruta asistencial definida para pacientes con DC.
- **Figuras clave:** 41,7% tiene un 'referente en dolor', representado en un 66,7% por anestesia y en un 21,3% por AP. Además, solo un 16% cuenta con una figura que coordina el tránsito del paciente entre niveles asistenciales.
- **Comités de dolor:** 39,44% de los centros dispone de un comité de dolor, aunque en el 76% de los casos la actividad es media o baja, y solo en un 66,2% hay representación de AP.

CONCLUSIONES

1. El estudio ECADOL revela deficiencias en la continuidad asistencial del DC en España.
2. La falta de procedimientos claros y la variabilidad en la derivación a la UD dificultan el acceso a un tratamiento adecuado, poniendo de manifiesto la necesidad de establecer protocolos estandarizados y garantizar su cumplimiento.
3. Fortalecer la AP mediante formación y herramientas mejoraría su capacidad resolutoria en el abordaje del DC. Además, consolidar figuras clave, como gestores de casos y referentes en dolor facilitaría la transición del paciente por el sistema.
4. Se recomienda la creación de comités multidisciplinares, con la inclusión de todas las especialidades que intervienen en DC, incluida AP.

90 CREACIÓN DEL COMITÉ DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Alonso Ares, Tirso¹; Rodríguez Ramos, Amparo¹; Giménez Cabrera, Adriana¹; Rubio Gómez, Juan Antonio¹; Arévalo La Calle, José María¹; González Maldonado, Carlos¹ç

¹ SUMMA^{1 1 2}

INTRODUCCIÓN

La participación ciudadana es un derecho que implica a todos los ámbitos: sociales, culturales, económicos, políticos y sanitarios. La colaboración entre los profesionales de la salud y la sociedad civil representada por los pacientes requiere herramientas para tener una comunicación efectiva. Además, la Responsabilidad social nos invita a rendir cuentas de lo que hacemos y cómo lo hacemos.

Dar voz a los pacientes y conocer su experiencia más allá de la percepción directa sobre los servicios o las quejas que tienen, en el ámbito sanitario, es de suma importancia en los procesos de mejora de los servicios de emergencias, para adaptarnos a sus necesidades de accesibilidad, comunicación, traslado sanitario...puesto que ellos son el fin último de nuestra organización.

OBJETIVO

Integrar la voz de los pacientes y ciudadanía en un Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

Constituir un mecanismo de participación de los pacientes y la ciudadanía;

Mejorar la calidad, accesibilidad y utilidad de la información que se proporciona a los pacientes sobre nuestro servicio.

Conocer su experiencia, promover la participación conjunta en actividades de formación y docencia y concienciar a nuestros profesionales en la atención a la diversidad.

MATERIAL

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre los comités de pacientes que se han constituido en los centros sanitarios tanto nacionales como internacionales.

Se definieron las Comisiones que venían desarrollando un trabajo colaborativo con asociaciones de pacientes: Transporte, Humanización, Calidad Percibida, Seguridad del Paciente, Atención al Dolor y Atención al Paciente.

Se contactó con las asociaciones que ya estaban trabajando con nosotros y otras que se identificaron como relevantes por la necesidad de adaptación por nuestra parte a los requerimientos específicos de los pacientes.

RESULTADOS

Creación del Comité de Pacientes en septiembre del 2023 junto con la dirección, unidad de calidad, representantes de 6 comisiones y 13 asociaciones de pacientes que tienen contacto continuo y estrecho con nuestra organización.

Actuaciones más relevantes:

- Con la Asociación de Parálisis Cerebral (ASPACE) para dar formación a nuestros profesionales, nuestra organización ha presentado en ASPACE el Procedimiento para el traslado de pacientes con perro de asistencia.
- Encuesta para conocer la percepción que tienen los profesionales con relación a las personas con discapacidad.
- Documento: Recomendaciones Uso de Lenguaje inclusivo en nuestro SEM.
- Participación en actividades formativas y de concienciación hacia nuestros profesionales de diversas asociaciones (ALCER-ASPACE-ASHEMADRID) y en proyecto (Autismo, AdELA)

CONCLUSIONES

La creación del Comité de Pacientes, nos ayuda a ordenar, priorizar y orientar nuestras actuaciones en base a las necesidades que transmiten y nos ayuda a garantizar su acceso equitativo a nuestro servicio, a ser más humanos, entender sus necesidades, escucharles y mejorar su experiencia con nuestro SEM.

92 CREACIÓN, DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DE UN CENTRO SANITARIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Menchen Tabasco, María Del Carmen¹; Losa García, Juan Emilio¹; Pérez-Monte Mínguez, Beatriz¹; García Álvarez, Mireia¹; Filigheddu, María Teresa¹; Carrasco García, María Cruz¹

¹ Hospital Universitario Fundación Alcorcón

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ha incrementado considerablemente constituyendo un importante problema de salud. Según el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (CM) del 2023, en el período 2019-2023 se incrementaron de forma notable los casos de infecciones por gonococo, clamidia y sífilis y desde el año 2022, se añadieron los diagnósticos crecientes de Mpox.

Un análisis preliminar del proyecto permitió identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del centro sanitario. La principal fortaleza es la estrecha relación que tiene con el hospital de referencia. La proximidad física al hospital permite el acceso de los pacientes a todas las infraestructuras y servicios que pudieran ser requeridos, teniendo en cuenta que el hospital forma parte del Fast-Track City. Entre las oportunidades está la posibilidad de impulsar la docencia y formación en ITS tanto en pregrado como en postgrado y colaborar con proyectos multicéntricos de investigación en ITS. La principal debilidad la constituye el tiempo necesario para asentar la dinámica de funcionamiento del centro sanitario en la operativa del hospital. Entre las amenazas se pueden citar la imprevisible evolución de la demanda asistencial y las disponibilidades presupuestarias.

OBJETIVO

Describir el proceso de diseño de un modelo orientado a reducir las infecciones de transmisión sexual en el sur de la CM mediante su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, organizando y estableciendo relaciones con los stakeholders del área de referencia.

MATERIAL

Estudio observacional descriptivo.

Se establece la cartera de servicios; se definen los espacios para admisión, consultas de enfermería, consultas médicas, trabajador social y psicólogo; se planifican los recursos materiales necesarios para dotar el centro; se seleccionan los recursos humanos para iniciar el proyecto: dos médicos especialistas, dos enfermeras, 1 técnico en cuidados auxiliares de enfermería, 1 celador, 1 administrativo, 1 psicólogo y 1 trabajador social.

Se garantiza el apoyo y la colaboración de las Unidades de Microbiología, Análisis Clínicos, Farmacia, Dermatología, Preventiva, Urgencias, Ginecología y Psiquiatría. Se realiza la integración de los Sistemas de Información del hospital en los sistemas de información actuales utilizados en la red de centros de ITS de la CM para disponer de un cuadro de mando único y hacer seguimiento de la actividad a nivel local como de la red de centros de ITS de la CM.

RESULTADOS

Plan de implementación, estructurado en cuatro fases:

- Julio-septiembre 2024: Planificación, asignación de recursos y selección de personal.
- Octubre 2024: Formación de personal en el centro de referencia.
- Noviembre 2024: Atención de primeros usuarios en la cartera de servicios priorizados
- Marzo 2025: Ampliación de la actividad a turno de mañana.

El Centro Sanitario ha atendido a 1534 usuarios únicos del 11 de noviembre de 2024 al 13 de marzo de 2025. El número de usuarios ha ido creciendo hasta situarse en los 40 diarios actualmente. Se han realizado 3486 actos clínicos: 461 triajes de enfermería; 1246 consultas médicas; 1654 consultas de enfermería para la realización de pruebas o administración de tratamientos, educación sanitaria y vacunas; 92 consultas de trabajo social y 19 consultas de farmacia.

CONCLUSIONES

La evolución temporal, y en consecuencia las tendencias, de la actividad diaria ha ido en aumento desde el inicio del proyecto hasta la actualidad.

Se ha analizado la actividad realizada, las necesidades y las áreas de mejora. Esta evaluación ha sido imprescindible para cumplir el compromiso de cartera de servicios acordado de centros de ITS de la CM y que precisará añadir las siguientes prestaciones:

- Programa de Profilaxis Pre-Exposición al VIH.
- Confirmación microbiológica urgente del diagnóstico de infección por VIH.
- Programa de consejo reproductivo dirigido a parejas heterosexuales serodiscordantes al VIH.

101 DEL DESAFÍO A LA EXCELENCIA: OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Valverde Sanjuan, Gema¹; Valverde Sanjuan, Gema²; Rojo Santos, Elena³; Martínez Arce, Alejandro²; Tejón Pérez, Guillermo²; Ruiz Saiz-Aja, José Antonio²; Moya Mier, Susana²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ³Hospital Virtual Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La gestión del área quirúrgica en hospitales de tercer nivel representa un desafío constante, marcado por la necesidad de equilibrar la eficiencia operativa con la seguridad del paciente y la excelencia clínica. En este contexto, la simulación clínica emerge como una herramienta estratégica de valor incalculable. Más allá de la mera capacitación del personal, la simulación ofrece a los gestores la capacidad de identificar áreas de mejora en los procesos, evaluar el desempeño de los equipos y tomar decisiones basadas en datos objetivos, contribuyendo así a la optimización de la gestión y la mejora continua de la calidad asistencial.

OBJETIVO

Describir la implementación de dos programas de formación con simulación clínica, con el objetivo de demostrar su utilidad como herramienta para abordar desafíos de capacitación y organizativos en el área quirúrgica.

MATERIAL

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinario, integrado por la subdirección de enfermería quirúrgica, supervisoras, responsables de formación y enfermeros expertos de las diferentes especialidades quirúrgicas. Se llevó a cabo un análisis de las necesidades formativas y organizativas, identificando dos áreas prioritarias: manejo de urgencias vitales y capacitación en cirugía robótica. Para cada una de esas áreas se definió un plan de preparación con las competencias fundamentales, las situaciones clave en las que aplican esas competencias y actividades de desarrollo continuo. Se midió la satisfacción mediante encuestas de escala Likert de 5 puntos.

RESULTADOS

El análisis del grupo de trabajo reveló dos desafíos que impactaban en la seguridad del paciente y la eficiencia de los procesos:

- **Programa de atención de urgencias vitales:** Se diseñaron 5 programas adaptados a las necesidades de cada unidad quirúrgica (cirugía cardiovascular, cirugía general, traumatología y especialidades). Se determinaron objetivos de adquisición de conocimientos, habilidades técnicas y habilidades de comportamiento (trabajo en equipo, transmisión de información). Cada programa implicó cuatro fases:
 - Introducción a la simulación clínica, para facilitar la reflexión de las necesidades de cada especialidad
 - Sesión teórica sobre el manejo seguro de las urgencias vitales de cada una de las especialidades.
 - Talleres prácticos para las habilidades relacionadas con la preparación de material e instrumental básico.
 - Entrenamiento multidisciplinar de casos clínicos simulados que permitió el desarrollo de habilidades relacionadas con la comunicación del equipo y la transmisión de la información.

Se formaron 146 enfermeras, 33 auxiliares, 27 facultativos. El grado de satisfacción ha sido muy alto (81,79%). La simulación proporcionó además datos objetivos para identificar áreas de mejora en los procesos. Se observó una mejora en la coordinación del equipo, la comunicación y la eficiencia en la respuesta ante situaciones de urgencia vital. Además, la simulación permitió identificar y corregir desafíos organizativos antes de que afectaran a los pacientes, contribuyendo a la mejora de la seguridad.

- **Programa de Cirugía Robótica:** Se implementó un programa de 121 horas, que incluyó actualización teórica, entrenamiento casos simulados y práctica mentorizada por un tutor (100 horas en 20 sesiones de 5 horas).

Las encuestas de satisfacción revelaron un alto grado de satisfacción con la metodología y los resultados de los programas de simulación.

CONCLUSIONES

La simulación clínica se consolida como una estrategia integral para la optimización de la gestión y la seguridad en el área quirúrgica. Su implementación genera beneficios tangibles en la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos y la toma de decisiones.

105 DESARROLLO DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES PARA LA MEJORA CONTINUA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Pérez Espés, Lucía¹; Pérez, Lucía²; Hernández, Pereña³

¹SERMAS; ²Centro Salud Isla Oza; ³Hospital Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

El interés por la gestión de la calidad en el ámbito sanitario ha crecido debido a la mayor información y expectativas de los usuarios, la búsqueda de la eficiencia por parte de los gestores sanitarios y la dimensión ética generada por los profesionales de la salud. En los últimos años, se ha dado gran importancia al desarrollo de nuevas metodologías para medir la experiencia del paciente con el objetivo de implantar acciones de mejora en la calidad asistencial. Estas herramientas buscan proporcionar información sobre la percepción del paciente al interactuar con los servicios sanitarios, permitiendo transformar el sistema sanitario para alcanzar mejores resultados en salud. Entre los sistemas para lograr la medición de los resultados de una forma sencilla y directa se incluye el Net Promoter Score (NPS), que permite evaluar la atención recibida por el paciente con el objetivo de mejorar los servicios prestados en las organizaciones sanitarias.

OBJETIVO

El estudio tiene como objetivo desarrollar, de forma autónoma, e implementar un sistema informático para evaluar la percepción y experiencia de los pacientes sobre la atención sanitaria recibida en un hospital de complejidad intermedia, utilizando el Net Promoter Score (NPS). Esto permitirá identificar áreas de mejora y monitorizar continuamente los indicadores clave relacionados con la experiencia del paciente.

MATERIAL

El desarrollo del proyecto se dividió en cinco etapas. En un primer momento, se desarrolló y validó la encuesta. Posteriormente, se creó una encuesta online utilizando Microsoft Forms, se extrajeron los datos y se prepararon los archivos para el envío de SMS. Tras ello, se desarrolló un cuadro de mandos en Microsoft Power BI para obtener la información automatizada en tiempo real. Por último, se realizó un pilotaje del sistema y se implantó y difundió la encuesta en el hospital.

RESULTADOS

El sistema se desarrolló por parte del equipo investigador sin coste alguno para la organización e implementó en el hospital. Al ser un desarrollo propio se pudo adaptar a todas las necesidades que pudieron surgir durante su elaboración.

Durante el pilotaje, se obtuvieron 8.102 respuestas. Se pilotó en dos ámbitos como fueron las consultas externas (89,62% de las respuestas) y la cirugía programada (10,38% de las respuestas).

La valoración global promedio de los pacientes quirúrgicos fue de 8,7 y el NPS de 60,76. En consultas externas, la valoración global promedio fue de 8,12 y el NPS de 31,61.

En el pacto de objetivos del centro con los servicios se contempló como indicadores la puntuación NPS y las áreas de mejora implementadas a raíz de la información reportada por los pacientes.

CONCLUSIONES

Las organizaciones sanitarias tienen la posibilidad de desarrollar soluciones utilizando aplicativos de uso habitual, sin requerir la colaboración de empresas externas, para analizar la experiencia del paciente y avanzar en la mejora de la asistencia sanitaria.

129 EL PACIENTE INFORMADO: HACIENDO LA INFORMACIÓN SANITARIA MÁS ACCESIBLE Y COMPRENSIBLE

Gracia Val, Patricia¹; García Herrero, Inés¹; Tajada Gasco, Alicia¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

El proyecto “El paciente informado” surge de las necesidades detectadas en el marco del programa “El paciente protagonista”. A través de mesas de diálogo con pacientes y profesionales sanitarios, se identificó una demanda clara: los pacientes requieren información adecuada, comprensible y uniforme para afrontar sus procesos de salud con mayor confianza. Se observó que muchos olvidan o no comprenden la información proporcionada durante consultas o tras intervenciones, recurriendo a fuentes no fiables que generan desinformación y ansiedad. Este proyecto busca responder a esta necesidad mediante materiales claros, accesibles y validados.

OBJETIVO

Garantizar el acceso a información clara, validada y uniforme para fomentar la participación activa del paciente en su proceso asistencial.

MATERIAL

Se implementaron las siguientes acciones:

- Creación y distribución de guías informativas en cada servicio hospitalario.
- Desarrollo de materiales accesibles en formato físico y digital.
- Inclusión de contactos de asociaciones de pacientes en las guías cuando fuese relevante.
- Centralización de la información en un blog hospitalario.
- Difusión entre los servicios hospitalarios y creación de un buzón de correo para solicitudes de guías.
- Incorporación de la elaboración de materiales como acción obligatoria en los acuerdos de gestión.
- Validación de contenidos por especialistas para garantizar claridad y uniformidad.
- Colaboración con asociaciones de pacientes para incluir información sobre recursos comunitarios.
- Publicación de guías en el blog hospitalario.

RESULTADOS

Desde su inicio, “El paciente informado” ha producido más de 100 guías adaptadas a distintas especialidades hospitalarias. Los pacientes han valorado positivamente la claridad y utilidad de estos materiales, mientras que el personal sanitario los emplea como recurso complementario en consultas. La web hospitalaria ha registrado un aumento significativo de visitas. Aún no se han medido métricas específicas sobre la reducción de consultas innecesarias, pero los comentarios recogidos en mesas de diálogo reflejan una mejora en la experiencia del paciente.

CONCLUSIONES

El proyecto demuestra que proporcionar información clara y uniforme empodera a los pacientes, mejora su experiencia y reduce la incertidumbre en procesos asistenciales. La inclusión de contactos de asociaciones fortalece el apoyo comunitario. A largo plazo, se busca extender el modelo a todas las áreas del hospital, ampliando y actualizando continuamente el blog para mantener su relevancia.

136 EL USO DE “BUNDLES” COMO HERRAMIENTA EN CUIDADOS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA

Fraga Moya, Eva¹; Fernández Del Palacio, Encarnación¹; Aranda Prados, José Ramón¹; Cerrato Mena, Cristina¹; Valera Monsalve, Raquel¹; Santiago Sáez, Andrés Sebastián¹

¹ Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la zona quirúrgica (IQZ) representa una de las complicaciones más comunes y graves del ámbito quirúrgico, afectando significativamente la morbilidad y los costos hospitalarios. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) indica que la incidencia en España es relativamente alta en comparación con otros países europeos. La seguridad del paciente en el entorno quirúrgico es fundamental para minimizar los eventos adversos y mejorar los resultados clínicos, y las enfermeras son esenciales para garantizarla y para mejorar la seguridad de los resultados postoperatorios mediante la implementación de medidas preventivas.

OBJETIVO

Sensibilizar a través de la enfermera referente de seguridad del paciente que hay en cada unidad, mediante paquetes sistematizados de información (BUNDLES), con el fin de mejorar los cuidados de enfermería prequirúrgicos en las unidades de hospitalización quirúrgica y cirugía mayor ambulatoria.

MATERIAL

Se creó un comité multidisciplinar de cirugía segura liderado por la enfermera responsable de seguridad del paciente. Dado que el paciente desde que sale de la consulta de preanestesia donde se le facilita información, hasta que es intervenido, pueden pasar varios meses, unido al estrés que genera la cirugía, se ha visto que en muchas ocasiones no recuerda las instrucciones dadas para su preparación.

Se utilizaron 28 BUNDLES, según el tipo de cirugía; todos ellos con carácter didáctico y formativo. Fueron colocados en unidades de hospitalización quirúrgica, (traumatología y ortopedia, cirugía cardíaca, cirugía general, ginecología y cirugía colorectal). Se dieron píldoras formativas a unas 100 enfermeras donde se explicaba el cuidado en el proceso quirúrgico. Las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo con un modelo de observación, vigilancia y monitoreo de las medidas preventivas incluidas en los BUNDLES, cuyo contenido está incluido en los checklist de seguridad del paciente quirúrgico.

RESULTADOS

El trabajo coordinado con el resto de los miembros del equipo durante el proceso perioperatorio ha tenido un impacto significativo en la reducción de las tasas de infección quirúrgica, aumentando la seguridad del paciente.

Se ha llevado a cabo un análisis de historias clínicas del programa informático SELENE+, de los pacientes intervenidos en el periodo de diciembre del 2024 y enero del 2025, comprobando las cirugías realizadas y los checklist prequirúrgicos cumplimentados. De las 1650 cirugías que se habían realizado estaban cumplimentados 1350, los 300 restantes sin cumplimentar correspondían a cirugías de urgencia.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermería en la prevención de infecciones en la zona quirúrgica es un pilar importante en la seguridad del paciente, además de que está presente en todas y las fases del proceso perioperatorio. La difusión de los BUNDLES como medida de apoyo en los cuidados ha supuesto una ayuda a la enfermera y ha sido muy bien acogidos. Los registros para una cirugía segura ayudan a vincular datos relevantes para una preparación y prevención de las infecciones quirúrgicas. Hay que destacar que el cumplimiento y adecuación de las medidas priorizadas PRIQ-O (programa de infección quirúrgica) viene condicionados por parte de enfermería, siendo una pieza clave de todo ese proceso.

138 ENCUESTAS A TIEMPO REAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Alonso Ares, Tirso¹; Rodríguez Rodil, Nuria María¹; Giménez Cabrera, Adriana¹; Rúa Sanz, Esmeralda¹; Mañé Romero, Laura¹; Fernández Delgado, Adela Ángela¹

¹ SUMMA^{1 1 2}

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales han determinado que las organizaciones sanitarias además de garantizar la efectividad y la seguridad se esfuercen en mejorar la experiencia y calidad percibida del paciente.

Nuestro Servicio de Urgencia Extrahospitalaria (SUE) se propuso conocer la experiencia del paciente para mejorarla.

OBJETIVO

Implantar encuestas a tiempo real en un SUE para conocer la experiencia del paciente.

MATERIAL

Grupo de trabajo: profesionales de Atención al Usuario, Calidad, Humanización, Sistemas de Información y empresa experta en soporte tecnológico.

1. Definir población diana (PD) y método de evaluación (Likert y Net Promoter Score NPS)
2. Elaborar cuestionarios. Revisión interna y Externa por expertos de la consejería de sanidad. Autorización.
3. Determinar canal de comunicación para encuesta online, soporte e integración informática con plataforma de empresa externa.
4. Pilotaje, implantación y mejoras.

RESULTADOS

1. Definida PD: usuarios de servicios prestados por los recursos móviles y Centro Coordinador de Urgencias (CCU) que tuviesen un teléfono inteligente. Se establecieron 7 segmentos de PD de pacientes atendidos por:
 - Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI),
 - Vehículos de Intervención Rápida (VIR),
 - Unidades de Atención Domiciliaria (UAD) Médica,
 - UAD Enfermera,
 - Ambulancias (A) de Traslado Sanitario Urgente (TSU)
2. Se elaboran 7 cuestionarios con diseño web y específicos por segmento asistencial. Nº de preguntas: de 17 (TSU) a 27 (TSP), una de perfil sociodemográfico optativas y una abierta de sugerencias de mejora. Indagan satisfacción global, información, competencia, trato, dolor, espera, resolución, adaptación a discapacidad (si existía) y recomendación del servicio. Las de TSU y TSP incluían aspectos específicos del estado de las ambulancias.
3. Canal: mensaje telefónico con enlace de acceso para responder el cuestionario. Envío desde Sistemas de Información SUE y respuesta va anonimizada a la plataforma informática de empresa externa que elabora información con diferentes desagregaciones y crea informes, al que se accede en base a perfiles predefinidos.
4. Inicio Implantación: 14/02/2024 (UVI, VIR, UADM y UADE). En proceso de implantación las otras tres. Incorporación de mejoras en reuniones de seguimiento.

Entre 14/02 y 31/05 se han recibido 2771 encuestas de UADM (NPS 61), 502 de UADE (NPS 70), 2756 de UVI (NPS 73) y 968 de VIR (NPS 78).

- A de Traslado Sanitario Programado, (TSP)
- Telefónicamente por el CCU.

CONCLUSIONES

Implantar encuestas online para conocer la experiencia del paciente requiere: diseñar cuestionarios ad hoc, establecer vías de acceso a la web de cuestionarios, plataforma informática para registro y análisis de resultados y acceso a informes automáticos. Las encuestas a tiempo real agilizan incorporar acciones para mejorar, prevenir y minimizar situaciones que impacten negativamente.

El soporte facilita difundir la información y concienciar a los profesionales implicados en la prestación directa.

Es exportable a otros servicios.

149 ESTRATEGIAS DE BIENESTAR PARA PROFESIONALES: UN ENFOQUE INTEGRAL

Sobrino Luengo, Susana¹; Lluch Garvi, Veronica¹; Ortiz Monjo, Alicia¹; Molina Guasch, Marilisa¹; Canet Cortes, María Del Carmen¹; Vidal Barceló, Petra¹

¹ Hospital Universitario Son Llàtzer

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios enfrentan un alto riesgo de estrés laboral y síndrome de burn-out, lo que afecta negativamente tanto a la organización como al ambiente de trabajo. Esto se manifiesta en un deterioro de la comunicación y las relaciones interpersonales, impactando la calidad de los cuidados a los pacientes. Aunque hay variables en el entorno hospitalario que no pueden cambiarse, existen otras que sí pueden modificarse para fortalecer a los profesionales ante situaciones adversas.

Abordar el bienestar de los profesionales de la salud contribuye directamente al quíntuple objetivo de mejora de la atención sanitaria propuesto por el Institute for Healthcare Improvement. Un personal saludable y satisfecho es esencial para proporcionar una atención de alta calidad y eficiente, mejorar la salud de la población, optimizar la experiencia del paciente, reducir los costos por cápita de la atención médica y promover la equidad en salud.

OBJETIVO**General:**

- Optimizar el bienestar y la salud de los profesionales.

Específicos:

- Reducir la incidencia de problemas de salud mental y física entre los profesionales.

- Mejorar el compromiso y la productividad del personal.

MATERIAL

Teniendo en cuenta las guías de BPSO, el hospital ha implementado un programa de bienestar laboral con varias estrategias para disminuir el estrés y el burn-out entre los profesionales. Este programa tiene como objetivo prevenir tanto problemas físicos como psicosociales, promoviendo hábitos saludables que mejoren el bienestar del equipo de trabajo. Para desarrollar este programa, se ha seguido el modelo PERMA, que se centra en cinco elementos esenciales del bienestar: Emoción Positiva, Compromiso, Relaciones, Significado y Logro.

Las intervenciones incluyen:

1. **Apoyo Psicológico:** Se ha establecido una consulta para proporcionar apoyo psicológico continuo a los profesionales, con sesiones de terapia individual o grupal.
2. **Grupo de Ventilación Emocional:** Una vez a la semana, dirigido por una psicóloga clínica, se crea un espacio para que los profesionales puedan expresar aspectos que les provocan malestar.
3. **Formación y Capacitación:** Se imparten formaciones en control del estrés, comunicación efectiva y técnicas de autocuidado, impartidas por una coach, para ofrecer una capacitación continua.
4. **Bienestar Físico:** Se han puesto en marcha los programas "Espalda Sana" y "Taller de Fuerza" con sesiones de 40 minutos dos veces por semana para la prevención de problemas físicos.
5. **Programa de Acogida:** Se desarrolla un programa de acogida para el personal de nueva incorporación, facilitando su integración y adaptación al entorno hospitalario, con el apoyo de un Mentor, quien juega un rol crucial en la orientación y apoyo a los nuevos empleados.

RESULTADOS

Cada intervención está diseñada para mejorar un aspecto concreto del bienestar, abarcando tanto la parte psicosocial como física del trabajador. Estas estrategias han demostrado ser efectivas en la reducción del estrés y el burn-out, mejorando el bienestar general de los profesionales y, en consecuencia, la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

CONCLUSIONES

Mejorar el bienestar de los profesionales de la salud es crucial para alcanzar los objetivos de una atención sanitaria de alta calidad y eficiente. Los gestores tienen la responsabilidad de crear profesionales más resilientes y hacer que estas prácticas saludables formen parte integral de la política y cultura de la organización, ya que no solo mejora el bienestar de los profesionales, sino que también optimiza el funcionamiento del hospital, beneficiando a todos los involucrados.

151 ESTRATEGIAS PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DE DÍA

Gómez García, Héctor¹; Sánchez Martín, África¹; Mateo Hernández, Ana Belén¹; García Hernández, M Cándida¹; Gómez De Quero Masiá, Pedro²; Consuegra Llapur, Eduardo¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

Humanizar un hospital pediátrico implica un enfoque integral que cubre todas las necesidades de los niños y sus familias, no solo desde el ámbito físico, sino también desde el psicológico y social. Este enfoque busca garantizar el bienestar completo del paciente, considerando aspectos emocionales y de apoyo familiar. Es crucial diseñar espacios físicos que sean acogedores, cálidos y funcionales, creando un ambiente que reduzca el estrés y promueva la tranquilidad. Asimismo, la comunicación efectiva entre el personal de salud y las familias es fundamental para una atención más eficiente y humanizada. Además, ofrecer actividades recreativas y creativas durante la hospitalización permite que los niños puedan distraerse y mantenerse activos de manera acorde a sus condiciones médicas, contribuyendo a su recuperación. No menos importante es el cuidado psicológico, que se debe adaptar a cada niño, brindando un soporte emocional constante tanto para los pacientes como para sus familias.

OBJETIVO

Describir las herramientas de mejora de la humanización dentro de unidad de hospitalización y hospital de día pediátrico en un centro hospitalario de cuarto nivel.

MATERIAL

Desde 2021 a 2025 se han desarrollado iniciativas e implantado herramientas de humanización basadas en el "Plan Persona centrando la asistencia sanitaria en ti". Se crea un grupo multidisciplinar alineado con la dirección del centro incluyendo asociaciones de pacientes, niños y familiares para co-diseñar y co-crear con ellos.

RESULTADOS

Se abordan las esferas de infraestructura, organización, familia, ocupación de tiempo e intimidad. Para ello, se ponen en marcha diferentes iniciativas:

- Individualizar habitaciones
- Sala específica de familiares
- Disposición de cama para acompañante
- Adecuación de salas de espera con decoración, elementos de juegos, lectura, exposiciones de juguetes
- Decoración de habitaciones: paredes, suelo, techo y puertas
- Utilización de elementos móviles, coches, bicicletas para el desplazamiento a quirófano/consultas
- Entorno estimulante con juegos, distracciones, utilizando la cromoterapia y la motivación
- Habitaciones temáticas (Egipto, astronomía, letras, música)
- Creación del espacio lúdico-didáctico exterior "Jardín de María"
- Espacio para asociaciones de pacientes

CONCLUSIONES

La humanización de los procesos asistenciales, especialmente en el ámbito pediátrico, juega un papel fundamental al poner al paciente en el centro del cuidado, abordando sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales. Este enfoque, que valora los derechos de los niños y la relevancia del contexto familiar y cultural, permite ofrecer una atención más personalizada y respetuosa, lo cual contribuye a una mejora notable en los resultados de salud. Además, la remodelación de los espacios hospitalarios, considerando las necesidades de los pacientes y sus familias, no solo crea un entorno más agradable y menos estresante, sino que también asegura la intimidad y confidencialidad que son esenciales en el proceso de atención. La adecuación de estos espacios favorece un ambiente que reduce la ansiedad y promueve el bienestar tanto de los niños como de los familiares que los acompañan. En línea con este objetivo de mejora, estamos trabajando en la adaptación de una encuesta internacional sobre la experiencia del paciente pediátrico en co-creación con ellos y sus familiares. Esta herramienta permitirá conocer mejor las percepciones y necesidades de los niños y sus familias en nuestro entorno, con el fin de diseñar estrategias más efectivas que fortalezcan la atención humanizada y personalizada, mejorando continuamente la calidad del servicio.

158 EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA LIDERAZGO PARA LA GESTORA ENFERMERA: DESARROLLO DE UN TEST DE JUICIO SITUACIONAL

Pérez González, Silvia¹; Marqués Sánchez, Pliar²; Suarez Tascón, Mónica¹; Torre Miñones, Miguel¹; González Sánchez, Almudena¹; González García, Alberto²

¹ Complejo Asistencial Universitario de León; ² Universidad de León

INTRODUCCIÓN

El liderazgo es una competencia fundamental para la gestora enfermera, influyendo directamente en la calidad de la atención, la gestión de equipos y la eficiencia organizativa. Sin embargo, en el contexto sanitario español, no se dispone de instrumentos específicos validados para evaluar esta competencia en los diferentes niveles de dirección enfermera. La presente investigación aborda esta brecha mediante el desarrollo de un Test de Juicio Situacional (SJT) que permita evaluar la competencia liderazgo en gestoras enfermeras.

OBJETIVO

Desarrollar y validar un instrumento de evaluación de la competencia liderazgo para la gestora enfermera, basado en un Test de Juicio Situacional (SJT), que facilite su aplicación en selección, formación y desarrollo profesional.

MATERIAL

Se diseñó un estudio observacional en cuatro fases:

1. Scoping review para identificar las características del liderazgo en la gestora enfermera.
2. Entrevistas de Incidentes Críticos (EIC) a expertas gestoras para contextualizar el liderazgo en situaciones reales.
3. Desarrollo del Test de Juicio Situacional basado en los incidentes críticos identificados.
4. Validación del SJT mediante método Delphi y análisis factorial exploratorio con prueba piloto en una muestra de gestoras enfermeras.

RESULTADOS

Se identificaron 38 características clave de la competencia liderazgo, agrupadas en las dimensiones del liderazgo transformacional. Las entrevistas de incidentes críticos con gestoras enfermeras permitieron contextualizar estas características en situaciones reales. El SJT desarrollado presentó una estructura factorial coherente con los componentes del liderazgo transformacional, obteniendo altos niveles de validez y fiabilidad (KMO=0.85, Bartlett $p<0.001$). La prueba piloto confirmó la capacidad del test para diferenciar niveles de competencia en liderazgo, desde principiante hasta experto.

CONCLUSIONES

El Test de Juicio Situacional desarrollado representa una herramienta válida y fiable para la evaluación de la competencia liderazgo en la gestora enfermera. Su aplicación podría contribuir a mejorar la selección y formación de las gestoras enfermeras, facilitando su desarrollo profesional y garantizando una gestión más eficaz de los equipos de enfermería.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****257**

170 FEMINIZACIÓN SANITARIA: SITUACIÓN ACTUAL EN NUESTRA ÁREA

Chimeno Viñas, María Montserrat¹; García Castaño, Montserrat³; Tejedor Gómez, Gema³; Benito Juan, Ana³; De Castro Carretero, Almudena³

¹ SACYL; ² Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora; ³ Complejo Asistencial de Zamora

INTRODUCCIÓN

La feminización de la sanidad es un hecho evidente y que ha traído consecuencias ineludibles. A la feminización tradicional de la Enfermería se ha unido el predominio femenino en la clase médica. No obstante, los datos evidencian que a pesar de ser mayoría, son aún minoría en relación a ocupar cargos y jefaturas.

OBJETIVO

Conocer, analizar y reflexionar sobre la feminización del personal en nuestra Área de Salud así como evidenciar si existía predominio femenino entre los mandos intermedios.

MATERIAL

Estudio transversal, observacional, retrospectivo. Se solicitaron al Servicio de Personal los datos de los trabajadores de nuestra Área sanitaria a fecha 31 de diciembre de 2024. Se analizó el número total de trabajadores y sexo de los mismos y por niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Gerencia de Área). Asimismo, se analizó el género de los mandos intermedios de toda el área de Salud.

RESULTADOS

Nuestra Área Sanitaria tenía el 31 de diciembre de 2024 3052 trabajadores: 2391 mujeres (21,66%) y 661 hombres (78,34%). Analizando niveles asistenciales: en Atención Primaria el 73% del personal era femenino, en Atención Hospitalaria el 80,6% y en la Gerencia el 66,7%.

Analizando las diferentes Direcciones de Atención Hospitalaria: en la de Enfermería el 91% eran mujeres, en la de Gestión el 73%, y en la Médica el 62%. Respecto a la Atención Primaria: en la Dirección de Enfermería se objetivó 85% de mujeres, en la de Gestión 73% y en la Médica 61%.

Entre los mandos intermedios había un predominio femenino en Atención Hospitalaria (53%) y en la Gerencia de Área (100%). En Atención Primaria había igualdad en el género (50%/50%).

Respecto al equipo directivo del Área de Salud: el 71% eran mujeres.

CONCLUSIONES

- Existe una evidente feminización en nuestra Área sanitaria
- Esta feminización es mayor en Atención Hospitalaria.
- Nuestra Área difiere de los datos publicados en los que se señala que entre los cargos directivos y mandos intermedios hay predominio masculino
- Es imposible predecir que en los próximos años esta clara feminización vaya acompañada de mujeres en puestos de dirección en todas las organizaciones sanitarias.

173 FORMANDO LÍDERES EN ENFERMERÍA: PLAN DE DESARROLLO COMPETENCIAL PARA MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA

Sánchez Enano, María Isabel¹; Bernal Celestino, Ruben¹; Valero Polo, María Angeles¹; García Ayala, Miguel¹; Suarez-Bárcena González, Laura¹; Pacheco Salgado, José Miguel¹

¹ Gerencia Atención Integrada Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

Los mandos intermedios en el ámbito sanitario desempeñan un papel clave en la gestión de equipos, la comunicación organizacional, la calidad y la optimización de los procesos asistenciales. Sin embargo, se han identificado brechas en competencias esenciales como la gestión de recursos, administración de RRHH y liderazgo. Con el objetivo de mejorar estas habilidades y fortalecer las competencias de los mandos intermedios del hospital, así como la formación de los supervisores de nueva incorporación, se ha desarrollado un “Plan de Desarrollo Competencial para los Mandos Intermedios de la Dirección de Enfermería”.

OBJETIVO

El objetivo general del proyecto es establecer un Plan de Desarrollo Competencial para los mandos intermedios de la Dirección de Enfermería. Para ello, se han definido los siguientes objetivos específicos:

- Implementar un modelo de formación basado en mentoring y simulación.
- Evaluar las competencias de los supervisores antes y después del programa.
- Co-diseñar itinerarios formativos adaptados a cada perfil profesional.
- Incorporar herramientas innovadoras para la gestión del conocimiento.
- Potenciar la comunicación entre la Dirección, los mandos intermedios y los equipos asistenciales.

MATERIAL

El programa combina metodología cualitativa además de formación teórica y práctica a través de:

1. Identificación de competencias generales y específicas del mando intermedio. Sondeamos las competencias que creían que eran importantes mediante un Grupo nominal
2. Análisis de los patrones de comunicación del mando intermedio con los profesionales y la dirección, a través de encuestas.
3. Análisis de gestión del tiempo.
4. Curso de Gestión de equipos y seguridad clínica para supervisores
5. Modificación de las bases de la convocatoria de supervisión definiendo competencias requeridas, especificando las funciones y solicitando la elaboración de un proyecto
6. Sesiones de mentoring con supervisores experimentados.
7. Microcápsulas formativas en formato vídeo.
8. Cursos presenciales y materiales en plataforma virtual.
9. Elaboración de mapas de competencias individual

RESULTADOS

- Participación del 100% de los mandos intermedios en el programa.
- Listado de Mentores.
- Modelo de aprendizaje colaborativo basado en el intercambio de conocimientos entre supervisores
- Programa de mentorazgo para mandos intermedios de enfermería, con dos objetivos claramente definidos: el apoyo en la incorporación de los nuevos mandos intermedios y la gestión del conocimiento de los ya existentes
- Elaboración de 20 videos de 2' creados por y para supervisores/as sobre competencias, con debriefing en sesiones cortas
- Actualización del Manual de mandos intermedios
- Creación de un repositorio de información y documentación

CONCLUSIONES

La implementación de este programa de formación competencial continua permitirá mejorar la capacitación de los mandos intermedios, optimizando la gestión hospitalaria y la comunicación interna. Además, el uso de metodologías innovadoras como el mentoring, la formación modular y la simulación, ha facilitado una mayor implicación de los profesionales en su propio desarrollo y ha contribuido a fortalecer la estructura organizativa del hospital además de favorecer la profesionalización del liderazgo en el ámbito sanitario.

185 GESTIÓN DEL CAMBIO EN UN HOSPITAL DE 4000 TRABAJADORES HACIA UN MODELO DE TELEMEDICINA: UN ENFOQUE INTEGRAL

Davins Riu, Meritxell¹; Valero Valdelvira, Patricia²; Cano Izquierdo, Mireia²; Alegre Cabrera, Pablo²; Bonjorn Dalmau, Mercè²; Palahi Navarro, Estela²

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ²Hospital Germans Trias i Pujol. Grup INEDIT, IGTP

INTRODUCCIÓN

La implementación de un cambio de modelo asistencial (telemedicina) en un hospital terciario representa un desafío significativo de gestión del cambio. Esta transición no solo implica la adopción de nuevas tecnologías, sino también un cambio cultural profundo dentro de la organización. Este estudio describe el proceso de transformación, destacando las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos.

OBJETIVO

El objetivo es lograr la transición de un modelo tradicional de atención presencial a un enfoque basado en telemedicina, fomentando la participación activa de los profesionales y pacientes, y consolidando un equipo de alto rendimiento dentro de la institución. Mejorar la calidad del servicio, la comunicación interna y la atención al usuario.

MATERIAL

Se implementaron diversas estrategias de comunicación y participación, : reuniones, focus groups y programas de sensibilización. Se utilizó un enfoque mixto de investigación, combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Se llevaron a cabo entrevistas y encuestas para recoger la percepción de los pacientes y profesionales de la salud, proporcionando una visión holística del proceso de cambio.

Además, se incorporaron indicadores estructurados como PROMs y PREMs para evaluar la experiencia y resultados de los pacientes. Se definieron más de 1000 variables estructuradas con múltiples mediciones en cada una, permitiendo un análisis detallado y preciso de los efectos de la transición a la telemedicina. También se monitoreó la calidad del servicio mediante métricas de satisfacción del usuario y eficiencia operativa.

RESULTADOS

Más de 450 profesionales han adoptando el nuevo modelo de telemedicina. Se han registrado 3000 pacientes en la plataforma, 80 casos de uso. La integración de métodos cualitativos permitió un alto grado de aceptación y adaptación.

Además, la motivación organizacional ha sido evidente en eventos como la jornada institucional, donde la alta demanda agotó los asientos en menos de tres semanas. Todos los estamentos, desde la dirección hasta el personal asistencial y administrativo, han estado involucrados activamente en el proceso, fomentando una cultura organizacional centrada en la innovación y la excelencia en la atención.

CONCLUSIONES

La transición hacia la telemedicina ha demostrado ser un éxito, no solo en términos de adopción tecnológica, sino también en la generación de un cambio cultural positivo dentro del hospital. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos ha permitido comprender y abordar las necesidades tanto de los profesionales como de los pacientes, asegurando una implementación efectiva y sostenible.

En conclusión, una adecuada gestión del cambio, basada en la comunicación, la participación activa y la evaluación continua, puede transformar una institución de salud, mejorando la atención a los pacientes y la motivación de los profesionales.

191 GESTIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA: LIDERANDO LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO EN EL SECTOR SANITARIO

Del Pozo Díez, Alicia¹; Gallego Morales, Luis Tomas¹; Olmedo Zuloaga, Manuel¹; Muñoz Santiago, Fernando¹; Cobas Gamallo, Francisco Javier¹; Pérez-Santamarina Feijóo, Rafael¹

¹ Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

El entorno hospitalario es una estructura altamente compleja, donde el capital humano constituye su recurso más valioso. Sin embargo, persisten deficiencias en la formación del personal, incluyendo el desconocimiento de procesos internos, normativas y protocolos, así como dificultades en la comunicación entre la Dirección y los diferentes equipos de trabajo, dado el tamaño y diversidad de la organización.

Para abordar estos desafíos, se creó el itinerario formativo “Gestión Integral Hospitalaria”, cuyo objetivo es actualizar conocimientos, mejorar la comunicación interna y alinear a los profesionales con las estrategias organizativas del hospital, fomentando su desarrollo profesional.

OBJETIVO

Este programa está diseñado para capacitar a los profesionales hospitalarios en normativas, protocolos y tendencias emergentes en la gestión sanitaria. Su finalidad es optimizar la comprensión del funcionamiento hospitalario, fortalecer el sentido de pertenencia y mejorar la comunicación interdepartamental. Además, facilita el acceso a créditos formativos clave para la carrera profesional, aumentando su atractivo para los trabajadores.

MATERIAL

“Gestión Integral Hospitalaria” se imparte anualmente en tres ediciones, adaptadas a diferentes turnos laborales. Su estructura combina formación teórica y práctica con docentes internos y externos expertos en cada materia. Desde su creación en 2019, el programa ha evolucionado en tres fases clave:

- **Fase inicial (2019-2020):** Enfoque transversal en normativas, protección de datos y calidad asistencial. Se desarrollaron 5 actividades en dos programas diferentes a lo largo de dos años lectivos.
- **Fase intermedia (2021-2023):** Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 en la gestión hospitalaria. Se llevaron a cabo 9 actividades en tres programas diferentes durante tres años lectivos.
- **Fase actual (2024-2026):** Aplicación de la inteligencia artificial en el entorno hospitalario. Hasta la fecha, se han realizado 3 actividades en un programa durante el primer año lectivo, con previsión de desarrollar otras 6 actividades en dos programas adicionales entre 2025 y 2026.

El itinerario se imparte en formato mixto, permitiendo la participación tanto presencial como a través de videoconferencia, ampliando así el acceso al programa. La evaluación continua, mediante encuestas de satisfacción, permite ajustar los contenidos según las necesidades detectadas por los profesionales. Además, se incorporan los objetivos estratégicos de la Dirección, definidos en reuniones periódicas entre el equipo de formación continuada y miembros del equipo directivo.

RESULTADOS

Desde su implantación, el programa ha registrado un impacto significativo:

- **Participación:** 708 profesionales en la fase inicial, 1.990 en la fase intermedia y 944 en el primer año de la fase actual.
- **Valoración:** Promedios de satisfacción de 8.7 en la fase inicial, 9.0 en la fase intermedia y 9.2 en la fase actual (escala 1-10).
- **Acreditación de la actividad:** 4.6 créditos de formación en la fase inicial, 5.4 créditos en la fase intermedia y 6.1 créditos en la fase actual.

La pandemia COVID-19 marcó un punto de inflexión, incrementando la demanda y percepción de valor del programa. La incorporación de tecnologías innovadoras, como la inteligencia artificial, ha multiplicado exponencialmente el interés y la relevancia de la formación, evidenciado en la participación y valoraciones de los participantes.

CONCLUSIONES

El itinerario “Gestión Integral Hospitalaria” ha demostrado ser una herramienta eficaz para fortalecer la formación básica de los profesionales y mejorar la comunicación en el entorno hospitalario. Su capacidad de adaptación a las necesidades emergentes ha impulsado un crecimiento continuo en participación y valoración. Además, ha facilitado una respuesta ágil a los cambios del sector sanitario.

La combinación de formación presencial y virtual ha ampliado el acceso a más profesionales, fomentando una cultura organizacional más integrada y eficiente, al tiempo que favorece la conciliación familiar. La incorporación de nuevas tecnologías y tendencias, como la inteligencia artificial, continuará fortaleciendo este programa como un pilar esencial en la capacitación hospitalaria.

197 GRUPOS DE REFERENTES EN ENFERMERÍA: ENFOQUE EN LA CORRESPONSABILIDAD DESDE EL SISTEMA ORGANIZACIONAL TEAL

Márquez López, Adrián¹; Arias Barroso, Piedad¹; Torralba Giménez, Guillermo¹; Colomé Lamas, Mireia¹; Buitrago Figueras, Noelia¹; Franquet Barnils, Esther¹

¹ Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓN

El liderazgo en enfermería es clave en la calidad del cuidado, seguridad del paciente y satisfacción profesional. Modelos participativos generan equipos cohesionados y eficaces en la toma de decisiones clínicas. La corresponsabilidad en la gestión del conocimiento y la práctica clínica es fundamental para una asistencia eficiente.

La escasez de enfermeras y la jubilación de profesionales han reducido la presencia de referentes en los equipos. Estos eran esenciales en la formación, transmisión del conocimiento y cohesión del equipo. Sin estrategias para consolidar su rol, la continuidad de estas dinámicas se ha visto afectada.

El cambio en el rol de enfermería ha impulsado modelos organizativos más flexibles y colaborativos. En este contexto, el sistema TEAL, basado en autogestión, plenitud y razón de ser evolutiva, ofrece un marco idóneo para transformar el liderazgo en enfermería. La creación de grupos de referencia liderados por profesionales de base permite la formación continua, la participación en decisiones y la mejora del cuidado.

Hemos implementado un modelo organizativo basado en TEAL en un hospital de tercer nivel en España, con la creación de grupos de referentes en cuatro áreas clave: incontinencia urinaria, accesos vasculares, curas complejas y educación para la salud. A diferencia de modelos jerárquicos, estos grupos han definido sus funciones, relación con el equipo y recursos necesarios, consolidando un liderazgo compartido basado en la autonomía profesional.

OBJETIVO

Generales

- Implementar el modelo TEAL en los equipos de enfermería en un hospital de tercer nivel en España.

Específicos

- Fortalecer la corresponsabilidad y autogestión mediante la implementación de grupos de referentes.
- Fomentar la autonomía de los grupos en la toma de decisiones clínicas.
- Garantizar la actualización de conocimientos y la práctica basada en evidencia en un entorno colaborativo.
- Mejorar la calidad asistencial optimizando la toma de decisiones y unificando criterios.
- Desarrollar indicadores para evaluar el impacto y la calidad del cuidado.

MATERIAL

3.1. Creación y funcionamiento de los grupos de enfermeras referentes

El proceso de implantación se estructuró en varias fases:

- Selección de referentes: Enfermeros/as con experiencia e interés en áreas estratégicas.
- Reunión inicial y definición del modelo: Presentación del proyecto y establecimiento de una estructura flexible y horizontal.
- Definición de objetivos y compromiso: Cada grupo estableció sus objetivos y se promovió la plenitud profesional.
- Estructuración del grupo y funciones: Definición de funciones, relación con equipos y necesidades de recursos.
- Desarrollo progresivo: Adaptación dinámica y evolutiva a la realidad asistencial.

3.2. Impacto y medición de indicadores

Se definieron tres niveles de impacto:

- Impacto institucional: Optimización del conocimiento y toma de decisiones, reducción de consultas especializadas y mejora en adherencia a protocolos.
- Impacto en el equipo de enfermería: Mayor seguridad en decisiones clínicas, fortalecimiento de la cohesión y mayor implicación en formación continua.
- Impacto en el paciente: Evaluación de satisfacción, reducción de tiempos de consulta y mayor adherencia a tratamientos.

RESULTADOS

Los datos preliminares muestran un impacto positivo:

- Mayor implicación en decisiones clínicas.
- Creación de un entorno de aprendizaje colaborativo.
- Adaptación flexible a necesidades asistenciales.
- Percepción positiva sobre autonomía y utilidad del modelo.

CONCLUSIONES

La implementación de grupos de enfermeras referentes bajo el sistema TEAL ha consolidado un modelo basado en la corresponsabilidad y autogestión, promoviendo una organización flexible, participativa y evolutiva. Se ha fortalecido un liderazgo compartido alineado con la práctica basada en evidencia.

El seguimiento del proyecto permitirá evaluar su impacto a medio y largo plazo en la calidad asistencial, seguridad del paciente y satisfacción del equipo, consolidando un nuevo paradigma en la gestión sanitaria.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****262**

202 HOSPITAL LIQUIDO ROMPIENDO BARRERAS

Regaña Velázquez, Daniel¹; Blanco García, Víctor¹; Del Río Espinel, David¹; Toledo García, Alba; Rodríguez Méndez, José María¹; Mate García, Xavier¹

¹ Quironsalud

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el acceso y admisión de pacientes en el ámbito ambulatorio de los centros asistenciales se ha caracterizado por ser una fuente de colas, esperas e insatisfacción para pacientes y profesionales. Gracias a la tecnología, el modelo ha evolucionado del mostrador tradicional a los quioscos de Autoadmisión. No obstante, en los pacientes privados el proceso de admisión se complica con la validación de filiación, aseguramiento y autorización. Todo esto ha derivado en un modelo ineficiente, con mostradores con largas colas con un alto impacto en la experiencia del paciente.

Conscientes de esta situación, en abril del 2024 se lanzó una iniciativa alineada con el principio de servir a los pacientes más allá de las expectativas. A diferencia del método tradicional, que implica quioscos de Autoadmisión, mostradores y largas colas, nuestro enfoque se centró en una atención personalizada, inmediata y sin obstáculos. Este proyecto representa la culminación de las estrategias de registro y confirmación de llegada, empoderando a los pacientes y agregando valor a su experiencia

OBJETIVO

El objetivo principal consiste en mejorar la experiencia del paciente mediante la optimización de los espacios y los profesionales, pasando de un proceso de admisión a un modelo de acogida en un centro hospitalario de atención aguda

MATERIAL

En septiembre de 2024 se implementó un núcleo de admisión centralizado, para sustituir 34 mostradores de diferentes salas de espera que asistían a 188 consultas, capaz de gestionar más de 3.000 visitas diarias, con un pico de afluencia de 300 pacientes por hora. Se realizó un estudio de gestión de colas basado en la metodología lean-Six sigma con tres sigmas de seguridad para absorber el 99,73% de la demanda. El objetivo era lograr un 70% de Autoadmisión gestionado por 5 quioscos verticales renovados con una interfaz sencilla y asistidos por un agente de salud. Para el 30% restante que presentaba incidencias y precisaba de asistencia por un profesional, se dispuso de 10 mesas tipo cafetería y 3 despachos para situaciones especiales, asignados automáticamente según disponibilidad.

Estos pacientes son atendidos de forma personalizada por 4 agentes de salud, equipados con tecnología móvil, que les permite asistir a las diferentes mesas donde los pacientes esperan sentados no más de 2 minutos según la demanda. Como contingencia se diseñó un espacio de desborde adyacente como buffer de seguridad, para absorber a modo de sala de espera convencional en caso de sobreocupación de mesas.

Pasamos de un modelo de colas, esperas e ineficiencia a automatización mayoritaria y atención personalizada para las excepciones.

RESULTADOS

Cuantitativamente, el 72% de los pacientes acude de forma directa y autónoma a su cita médica. El tiempo medio de registro se ha reducido en un 83,2% respecto al método tradicional, y el tiempo medio de atención prestado por el personal administrativo se ha reducido en un 26%. Cualitativamente, la calidad del servicio ha mejorado significativamente, eliminando mostradores y zonas de espera, y optimizando la tecnología, el tiempo, el espacio y el personal. La experiencia del paciente ha mejorado notablemente, con un aumento del NPS del 77%.

CONCLUSIONES

El nuevo modelo de recepción ha transformado la experiencia del paciente, eliminando barreras y optimizando recursos. Los pacientes ahora disfrutan de una atención más eficiente y personalizada, en un ambiente más cálido y acogedor. Sin mostradores que hagan de barrera y sin colas. Este enfoque no solo mejora la calidad asistencial, sino que también empodera a los pacientes, haciéndolos sentir valorados y respetados. La implementación de tecnologías avanzadas y estrategias arquitectónicas innovadoras ha sido clave para el éxito de este proyecto, marcando un hito en la atención sanitaria.

225 IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJARON CON PACIENTES COVID DURANTE LA PANDEMIA

Rodríguez De Miguel, Cristina¹; Rodríguez García, M^a De Los Ángeles¹; Rodríguez De Miguel, Cristina¹; Quesada Reyes, Johan Gregorio¹; Rey Luque, Óscar¹; Pérez Afonso, José Miguel¹; García Rodríguez, María Mercedes¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID tuvo un impacto significativo en la salud pública y el bienestar emocional de la población, afectando especialmente a profesionales sanitarios que trabajaron en atención directa de pacientes. La exposición prolongada a situaciones de alta carga emocional, incertidumbre, miedo al contagio, sobrecarga laboral y escasez de recursos incrementó el riesgo de fatiga por compasión, burnout e insatisfacción laboral en este colectivo.

El síndrome de desgaste por empatía (SDpE) es un concepto emergente que describe el impacto emocional del trabajo sanitario en la salud mental de los profesionales, afectando tanto su bienestar como la calidad de la atención brindada. La prevención secundaria, mediante estrategias de afrontamiento y resiliencia, podría mitigar sus efectos negativos.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de un programa piloto de prevención secundaria del SDpE en profesionales sanitarios que trabajaron en unidades COVID-19 en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL

Se diseñó un estudio cuasiexperimental de pre-post test con grupo único, prospectivo y longitudinal. Para ello, se llevó a cabo una valoración inicial entre profesionales sanitarios que trabajaron con pacientes COVID.

Esta valoración incluía:

- Información sociodemográfica.
- Experiencia laboral.
- Situaciones traumáticas en el pasado, entre otras, adaptadas del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (CETS).
- Cuestionario de Fatiga por compasión ProQOL IV (que mide fatiga por compasión, satisfacción por compasión y Burnout).
- Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE)

Tras esta evaluación seleccionaron 30 participantes con niveles elevados de SDpE, quienes participaron en un Programa Piloto de Prevención Secundaria, consistente en cinco sesiones de dos horas cada una. El programa abordó el reconocimiento y gestión del SDpE, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de la resiliencia y técnicas de autocuidado. Las mediciones se realizaron en tres momentos: antes de la intervención (T0), al finalizarla (T1) y seis meses después (T2).

RESULTADOS

Se evaluaron 148 profesionales, de los cuales se incluyeron 30 en el programa. El 80% fueron mujeres, con edad $\mu=40,5\pm 8,8$ años y experiencia laboral $\mu=13,6\pm 8$ años. El 90% eran TCAEs y enfermeras, y el 10% médicos.

Se observaron mejoras significativas en todos los factores evaluados del ProQOL IV:

- "Fatiga por compasión": T0=28.6 $\pm$ 7.5 vs T1=15.4 $\pm$ 8.5 vs T2=7.9 $\pm$ 2.5 ($p<0.01$)
- "Satisfacción por compasión": T0=27.4 $\pm$ 2.4 vs T1=43.7 $\pm$ 3.8 vs T2=47.4 $\pm$ 2.2 ($p<0.01$)
- "Burnout": T0=32.2 $\pm$ 5.6 vs T1=21.1 $\pm$ 5.1 vs T2=17.8 $\pm$ 3.5 ($p<0.01$)

En cuanto a ESAPE, el 63.3% presentaba un perfil de "Funcionamiento empático anormal con SDpE" en T0, reduciéndose al 36.7% en T1. A los seis meses, todos los participantes mostraron un perfil de "Funcionamiento empático normal con riesgo de SDpE" ($p<0.01$). Asimismo, se evidenciaron mejoras en "Involucración Profesional" (T1=2.3 $\pm$ 0.28 vs. T2=2.2 $\pm$ 0.1; $p<0.05$) y en "Cuidado Personal" (T0=2.6 $\pm$ 0.3 vs. T1=2.1 $\pm$ 0.3 vs. T2=1.9 $\pm$ 0.16; $p<0.01$).

CONCLUSIONES

El programa piloto de prevención secundaria del SDpE demostró ser eficaz en la reducción del desgaste emocional y la mejora del bienestar profesional en sanitarios expuestos a la atención de pacientes COVID. Se observaron reducciones significativas en la fatiga por compasión y el burnout, así como un incremento en la satisfacción por compasión y en las estrategias de afrontamiento.

A los seis meses de la intervención, todos los participantes mostraban un perfil de funcionamiento empático normal, con menor riesgo de SDpE, lo que sugiere la efectividad y sostenibilidad del programa a mediano plazo. Además, la mejora en la involucración profesional y el autocuidado destaca la importancia de implementar estrategias preventivas en el entorno sanitario para promover la resiliencia y la salud mental de los profesionales.

Se recomienda la integración de este tipo de programas en los servicios de salud como parte de las estrategias de prevención del desgaste emocional, con el fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y, en consecuencia, la calidad asistencial.

254 IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDAD DE CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA: UN ENFOQUE HOMOGÉNEO PARA LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS.

Cerezo Sanmartín, Margarita¹; López Alegría, Ramón²; Lorca Sánchez, M. Eulalia²; Egea García, M. Reyes²; Cano Fernández, Francisco²; Soto Ballester, Isabel M.²

¹Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud; ²Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud (SMS);

INTRODUCCIÓN

La implementación de consultas monográficas de enfermería en el ámbito de la salud, con la visión de enfermera de práctica avanzada (EPA), constituye un paso crucial hacia la optimización del cuidado y la mejora de la atención a los pacientes.

Este modelo, integrado en un equipo multidisciplinar permite a las enfermeras asumir roles más especializados y autónomos, fomentando una atención integral y personalizada, además de un impacto positivo en la eficiencia y calidad del sistema sanitario.

En el año 2023 se trazó como línea estratégica de la Dirección de Enfermería la normalización y seguimiento de estas consultas para asegurar una atención más especializada y centrada en el paciente, alineada con las necesidades actuales de los sistemas sanitarios

OBJETIVO

1. Normalizar el proceso de implementación de consultas de enfermería monográficas con enfoque de práctica avanzada.
2. Tutorizar a las enfermeras monográficas en competencias relacionadas con formación e investigación.
3. Evaluar el desarrollo de estas consultas en la calidad de la atención y en los resultados de salud de los pacientes.

MATERIAL

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios y experiencias relacionadas con la implementación de consultas de enfermería monográficas con visión de práctica avanzada.

En septiembre de 2023 se constituye un grupo de trabajo liderado por Supervisora de Área de Calidad con el objetivo de coordinar al grupo de enfermeras monográficas trabajando en equipo con las supervisoras funcionales en el desarrollo y seguimiento de competencias específicas necesarias para llevar a cabo estas consultas sobre todo en las áreas de formación e investigación, adecuación de registros y circuitos de continuidad de cuidados.

RESULTADOS

En la actualidad contamos con 8 consultas de enfermeras monográficas. Cada una ha seguido el mismo proceso de creación en cuanto a dotación de tecnologías de comunicación con el paciente y recursos de la consulta. (correo impersonal, teléfono móvil, tríptico de información al paciente sobre la consulta).

En las primeras sesiones del grupo las enfermeras han expuesto su actividad en la consulta, cartera de servicios y metodología de trabajo.

Se han trabajado las diferentes agendas y prestaciones orientándolas a las necesidades de los usuarios.

Las enfermeras actúan como consultoras, participan en actividades de formación del Área de Salud y son referentes para el resto de los profesionales. A la vez que están realizando cursos de investigación y otros como máster o experto y estancias formativas.

Disponemos de los resultados cuantitativos sobre evolución número de consultas por año y prestaciones. En el año 2023 hubo un total de 8.706 visitas en las 8 consultas frente al 2024 que hubieron 14.798. La prestación "sucesiva telefónica" es la que alcanza un mayor crecimiento en el año 2024, seguida de "valoración/primera visita" y "sucesivas".

Desde la Dirección de Enfermería se está dando visibilidad a estas consultas para facilitar su desarrollo.

CONCLUSIONES

- La implementación y normalización de estas consultas representa una oportunidad para transformar la atención sanitaria, centrandos los cuidados en las necesidades específicas de los pacientes y promoviendo la eficiencia del sistema de salud
- Es esencial una adecuada formación y soporte liderado desde las direcciones de enfermería y gerencias de salud para promover la práctica avanzada de enfermería, facilitando recursos y estructuras para su desarrollo

265 INNOVACIÓN EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES INTERPERSONALES

Rojo Santos, Elena¹; Maestre Alonso, José María²; Holanda Peña, María Soledad²; Pedraja Vidal, Juan¹; Alonso Valle, Héctor²; Del Moral Vicente-Mazariegos, Ignacio²

¹Hospital virtual Valdecilla; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La formación sanitaria especializada (FSE) se fundamenta en el desarrollo integral de los profesionales de la salud, apoyándose en dos ejes fundamentales: el residente y el tutor. El residente debe adquirir competencias clínicas específicas y transversales de carácter actitudinal. El tutor guía al residente en este proceso y basa su rol en una sólida experiencia y conocimientos especializados. Sin embargo, ser un experto clínico no siempre garantiza ser un educador efectivo. Es importante proporcionar herramientas pedagógicas que permitan mejorar su desempeño educativo, asegurando una enseñanza más efectiva y una guía más sólida.

OBJETIVO

- Describir el desarrollo de un programa de desarrollo profesional de tutores y residentes centrado en el perfeccionamiento de habilidades relacionales.
- Evaluar el impacto de dos intervenciones formativas en las relaciones interpersonales entre tutores y residentes, residentes y compañeros, y residentes y pacientes.

MATERIAL

- Se creó una coalición para impulsar el cambio en la forma de capacitar a los tutores y residentes formado por seis equipos: patrocinadores, dirección, estrategia, diseño, implementación y consultor.
- Se evaluaron las necesidades de formación de tutores a través de revisión de la literatura y entrevistas en profundidad semiestructuradas a tutores.
- Se evaluaron las necesidades de formación de residentes en el plan transversal del hospital en el que se implementó el programa.
- Se definió el curriculum de formación del programa de tutores y residentes basado en actividades profesionales confiables (APROC): 6 en el caso de tutores, 8 en el caso de los residentes.
- Se diseñó el programa de tutores y de residentes cada uno de ellos compuesto por 3 módulos formativos.
- Se integró un componente de investigación longitudinal para medir y valorar las relaciones entre tutores, residentes, compañeros y pacientes y cómo estas relaciones cambian antes y después de actividades de formación.

RESULTADOS

- Las necesidades formativas de los tutores fueron: aprender cómo enseñar y diseñar la enseñanza; cómo afrontar una falta de tiempo, cómo evaluar y dar feedback, cómo mantener la relación interpersonal con el residente.
- El programa de formación de residentes se centró en el área de comunicación, trabajo en equipo.
- En el programa dirigido a tutores de 50 horas de duración, participaron el 45,9% de los tutores.
- Para el programa de residentes, de 66 horas de duración, se adaptaron las APROC del programa de tutores, añadiendo dos nuevas sobre comunicación efectiva con pacientes e integración en equipos de alto rendimiento. Completaron los tres módulos el 68,89% de los residentes, completaron dos módulos el 85,56% y el 95,56% completaron un módulo.
- Evaluación del programa de desarrollo de tutores. Se observa una mejora en la relación tutor-residente percibida por el tutor después de cada módulo de formación y en la misma relación percibida por el residente después del segundo y tercer módulo de formación.
- Evaluación del programa de desarrollo de residentes. Los resultados muestran, percibido por el paciente, un mejor desempeño del residente en la relación con este al realizar más módulos de entrenamiento. Aunque no se encontraron efectos a nivel grupal para los residentes, compañeros o tutores, se encontró un efecto positivo en comportamientos de residentes individuales.

CONCLUSIONES

- La implementación de un plan de estudios con un enfoque en habilidades relacionales ha mostrado una mejora en la calidad de las interacciones entre tutores y residentes, y entre residentes y pacientes.
- Las altas tasas de participación entre tutores y residentes resaltan la demanda de este tipo de programas.
- A pesar de que el impacto del programa no fue homogéneo en todo el grupo, las mejoras individuales señalan que optimizar las técnicas pedagógicas, ampliar el período de seguimiento y analizar la viabilidad de extender el programa a otros ámbitos podría potenciar sus resultados.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****266**

283 LA EXPERIENCIA DE PACIENTES PARA LA MEJORA DE ATENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA.

Guembe Suescun, María Jesús¹; Arraiza Saldise, Nekane¹; García Romero, Isabel¹; Pérez González, Asier²

¹Hospital Universitario de Navarra; ²Panel Health

INTRODUCCIÓN

La atención del cáncer de mama requiere la implicación y coordinación de diversas especialidades en el hospital, así como la coordinación con atención primaria y el programa de cribado poblacional. La experiencia del paciente es un factor fundamental a tener en cuenta para mejorar el proceso de atención promoviendo un enfoque más humano y centrado en las necesidades de las personas, lo que beneficia tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

OBJETIVO

Incorporar la experiencia de paciente de cáncer de mama para la mejora del proceso de atención del cáncer de mama.

MATERIAL

Se realizaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas a 22 pacientes de cáncer de mama y sus acompañantes; y observación directa de sus interacciones en las atenciones recibidas. Se valoraron 6 indicadores clave de la Experiencia del Paciente: capacitación, comprensión, bienestar, confianza, disponibilidad/accesibilidad y trato. Se solicitó el consentimiento informado del paciente.

RESULTADOS

Las mejoras identificadas se estructuran en 4 fases. En la fase de pre diagnóstico: Diseñar e incorporar recursos informativos sobre el proceso de la paciente y el recorrido previsible, con los diferentes hitos, pruebas y profesionales con los que va a tratar. Informar de forma consistente. En la fase de diagnóstico: Disponer de material escrito con recomendaciones al alta pos cirugía y un repositorio de preguntas frecuentes. Incorporar sesiones de trabajo con las asociaciones de pacientes. Crear una comunidad de apoyo de pacientes para pacientes. En la fase de tratamiento: desarrollar un Plan de tratamiento con recursos que capaciten a la paciente para que tenga rol activo. Acceso a los datos de su historia clínica en la capeta de salud. En la fase de seguimiento: capacitación de las pacientes para que puedan tener un rol activo en el seguimiento. Poner a disposición de la paciente un punto de acceso para dudas. Explicar las aportaciones de los distintos servicios implicados en el seguimiento.

CONCLUSIONES

Integrar la experiencia de los pacientes en las organizaciones sanitarias es esencial para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente, identificar áreas de mejora, optimizar procesos y ofrecer un trato más humano y personalizado.

296 LIDERANDO LA GENERACIÓN DE INICIATIVAS DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

Moro Agud, Marta¹ González Pérez De Villar, Noemí¹; Llorente Pinela, Almudena¹; García Álvarez, Ana Cristina¹; De Blas García, Miguel¹

¹ Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

La asistencia a los pacientes oncológicos supone un reto para el sistema sanitario por la elevada complejidad de su proceso asistencial. Éste requiere de la implicación de todos los niveles asistenciales, diferentes profesionales sanitarios y una toma de decisiones consensuada. Asimismo, el proceso antes, durante y después del tratamiento debe organizarse alrededor del paciente, permitiendo conseguir los mejores resultados en salud y la mayor satisfacción. El concepto de humanización en este ámbito hace referencia a tratar a las personas conforme a su condición puramente humana y desde una perspectiva holística.

OBJETIVO

Identificar áreas de mejora en materia de humanización e impulsar iniciativas que mejoren la experiencia de los pacientes en el hospital de día oncohematológico (HDDOH). Objetivos específicos: Identificar las principales áreas de mejora en el proceso asistencial, proponer iniciativas concretas para abordarlas, promover su implantación y evaluar su seguimiento.

MATERIAL

En un complejo hospitalario universitario de tercer nivel, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar de 18 profesionales directamente relacionados con el HDDOH. Estuvo liderado por la Dirección y contó con apoyo metodológico profesional externo. Fase 1: Análisis del recorrido del paciente oncológico en el hospital. Tras una revisión bibliográfica, durante marzo y abril de 2023 se realizaron entrevistas a pacientes del HDDOH y a profesionales clave en el proceso para la identificación de los puntos del recorrido con mayor impacto para el paciente, principales aspectos de mejora en su experiencia, necesidades y sugerencias. Fase 2: Se analizó la información identificándose las áreas de mejora. Por "brainstorming" se propusieron iniciativas a trabajar en el grupo. Fase 3: se priorizaron las iniciativas en función de su impacto y factibilidad valorándolas individualmente con escalas del 1 al 5. Se discutió el resultado obtenido, se comenzó la implantación de acciones y se realizó seguimiento a los 10 meses.

RESULTADOS

Fase 1: Se realizaron 36 entrevistas a pacientes y 12 a profesionales del grupo.

Fase 2: Se identificaron 33 iniciativas de mejora, organizadas en 6 ámbitos del recorrido en torno a 5 elementos clave. Las 31 áreas de mejora identificadas fueron, según su ámbito:

A. "Sospecha y diagnóstico": 2 organizativas, 1 de trato y 1 sobre sistemas de información.

B. "Tratamiento": 4 organizativas y 2 de instalaciones.

C. "Seguimiento": 1 organizativa y 1 de sistemas de información.

D. "Consulta": 3 organizativas.

E. "Ingreso/estancia en planta y/o Urgencias": 3 organizativas y 3 sobre instalaciones.

F. "Ámbito transversal": 5 organizativas, 2 de trato, 2 de información al paciente y 1 sobre sistemas de información. Iniciativas de mejora propuestas (n=33): 17 relativas a temas organizativos, 3 de trato, 5 relativas a información al paciente, 5 sobre sistemas de información y 3 relacionadas con las instalaciones. Se priorizaron obteniéndose puntuaciones entre 7,41 y 18,63 puntos (rango 1-25). Se seleccionaron como prioritarias las 10 iniciativas con mayor puntuación. Su estado de implantación a los 10 meses fue: 7 (21%) finalizadas (2 prioritarias), 7 (33%) en desarrollo (las 7 prioritarias), 6 (18%) en proyecto (1 prioritaria), 5 (15%) no iniciadas y 4 (12%) descartadas tras su estudio. Una iniciativa fue seleccionada por votación y pasó a proponerse como proceso asistencial integrado con Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La humanización del proceso asistencial oncológico abarca múltiples ámbitos, siendo el escenario ideal para ser afrontado con la visión estratégica del equipo directivo. La utilización de metodología específica para recoger la experiencia directa de las personas involucradas, ha permitido recabar 31 aspectos susceptibles de mejora relativos a los 6 ámbitos de estudio. La fortaleza del grupo multidisciplinar permitió la generación de 33 iniciativas de mejora que se priorizaron, habiendo sido abordadas en total más del 70% en menos de un año y finalizadas el 21%.

299 LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL: IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Martínez Idarreta, Regina¹; Espejo Mambié, Moisés¹; Sotillo Molas, Adrián¹; Vidorreta Ballesteros, Pelayo¹

¹ Asuncion Klinika

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias se enfrentan a importantes desafíos de comunicación interna que afectan su eficiencia operativa y cohesión. Estos problemas incluyen sistemas comunicativos estancos, manejo ineficiente de documentación, y una obsolescencia en la adopción de herramientas digitales. Esta situación genera desapego entre el personal y dificultades para la transmisión de directrices.

OBJETIVO

Centralizar y estandarizar las comunicaciones internas utilizando una herramienta única que facilite la difusión de información corporativa, el trabajo en equipo, la comunicación interpersonal y la gestión documental.

MATERIAL

Se adoptó un modelo comunicativo similar al de las redes sociales, donde cada miembro del personal se convierte en un "miembro activo" de la plataforma. La implementación siguió los 8 pasos para el cambio de Kotter, enfocándose en crear un sentido de urgencia, formar un equipo de líderes, establecer una visión clara, fomentar la transparencia, superar obstáculos, establecer metas a corto plazo, y anclar los cambios en la cultura corporativa. Esto requería un cambio cultural significativo hacia una estructura más horizontal y transparente.

RESULTADOS

10 meses después del inicio de la implantación, tenemos los siguientes resultados:

- El 100% del personal ya tiene usuario y contraseña para acceder a la herramienta
- Incremento del 58% en las sesiones en la plataforma.
- El tráfico directo ha crecido en un 71%
- Un incremento del 10% en el tráfico proveniente del newsletter.

CONCLUSIONES

La implementación de la nueva herramienta de comunicación ha alcanzado los objetivos propuestos, integrando efectivamente a todo el personal en un sistema unificado. El éxito de este proyecto subraya la importancia de considerar el estado emocional y la aceptación del personal hacia nuevas prácticas. La estrategia de comunicación directa y personalizada, incluyendo tutorías individuales, ha sido crucial, facilitando la adopción de la herramienta y mejorando significativamente la comunicación interna. Esta transformación no solo mejora la eficiencia operativa, sino que también fortalece la cohesión interna, evidenciando cómo una gestión efectiva del cambio puede conducir a mejoras sustanciales en la gestión hospitalaria.

305 ME DEJAS MULTIPLICAR EL VALOR DE TU VIDA. GESTIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE TRASPLANTES

Tejón Pérez, Guillermo¹; Valverde Sanjuan, Gema¹; Lavid Argües, Nuria¹; Miñambres García, Eduardo¹; Alonso Felpete, Alberto¹; Cacho Crespo, Jaime¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

El 26 de febrero de 1975, un joven y entusiasta equipo de profesionales realizaba en nuestro hospital el primer trasplante de riñón, ellos no lo sabían, pero estaban dando el primer paso, para que 50 años después y tras más de 7500 trasplantes realizados, nuestra pequeña comunidad sea referente y líder nacional y mundial en donación de órganos.

Hoy con un equipo multidisciplinar diferente, altamente cualificado, con el mismo espíritu y entusiasmo, junto a la innovación, la excelencia, la evolución técnica y tecnológica, hemos marcado la diferencia.

Uniendo compromiso, talento y otro pilar fundamental, la solidaridad de nuestros ciudadanos, nada puede fallar. El trasplante no es solo un acto asistencial, es dar vida, y eso nuestra población lo sabe muy bien.

Somos líderes en donación, líderes en esperanza.

OBJETIVO

Describir la organización y optimización del equipo multidisciplinar del trasplante. Centrándonos en la exclusividad del equipo de enfermería analizando sus componentes y actuaciones.

Describir los programas de donación y de trasplante en los que participamos.

Descubrir el secreto de nuestro éxito: **Ser pioneros. Ser centro de referencia.**

MATERIAL

Cuando una pequeña comunidad autónoma se mantiene líder nacional en donación por décimo año consecutivo, no es fruto de la casualidad, es fruto del trabajo,...

El equipo:

- 1 Coordinador autonómico
- 2 intensivistas
- 2 enfermeras coordinación
- 12 enfermeras exclusivas trasplante. Turno de mañana + busca.
- Equipo perfusión
- Pull enfermería quirúrgica trasplantes multiorganicos
- 10 tcaes. Busca disponibilidad
- 10 Celadores. Busca disponibilidad
- Facultativos especialistas.

Programas donación y trasplante:

- Donación:
 - Renal de vivo
 - Renal cruzado
 - Muerte encefálica
- En asistolia controlada
- En asistolia no controlada
- Trasplante: Cardíaco, Hepático, Pulmonar, Páncreas, Renal, Cornea

Por qué lideramos:

- **Somos pioneros en todo**, no hay ninguna donación, ni ningún procedimiento validado que no se realice en nuestra Comunidad, nuestros profesionales están preparados para cualquier donación y para cualquier procedimiento científico que salga a la palestra se pueda implementar.
- **Centro de referencia para otras comunidades**, Asturias, Castilla y León, País Vasco, La Rioja, Navarra, gran número de pacientes procedentes de otras comunidades reciben un trasplante, somos polo de referencia para las regiones vecinas

RESULTADOS

56 donantes de órganos cadáver en la región, más de la mitad (35) fueron donantes en asistolia, y el número total de trasplantes de órganos y tejidos en 2024 fue de 284, a razón de 175 de órganos y 109 de tejidos, siendo el más frecuente el renal, con 82 intervenciones.

Le siguen: 54 pulmonares, 17 cardíacos, 16 de hígado, 6 de páncreas/riñón.

Los trasplantes de tejidos, 87 progenitores hematopoyéticos y 22 córnea.

Único hospital del país en realizar trasplante bipulmonar a todos sus pacientes, " trasplante más complejo que el unipulmonar, pero garantiza mayor supervivencia a largo plazo". Con la cifra de 95 donantes por millón de población, frente a los 53 de media en España, se ha alcanzado un máximo histórico de donantes en asistolia al superar el 60%, seguida Murcia (37) y Navarra (40), lo que supone el 62,5% de todas las donaciones. Siendo uno de los tres hospitales que tiene operativos los programas de donación en **asistolia no controlada**, (pacientes fallecidos por parada cardíaca fuera del hospital).

CONCLUSIONES

Un año más, la generosidad de los ciudadanos y la excelencia de los profesionales, ha logrado que la actividad de donación y trasplante supere los objetivos que nos habíamos planteado, permitiendo situar a la región en el primer nivel en materia de donación por décimo año consecutivo.

Es un hito para nosotros, que se sustenta en una estructura organizativa asentada y consolidada, que no tiene paragon a nivel mundial. Nuestro modelo lidera en toda España.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****270**

317 MENTE: DE LA PATOLOGÍA AL POTENCIAL. TRANSFORMANDO LA SALUD MENTAL JUVENIL MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO.

Ramos Acosta, Álvaro¹; Artal Simón, Jesús¹; Rozas Garnica, Rubén¹; Payá González, María Beatriz¹; Ortiz Fernández, Cristina¹; Andrés Gómez, María¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales Graves (TMG) en adolescentes presentan una prevalencia en aumento, impactando su desarrollo personal, social y académico. La atención convencional se ha centrado en la contención de síntomas mediante tratamiento farmacológico y psicoterapia, pero es necesario incorporar estrategias que promuevan una recuperación integral, potenciando sus competencias y habilidades.

En respuesta a esta necesidad, surge MENTE, un programa de mentoría terapéutica en el entorno hospitalario que complementa el tratamiento clínico al conectar a los jóvenes con profesionales en áreas como arte, música, deporte y emprendimiento. A través de este vínculo, se fomenta su desarrollo personal, motivación y participación activa en la sociedad.

Este enfoque humanizado no solo mejora la funcionalidad del paciente, sino que también refuerza la adherencia terapéutica y contribuye a la optimización de los recursos asistenciales, ofreciendo un modelo innovador en la atención a la salud mental juvenil.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de MENTE en la evolución clínica, la funcionalidad social y la calidad de vida de adolescentes con TMG, así como su viabilidad dentro del entorno hospitalario.

MATERIAL

El programa MENTE se implementa en el hospital de día infanto-juvenil como complemento a la psicoterapia convencional, ofreciendo mentorías individuales y grupales en diversas áreas de interés. La muestra incluye 40 adolescentes (65% mujeres, 35% varones), entre 12 y 18 años, con diagnósticos de TMG como trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad y trastornos de ansiedad grave.

Las mentorías se desarrollan en dos modalidades:

- Grupales: talleres en arte, música, escritura, cine y deporte.
- Individuales: acompañamiento personalizado de al menos seis meses.

El proceso es supervisado por un equipo interdisciplinar y evaluado mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala GAF, Escala BDI-II y Cuestionarios de Satisfacción, con mediciones al inicio, a los tres y seis meses, y seguimiento posterior al alta.

RESULTADOS

Los resultados evidencian un impacto positivo en la evolución clínica y funcional de los participantes. La autoestima mostró una mejora significativa, con un incremento en la Escala de Rosenberg de 12,4 a 18,7 ($p < 0,05$). La sintomatología depresiva se redujo de forma notable, reflejando un descenso en la Escala BDI-II de 24,6 a 16,2 ($p < 0,01$). La funcionalidad social también experimentó una mejora sustancial, con un aumento en la Escala GAF de 42,5 a 58,3. Además, la adherencia terapéutica fue elevada, con un 88% de los adolescentes completando el programa, reflejando su alto nivel de implicación.

La percepción de la intervención fue altamente positiva entre los distintos actores implicados. Un 94% de los adolescentes identificaron la mentoría como un elemento clave en su recuperación, mientras que el 87% de las familias reportaron mejoras en la motivación y bienestar emocional. Asimismo, el 92% de los mentores valoraron la experiencia como enriquecedora y con impacto real en los jóvenes.

El programa ha demostrado su viabilidad y eficiencia, evidenciando una reducción del 26% en la necesidad de hospitalización prolongada en aquellos participantes que previamente habían requerido ingresos recurrentes, lo que refleja una optimización de los recursos sanitarios y una mejora en la continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

MENTE es una estrategia innovadora que refuerza la atención en salud mental juvenil a través de un enfoque basado en fortalezas y desarrollo de competencias. Se ha observado un impacto positivo en la optimización de recursos, la reducción de hospitalizaciones y la mejora de la adherencia terapéutica, lo que refuerza su viabilidad como estrategia complementaria en hospitales de día y unidades de salud mental. Los resultados obtenidos respaldan la continuidad del programa y plantean la posibilidad de su expansión, consolidando la mentoría terapéutica como un pilar clave en la transformación de la asistencia psiquiátrica juvenil.

320 METODOLOGÍA LEAN PARA LA REINGENIERÍA DE PROCESOS EN LA GESTIÓN DE CERTIFICADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

Pajares Conde, Diego¹; Rodríguez Obrero, Sonia²; García Llamas, Valle³; Gutiérrez Jiménez, Juan Ramón²; Luque Guzmán, María Del Carmen²; Sereno Copado, Juan Alfonso²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud; ²Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir

INTRODUCCIÓN

La Metodología LEAN busca optimizar los recursos existentes para garantizar la flexibilidad y la capacidad suficiente personas y procesos. Consiste en identificar cuáles son las actividades que no añaden valor al cliente de las que componen los flujos de trabajo, para intentar eliminarlas o reducir el tiempo que se les dedica. El Mapa de Flujo de Valor (MFV), es una técnica de la Metodología LEAN que consiste en una representación gráfica que contiene la información clave para el funcionamiento del proceso, cuya finalidad principal es servir para consensuar y mejorar la proporción del tiempo de duración de las operaciones con valor añadido frente al tiempo total del proceso. Aunque en sus inicios se aplicaba al sector del automóvil, cada vez está tomando más fuerza su aplicación a procesos administrativos del sector sanitario. En el presente trabajo se plantea aplicar el MFV para optimizar el procedimiento de gestión de solicitudes de los siguientes Certificados en nuestro hospital: Servicios Prestados, Servicios Prestados por Unidad, Trienios, para la Universidad, para Colegios, Inicio de Acreditación Profesional y Ausencia Reclamaciones; a través del desarrollo de un portal de gestión de solicitudes donde el profesional solicita a través de un entorno web y posteriormente, una vez tramitada, se le envía a través de un enlace vía SMS a su teléfono móvil, desde donde puede descargarla.

OBJETIVO

Conocer el tiempo medio de proceso (TP), el Tiempo que Aporta Valor (TVA) y el Coeficiente de Eficiencia de Proceso (CEP) del actual procedimiento.

Conocer el TP, el TVA y el CEP del actual procedimiento después de la intervención.

MATERIAL

Diseño no experimental descriptivo transversal, para conocer el tiempo medio empleado en elaborar cada uno de los 7 certificados antes y después de la aplicación de la técnica de MFV. En este segundo caso tras analizar los certificados emitidos entre 01/01/2024 y 25/02/2025. Se han utilizado para el análisis estadístico el paquete R-UCA 3.5.1.

RESULTADOS

Actualmente el TP del procedimiento antes de hacer la intervención es de 10.115 minutos, con un TVA de 14 minutos y un CEP de 0,13%. Tras la puesta en marcha del nuevo procedimiento, se han tramitado 1.195 solicitudes: 205 de Servicios Prestados (17,15%), 113 de Servicios Prestados por Unidad (9,46%), 28 de Trienios (2,34%), 39 para la Universidad (3,26%), 345 para Colegios (28,87%), 107 de Inicio de Acreditación (8,95%) y 42 de Ausencia Reclamaciones (3,51%).

Tras la intervención los seis primeros tipos de Certificados alcanzaron un TP de 2.179 minutos, un TVA de 19 minutos y un CEP de 0,87% y para el último tipo de Certificado (Ausencia de Reclamaciones) y por la mayor complejidad en cuanto a número de profesionales/Servicios implicados, un TP de 5.064 minutos, un TVA de 24 minutos y un CEP de 0,47%.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha del nuevo procedimiento ha mejorado la gestión de solicitudes a los profesionales del hospital. También ha mejorado la trazabilidad del proceso desde el momento de la solicitud, firma por el Directivo responsable, envío y descarga del solicitante. Pero lo más importante es que se ha conseguido pasar de un CEP de 0,13% a un CEP de 0,87% y 0,47% para el último tipo de Certificado. Esto pone de manifiesto es que ha conseguido mejorar notablemente la relación entre la duración de las actividades que realmente añaden valor frente a la duración total del proceso, reduciendo de esta manera, las actividades que no añaden valor, es decir, lo que en terminología LEAN se denominan despilfarros.

Por último, se ha puesto de manifiesto la Metodología LEAN es una herramienta perfectamente aplicable a la reingeniería de procesos administrativos en el entorno sanitario.

328 MOVIMIENTO SOCIAL PARA IMPULSAR BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIONES

Cidoncha Moreno, María Angeles¹; Garate Echenique, Lucía¹; Abad García, Roberto ¹

¹ Osakidetza

INTRODUCCIÓN

La implementación de buenas prácticas e innovaciones en las organizaciones sanitarias es esencial para mejorar la calidad de la atención. A lo largo de los años, se ha evidenciado que la movilización de los profesionales de la salud es un factor clave para lograr cambios efectivos en el sistema. Estrategias que incluyan el desarrollo de un liderazgo transformacional, la creación de una cultura de innovación y participación activa de los profesionales, aumentará el compromiso, disminuirá la resistencia al cambio y ayudará en procesos de mejora continua y adopción de nuevas prácticas.

El Marco de Acción del Movimiento Social es una recopilación de 16 elementos que ilustran cómo se pueden usar las acciones de los movimientos sociales de base, dirigidos por las personas, para conseguir la adopción del conocimiento y su sostenibilidad.

En la coordinación del Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) se está impulsando la movilización de profesionales en las organizaciones a través de este marco, para su adhesión a las buenas prácticas y fomentar su compromiso con su profesión y con su organización.

OBJETIVO

Objetivo general:

- Movilizar a los profesionales fortaleciendo el conocimiento científico y su integración en el quehacer profesional para impulsar buenas prácticas en cuidados.

Objetivos específicos:

- Facilitar el liderazgo participativo implicando a los profesionales en la difusión de las buenas prácticas.
- Alinear en las estrategias organizativas fomentando una cultura de práctica basada en la evidencia en las organizaciones

MATERIAL

El despliegue de este movimiento social en el marco del programa BPSO requiere desde la coordinación del Host regional el trabajo en:

1. Capacitación de líderes y profesionales para que fomenten la captación, movilización y el fomento del trabajo en red en sus entornos
2. Acompañamiento a las organizaciones para el diseño y dinámicas de participación
3. Difusión de estrategias de buenas prácticas alineadas con otros proyectos organizativos del sistema de salud

RESULTADOS

Se realiza formación y reuniones para fomentar el movimiento social y trabajo en red. Se establecen sistemáticas de reuniones de intercambio entre líderes a nivel global y en cada organización

10 organizaciones sanitarias están adheridas al programa BPSO en nuestro sistema de salud.

Se contabilizan, a través de las memorias de seguimiento, 2365 profesionales adheridos como impulsores, colaboradores o líderes de guía o programa. Se realizan 624 formaciones, 583 materiales y 458 difusiones científicas en jornadas y congresos (desde el año 2015).

A nivel de todo el sistema de salud se realizan sesiones web de buenas prácticas BPSO para compartir conocimiento entre iguales. Desde el año 2021, se han realizado 16 sesiones web en el que participan profesionales de todas las categorías.

CONCLUSIONES

El Host acompaña y forma a las/os profesionales de las organizaciones en la implantación de conocimiento científico, trabajo y cultura de participación y colaboración interdisciplinar lo que está permitiendo progresar en la movilización y buenas prácticas desde una perspectiva de cuidado.

La movilización de los profesionales de la salud es crucial para la implementación exitosa de buenas prácticas e innovaciones. Las estrategias que promueven un liderazgo efectivo, la formación continua y una cultura organizacional que valore la innovación son fundamentales para superar las barreras al cambio. Fomentar la participación activa de los profesionales no solo mejora el compromiso y la motivación, sino que también puede llevar a mejores resultados en la atención al paciente. Es necesario que las organizaciones de salud prioricen la movilización de su personal como una estrategia clave para la mejora continua.

351 **PATIENT JOURNEY. EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

De La Puente Yagüe, Miriam¹; Camello Marqués, Francisco José¹; De La Puente Yagüe, Miriam¹; Ruiz Rodríguez, Jorge¹; Domingo Gómez, Carmen¹; Ladrón De Guevara Redondo, Daniel¹; Herrera De La Muela, María¹

¹ Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La experiencia del paciente con cáncer de mama, por la propia naturaleza del proceso, puede convertirse a veces en un hecho que agrava la propia enfermedad. Conocer el viaje por los centros es fundamental para comprender los posibles momentos de dolor.

OBJETIVO

Conocer y mapear la experiencia completa de las pacientes con cáncer de mama en un hospital desde el momento en que descubren la enfermedad hasta que alcanzan la fase de seguimiento a través de la herramienta Patient Journey.

Identificar los momentos clave de esta experiencia y con ello las oportunidades de mejora. Involucrar a pacientes y a profesionales para trabajar conjuntamente en la priorización de las oportunidades de mejora identificadas y en el diseño de mejora para abordarlas.

MATERIAL

El estudio se lleva a cabo en un hospital terciario a lo largo del proceso de atención de cáncer de mama desde Octubre de 2022 a Junio de 2023. En la población diana encontramos las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama primario atendidas en nuestro hospital y los profesionales sanitarios o no sanitarios que trabajen en algún punto del proceso de atención teniendo contacto directo con ellas o no.

El estudio se lleva a cabo en tres fases. La primera, observacional, evalúa la experiencia mediante entrevistas a pacientes y profesionales y mediante encuestas diseñadas para pacientes y profesionales. La segunda fase consta de un diseño experimental. Se muestran a pacientes y a profesionales los resultados obtenidos y tras valorarlos de manera conjunta se priorizan las áreas de mejora. En la tercera fase se creará un equipo mixto y multidisciplinar para cada área que diseñará intervenciones sobre la misma y estas serán evaluadas a los 3 meses de su implementación con los mismos cuestionarios de la primera fase por pacientes y profesionales.

RESULTADOS

La experiencia de las pacientes se muestra en cuatro etapas (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, resolver) que viven a lo largo de su relación con el hospital y 17 momentos vividos dentro de cada etapa. Según los datos obtenidos: un 94% de los momentos son muy importantes para las pacientes; un 82% de las pacientes tienen recuerdos muy positivos de su experiencia en el hospital porque han visto cumplidas y superadas sus expectativas en momentos clave de su enfermedad; un 47% de los momentos son muy difíciles o implican un alto esfuerzo emocional y físico para las pacientes. Se reflejan 5 experiencias satélite, entendiendo que son aquellas situaciones que distan de las vivencias que experimentan la mayoría de las pacientes, presentándose solo en una minoría. Se encuentran repartidas en 4 momentos que representan el 23% de los momentos de Journey.

CONCLUSIONES

Mediante los resultados obtenidos en este estudio se podrán obtener nuevas perspectivas sobre la experiencia de las pacientes con cáncer de mama y de los profesionales que las atienden. Este estudio podría ser de utilidad a la hora de clasificar a las pacientes en función de sus experiencias y así cubrir mejor sus necesidades y cumplir sus expectativas.

354 PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL LIDERAZGO CENTRADO EN LAS PERSONAS

Carrascosa Salcedo, Francisco¹; Sánchez Isac, María¹; Arbulo Rufrancos, Begoña¹; González Palomar, María Esther¹; Madrid Blanco, María Dolores¹; Vega González, Gema²

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ² Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los diferentes planes de humanización de la asistencia sanitaria implementados en numerosos Servicios de Salud a nivel nacional destacan la importancia de una gestión y un liderazgo comprometidos con las personas. Los líderes, como referentes esenciales, influyen significativamente en las dinámicas organizativas y el clima laboral. Por ello, deben promover una estructura organizativa transversal, colaborativa y con una comunicación efectiva. Es fundamental contar con una dirección respetuosa que valore a sus profesionales y se comprometa a cuidar a quienes cuidan. Esto requiere conocer la percepción de los propios profesionales sobre lo que consideran que es el liderazgo centrado en las personas. Este enfoque, con directivos que actúan como modelos de comportamiento, fomenta el desarrollo de competencias humanísticas, brinda apoyo integral a los profesionales, reconoce su experiencia y refuerza su bienestar.

OBJETIVO

Identificar las necesidades de los profesionales respecto a las cualidades del liderazgo centrado en las personas, con el fin de promover prácticas que optimicen la gestión de equipos y mejoren el bienestar laboral.

MATERIAL

Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo con un enfoque etnográfico-naturalista, utilizando como técnica el grupo nominal. La muestra de estudio incluyó a profesionales sanitarios y de gestión y servicios con más de un año de experiencia, pertenecientes al ámbito hospitalario. La selección fue no aleatoria e intencional, seleccionando a los participantes secuencialmente según su diversidad profesional. La clasificación tipológica se construyó según variables como género, edad, categoría profesional, años de experiencia y ser o no responsable de un equipo de personas (jefaturas, supervisiones, etc.). Se pidió a los participantes que describieran las cualidades que consideraban que definen el liderazgo centrado en las personas. Las propuestas surgidas en los grupos de trabajo dieron lugar a un listado de características obtenido mediante categorización inductiva, que recogía todas las aportaciones de los profesionales que componían dichos grupos. Se pidió a los participantes su consentimiento informado, su autorización para la grabación en audio de las sesiones y se aseguró la protección de sus datos personales.

RESULTADOS

Se realizaron 6 grupos nominales a lo largo de 4 meses, en los que participaron 52 profesionales. Las características que definen las cualidades del liderazgo centrado en las personas son: Equidad. Modelo para seguir. Realizar reuniones. Confianza. Paciencia. Tranquilidad. Resolución de conflictos, fomentar buen ambiente. Postura y gestos. Mensajes claros. Resolutivo. Cercanía. Tono de voz. Valoración, reconocimiento. Trabajo en equipo. Positividad. Motivación. Informar. Delegar. Dar los buenos días, saludar. Transparencia. Honestidad. Llamar por el nombre. Sonreír. Escucha. Mirada. Accesibilidad. Lugar adecuado. Respeto. Amabilidad. Agradecimiento. Personalizar atención. Confidencialidad. Comunicación. Hacer partícipe. Organización del servicio. Implicación. Flexibilidad. Formación. Empatía. Coherencia. Seguridad.

CONCLUSIONES

Los profesionales que desarrollan su actividad en el entorno sanitario coinciden en que, tal como indican los planes de humanización del Sistema Sanitario público, el liderazgo centrado en las personas implica transmitir una dirección clara enfocada en la persona. En las tareas y prácticas organizacionales promueve la atención humana mediante comunicación, participación, relaciones interpersonales, reconocimiento de logros y formación. Los líderes ejemplifican comportamientos empáticos y promueven ambientes laborales saludables.

355 PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA DEL CLIMA LABORAL**Lázaro Vallejo, Luis¹**¹ Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria**INTRODUCCIÓN**

El clima laboral en un hospital es un factor crucial que influye directamente en la calidad del servicio y la atención brindada a los pacientes. En un entorno de salud, donde el bienestar y la vida de las personas dependen del trabajo coordinado de los equipos, un ambiente laboral positivo favorece la comunicación, el compromiso y la eficiencia entre los profesionales. Además, un clima laboral saludable reduce los niveles de estrés y burnout, problemas frecuentes en entornos médicos debido a la alta presión y las largas jornadas laborales.

Un buen clima laboral promueve la confianza y la colaboración, elementos esenciales para tomar decisiones rápidas y acertadas, así como para garantizar la seguridad del paciente. Asimismo, fortalece la satisfacción y el bienestar del personal, lo que repercute en una mayor retención de talento y un mejor desempeño. Por ello, es fundamental que las instituciones hospitalarias inviertan en estrategias que fomenten un entorno de trabajo armónico y motivador.

OBJETIVO

Fomentar un ambiente laboral positivo y colaborativo: Promover relaciones laborales basadas en el respeto, la comunicación efectiva y la cooperación entre el personal del hospital.

Mejorar el bienestar y satisfacción del personal: Reducir el estrés, el burnout y otros factores que afectan negativamente la salud física y emocional de los empleados.

Aumentar la calidad en la atención al paciente: Lograr que un mejor clima laboral repercuta directamente en un servicio más eficiente, seguro y humanizado.

Fortalecer la retención y motivación del personal: Disminuir la rotación de empleados y aumentar su compromiso con los objetivos de la institución.

MATERIAL

Se ha seguido la metodología del ciclo de Deming:

Planificar (Plan):

- Creación de un grupo de trabajo.
- Diseño de una encuesta de satisfacción.
- Análisis de resultados.
- Diseño de un cuestionario para identificar actividades clave en el desarrollo de un plan de mejora. El objetivo del cuestionario será recopilar información precisa y relevante sobre las necesidades, prioridades y expectativas de los profesionales, para definir acciones específicas en un plan de mejora.

Hacer (Do):

- Realización de la encuesta de satisfacción a los profesionales de la GASSO.
- Realización del cuestionario para la identificación de actividades clave en el desarrollo de un plan de mejora.
- Implementación de algunas acciones piloto para evaluar su efectividad.

RESULTADOS

La Implementación del Plan de Mejora del clima laboral nos permitirá:

- Incrementar la satisfacción laboral general y reducir la proporción de profesionales en desacuerdo/muy en desacuerdo con su trabajo.
- Combatir el desgaste profesional, minimizando el cansancio emocional y aumentando la realización personal.

CONCLUSIONES

Implementar un proyecto de mejora del clima laboral en un hospital es esencial para fomentar un entorno de trabajo que promueva el bienestar y la satisfacción de los empleados. Esto se traduce en una mayor motivación, reducción del estrés y disminución del ausentismo laboral. Además, un clima laboral positivo mejora la comunicación y colaboración entre el personal, lo que conduce a una atención más eficiente y de mayor calidad para los pacientes. En última instancia, invertir en el clima laboral es una inversión en la salud y seguridad tanto de los empleados como de los pacientes.

Verificar (Check):

- Evaluación de los resultados de las encuestas y cuestionarios.
- Análisis de la efectividad de las acciones piloto implementadas.
- Identificación de áreas de mejora adicionales basadas en los resultados obtenidos.

Actuar (Act):

- Ajuste y optimización del plan de mejora basado en los resultados de la fase de verificación.
- Implementación completa del plan de mejora.
- Monitoreo continuo y ajustes adicionales según sea necesario para asegurar una mejora sostenida del clima laboral.

- Mejorar las condiciones de trabajo en las áreas críticas identificadas.
- Reforzar la comunicación organizacional y el reconocimiento del personal.
- Facilitar una mayor conciliación laboral y familiar.
- Implementar mejoras en la infraestructura y equipamiento.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****276**

360 PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE A AGRESIONES A PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD.

Ros Escudero, Sebastián¹; Sedes Romero, José Francisco³; Pellicer Orenes, Francisco⁴; Herrero López, Aniceto⁴; Díaz Cuenca, Ana María⁴; Matas García, Ana María Del Mar⁴

¹ Servicio Murciano de Salud. Área Salud II Cartagena; ² Área de Salud II Cartagena; ³ Área de Salud II Cartagena; ⁴ Área de Salud II Cartagena

INTRODUCCIÓN

La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y ocupaciones. Una agresión no sólo produce un daño en quien la sufre, sino que causa una agresión a todo el sistema sanitario. Un acto violento supone una disrupción en el normal funcionamiento de los centros sanitarios.

El ejercicio de las profesiones sanitarias requiere un alto grado de confianza con el paciente, donde las relaciones están basadas en el mutuo respeto y la colaboración.

OBJETIVO

Como objetivo general, prevenir, controlar y proteger frente a cualquier tipo de violencia por parte de usuarios/as y/o acompañantes a los/as profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones, mediante un sistema que permita optimizar los recursos técnicos y humanos, minimizando las consecuencias y fomentando una cultura de seguridad y prevención.

Como objetivos específicos destacar:

- Reducir la conflictividad y mejorar la calidad de la asistencia.
- Disponer de sistemas de prevención, protección y actuación.
- Conocer y analizar las causas de las agresiones.
- Garantizar a los/las profesionales afectados la asistencia que precisen, sanitaria, psicológica y jurídica.
- Analizar las agresiones a través de las variables laborales y sociodemográficas.

MATERIAL

Conforme a las directrices y procedimientos establecidos en el Plan de Prevención del Servicio de Salud, nuestra Área ha desarrollado protocolos específicos para los distintos ámbitos (Hospitales, Urgencias Atención Primaria). Tomando como base la prevención ante la agresión ya producida, detallamos la metodología operativa a seguir de todos los actores y servicios intervinientes:

- Trabajador/a: Transmitir el hecho violento ocurrido con la mayor veracidad
- Superior jerárquico: Apoyo y hacer las gestiones para que se lleven a cabo las medidas necesarias.
- Gerente del área: Adoptar las medidas preventivas como responsable último de la seguridad y salud de los/as trabajadores/as a su cargo.
- Responsable de agresiones del Área: persona de contacto del Área con el Servicio de Coordinación de Agresiones, consultor tema agresiones.
- Coordinación del Plan de Prevención de Agresiones: Apoyar y asesorar a los/as profesionales que sufren una agresión. Posibilitar la asistencia sanitaria, psicológica, preventiva y jurídica a los/as agredidos/as.
- Equipo de Prevención de Riesgos Laborales del Área: Incluir las medidas de seguridad disponibles ante situaciones conflictivas en la Evaluación de Riesgos.
- Responsable Jefe/a de seguridad: Gestionar los recursos humanos, materiales y tecnológicos con que cuentan las instalaciones.

RESULTADOS

En función del tipo de agresión, servicios intervinientes e investigación de los hechos sucedidos, se obtiene como resultado la aplicación de medidas de prevención, destacando entre ellas:

Medidas a adoptar por el Área de Salud

- Medidas sobre el diseño del puesto de trabajo, organizativas y de seguridad.
- Entrevistas multidisciplinares casos socio sanitarios.
- Comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Comunicación con familiares colaborativos.
- Asistencia acompañada por otro profesional o por vigilante.
- Información pacientes conflictivos/as sobre sus deberes.

Medidas dirigidas al/la agresor/a, destacar:

- Des adscripción de profesional/cupo y o centro.
- Envío carta certificada.
- Sanción administrativa conforme a la Ley de derechos y deberes del sistema sanitario.
- Denuncia vía judicial.

CONCLUSIONES

De los datos obtenidos en el registro informático, seguimiento e investigación se pueden obtener las siguientes conclusiones.

- Identificación y clasificación de la agresión
- Profesionales agredidos Hospitales y Atención Primaria.
- Personal más agredido, género.
- Perfiles agresores y frecuencias.
- Lugar, zona donde se producen.
- Las causas más frecuentes.

Pretendemos que nuestros centros sean entornos con un alto nivel de humanización, donde la violencia no tenga lugar y se genere confianza y seguridad en la relación de los profesionales de la salud-pacientes.

365 PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Sánchez Godino, Ana Belén¹; Vargas Pina, Ismael²; Suarez Megías, Cristina²

¹Dirección de Sistemas de Información y Comunicaciones del Servicio Andaluz de Salud; ²Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones del Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

Las Administraciones Públicas se enfrentan al reto de la Transformación Digital. Las nuevas tecnologías aportarán sin duda mejoras en la salud de las personas.

Para poder contar con estos avances en el día a día de los centros sanitarios es necesario preparar los medios técnicos, pero igualmente importante es preparar a los equipos de trabajo dedicados a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SIC) ya que estos equipos son los artífices principales de la Transformación que se quiere conseguir.

OBJETIVO

El objetivo es definir un Plan Estratégico de recursos humanos que dote a los profesionales SIC de las capacidades, estructura y recursos necesarios para cumplir con los objetivos de la Transformación Digital.

MATERIAL

Partimos de un informe de situación sobre los equipos SIC, la estrategia respecto a la digitalización de la comunidad autónoma, la estructura actual SIC y los catálogos de servicios recopilados de los distintos equipos.

Se conformaron equipos de expertos para cada ámbito SIC: infraestructuras y comunicaciones, acompañamiento al usuario, sistemas de información, mejora continua, gestión del dato y ciberseguridad. A partir del análisis de la información recopilada, cada equipo realizó una propuesta inicial sobre los retos a resolver para poder cumplir con los objetivos de la estrategia digital en su ámbito.

Se estableció un equipo permanente para el desarrollo del Plan de Recursos Humanos SIC cuya labor fue recopilar las propuestas de los equipos de expertos, agruparlas y estructurarlas en una propuesta de plan común.

Esta propuesta de plan fue validada por todos los equipos en distintas sesiones de trabajo. Una vez aprobado se expuso a los responsables de la gestión de personal quienes también validaron el plan propuesto.

RESULTADOS

El Plan de Recursos Humanos SIC resultante se basa en 5 grandes líneas de trabajo. Cada línea aglutina varios proyectos que pretenden resolver los distintos retos detectados. Las 5 líneas de trabajo establecidas son:

- 1. Estabilización del Servicio:** medidas urgentes a tomar para aliviar la situación del personal reflejada en el informe de situación inicial. Su objetivo es la incorporación inmediata de personal cualificado y el reconocimiento de las guardias del personal SIC.
- 2. Regularización del servicio:** determina la cantidad y perfil de las personas a incorporar en los equipos SIC en base al cálculo de una ratio SIC objetivo y definir el plan a seguir para estas incorporaciones.
- 3. Profesionalización del servicio:** garantizar que los servicios ofrecidos en los centros sanitarios son equitativos y de calidad. Incluye proyectos que definirán un catálogo de servicios único y los planes de capacitación para que el personal SIC pueda implementar los servicios del nuevo catálogo con la calidad requerida.
- 4. Estandarización del servicio:** desarrollo de los procedimientos y herramientas de gestión asociados al catálogo de servicios, los recursos humanos SIC y su capacitación.
- 5. Evolución del servicio:** evolución de las estructuras de los equipos SIC determinado dependencias, composición de los equipos, etc. para contar con la capacidad de administrar el talento SIC de una manera más efectiva.

CONCLUSIONES

- El Plan Estratégico de recursos humanos SIC es una herramienta necesaria para establecer los recursos humanos necesarios para la implementación de la estrategia digital.
- Apoyo a la gestión del cambio: los principales autores de la transformación digital sean conocedores de los retos a los que se enfrentan y se sientan protagonistas de la transformación al participar en la gestión de su implementación.
- Gestión de las expectativas: a través del plan, la dirección del negocio es consciente de las limitaciones iniciales y también de las acciones que es necesario llevar a cabo para implementar la estrategia digital.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****278**

367 PLANIFICACIÓN DE LA PLANTILLA MÉDICA EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO, IMPACTO POST-COVID Y PROYECCIÓN DE NECESIDADES

Canals Candela, Francisco José¹; Massa Domínguez, María Beatriz²; Martínez Pérez, José Juan²; Forniés Arnau, María José¹; Carbonell Torregrosa, María ángeles¹; Gil Sánchez, María Carmen¹

¹Hospital General Universitario de Elda. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana; ²Departamento de Salud de Elda. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

INTRODUCCIÓN

La planificación adecuada de la plantilla médica es fundamental para garantizar una atención sanitaria eficiente y sostenible. En servicios como la pediatría, la carga asistencial ha evolucionado en los últimos años, requiriendo una adaptación continua de los recursos humanos. Este estudio analiza la evolución de la necesidad de facultativos en el servicio de pediatría de un hospital de 500 camas, considerando el impacto de la reducción de la natalidad, los cambios en la frecuentación de los servicios pediátricos tras la COVID-19 y la proyección de necesidades futuras.

OBJETIVO

1. Determinar la necesidad de pediatras en función de la actividad asistencial registrada entre los años 2017 y 2023.
2. Analizar el impacto de la disminución de la natalidad en la carga asistencial pediátrica.
3. Evaluar los cambios en la actividad pediátrica pre y post-COVID (2018, 2019, 2022 y 2023).
4. Realizar una proyección de las necesidades de plantilla para el período 2025-2030

MATERIAL

Se ha realizado un estudio retrospectivo utilizando datos asistenciales anuales de las memorias de gestión del hospital y cálculos de necesidades de profesionales basados en:

- Número de ingresos hospitalarios y estancia media.
- Actividad en urgencias pediátricas (volumen y tiempo medio de atención).
- Número de consultas externas (primeras y sucesivas).
- Número de pruebas diagnósticas especializadas.
- Número de horas de guardia requeridas.

Se ha calculado el índice de frecuentación pediátrica, definiendo la relación entre urgencias respecto al número de nacimientos vivos. Además, se ha analizado el impacto post-COVID comparando las urgencias atendidas en los años 2018 y 2019 con la de los años 2022 y 2023. Finalmente, se ha realizado una proyección de la necesidad de pediatras hasta el año 2030 basándose en la tasa de crecimiento observada.

RESULTADOS

Los resultados muestran que el número de profesionales necesarios ha variado a lo largo del período analizado, pasando de 15 profesionales en 2017 a 17 profesionales en 2023. Destaca una disminución de profesionales necesarios durante la pandemia por COVID-19, calculándose una necesidad de 12.5 pediatras en 2020, justificado por el reducido impacto de la COVID-19 en niños y el impacto que tuvieron las medidas aplicadas en la reducción de las enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos. Se evidencia un aumento en la carga asistencial en los últimos años, con un aumento de las urgencias atendidas, en un 18.54%, así como también de las hospitalizaciones, en un 15.1%. Si se relaciona con los recién nacidos en el año, se observa un aumento de la frecuentación pediátrica, pasando de 7.97 urgencias por cada recién nacido en 2017, a 10.15 en 2023. El análisis pre y post-COVID, comparando los años 2018-2019 y 2022-2023, muestra un aumento del 10.36% en las urgencias, lo que sugiere una mayor demanda de servicios tras la pandemia.

Ante la necesidad de aumentar un 8% la plantilla en 6 años, se realiza proyección para los próximos años, observándose que, si se mantiene la tendencia actual, la necesidad de pediatras podría alcanzar 18-19 profesionales en 2030 en el Hospital analizado.

CONCLUSIONES La evolución de la carga asistencial en pediatría requiere una revisión continua de la planificación de recursos humanos para evitar déficits de personal y garantizar una asistencia de calidad. A pesar de la reducción de la natalidad, el incremento en la frecuentación pediátrica justifica el mantenimiento o incluso el aumento de la plantilla médica. Además, el análisis post-COVID confirma la necesidad de adaptar los recursos sanitarios a los nuevos patrones de uso. La metodología utilizada puede extrapolarse a otros servicios clínicos para optimizar la distribución de profesionales en el sistema sanitario.

372 PRESCRIPCIÓN DIGITAL

Pau Llobera, Nuria¹; Alegre Latorre, Luis²; Granados Ulecia, Cristina²

¹Hospital Universitario Son Espases; ²Hospital Universitari Son Espases

INTRODUCCIÓN

A partir del **análisis de procesos claves se detectaron áreas de mejora en la información al paciente**, por exceso o defecto de información, y por el canal o momento inadecuado, que interfería negativamente en la preparación o en el estado del paciente. Los mismos profesionales priorizaron los problemas, acciones y el momento de intervención con la generación de contenidos formativos digitales propios que ayudaran a mejorar en salud. Se inició el proyecto en **2023**.

OBJETIVO

Dentro de la **Línea estratégica de educación del paciente y transformación digital**, el objetivo es mejorar la información al paciente en determinados procesos de salud con nuevas herramientas de difusión y tecnologías digitales"

MATERIAL

Consiste en la elaboración y envío de **vídeos cortos e infografías explicativos de pruebas y tratamientos combinando imágenes de profesionales propios con recursos gráficos y de animación**. Se alojan en el **canal de YouTube del Hospital y en la web, se envían los link al paciente por SMS** en cada momento escogido para una óptima comprensión a partir de la **integración con eventos de la Historia Clínica del Paciente**: cita, inclusión en LEQ, indicación, intervención quirúrgica, alta, etc. La metodología a seguir es:

1. Crear un **grupo de trabajo interdisciplinar de profesionales**: médicos, enfermeras.
2. El grupo promotor desarrolla el **Story Board** y decide los recursos personales o de animación.
3. **Grabación del vídeo** y elaboración de los recursos digitales.
4. Edición del material, **presentación a los "actores" y a pacientes** para valoración, testeo y posible corrección.
5. **Edición definitiva**.
6. Proceso de **integración en la Historia Clínica Electrónica**: definición y desarrollo del algoritmo de envío. Los programas en producción son: biopsia de próstata, cancer de colon, cancer de mama, cirugía de cataratas, colonoscopia y TAC. Estamos desarrollando en 2025, biopsia hepática, carcinomatosis peritoneal, cirugía valvula cardíaca, endometriosis, farmacia ambulatoria, ictus, linfoma y mieloma, resonancia magnética y preanestesia infantil,

RESULTADOS

Desde el inicio del programa, hemos tenido unos 43.000 envíos y casi 400.000 visualizaciones en You Tube. En valoración directa en la consulta los pacientes se sienten muy acompañados y satisfechos con la información recibida. Valoran el hecho de recibir la información en su móvil personal como si estuviera personalizada, y el hecho de recibir la información cerca del momento clave y no toda a la vez en la misma consulta en la que probablemente le han dicho que tiene un cáncer. El formato en el que reconocen a sus profesionales referentes alterno con imágenes y animación facilita la comprensión y el recuerdo de la información.

CONCLUSIONES

Los **aspectos diferenciales del proyecto son**: la elaboración del material a partir de las dudas expresada por los pacientes, los protagonistas son los profesionales, animación digital alternada con imágenes reales para recordar mejor, soporte digital, integración con la Historia Clínica, y ofrecer fuentes fiables de consulta en internet.

Beneficios aportados: mejora de la calidad asistencial, atención centrada en el paciente, mejora de la comprensión del proceso y de la preparación tanto física como emocional, obtención de una visión continua del proceso y de un clínico referente y mejora de la adherencia a las recomendaciones y a la información.

Estamos elaborando una encuesta validada de calidad y satisfacción común para todos los programas para valorar la adecuación de nuestros contenidos

391 PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Valdovinos Mahave, María Concepción¹; Pérez Martínez, Carmen¹; Murciano Marqués, Paula¹; Martín Escobedo, Ana¹; Del Valle Lapedra, Paloma¹; Sánchez Rubio, Celia¹

¹ Hospital Obispo Polanco Teruel

INTRODUCCIÓN

La Humanización en la Atención Sanitaria es una de las Líneas Estratégicas de nuestro Servicio de Salud y de la Sociedad de Cuidados Intensivos (SEMICYUC). La atención de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se centra en aspectos fisiológicos, y en un entorno tecnológico avanzado; que conlleva la pérdida de valores de la persona como: intimidad, autonomía, aislamiento. Por todo ello, nos hemos planteado este Proyecto para mejorar la atención al paciente crítico, desde un punto de vista multidisciplinar (incluyendo a todos los profesionales del servicio y con apoyo de la Dirección) y con una visión integral que incluya a pacientes, familiares y personal de la UCI.

OBJETIVO

Establecer unas líneas de trabajo, para ofrecer una mayor calidad y añadir valores de humanización a nuestra asistencia diaria; dando mayor importancia a aspectos emocionales, psicológicos y facilitar la comunicación, tanto de los pacientes, familiares y de los trabajadores de la UCI. Aportar beneficios físicos y psicológicos para todos, mejorando el confort, la seguridad, la supervivencia, la calidad de vida posterior, la rotación de camas de la UCI y los costes.

MATERIAL

Se creó un Grupo de trabajo dentro del Grupo de Calidad de la UCI, con subgrupos que desarrollan diferentes líneas de actuación a implementar en 2 años (2024-2025):

1. UCI de puertas abiertas. Bienestar del paciente.
2. Presencia y participación de los familiares en los cuidados.
3. Infraestructura humanizada.
4. Comunicación.
5. Cuidados al final de la vida.
6. Cuidados al profesional.

RESULTADOS

Se presentó a todo el personal de la UCI el Proyecto de Humanización. Se planificaron diferentes tareas, que se han ido poniendo en marcha por los subgrupos de trabajo; elaborando diferentes Protocolos dentro de las líneas de actuación:

1. Medidas que promueven el bienestar del paciente, familias y trabajadores (Protocolo de flexibilización de visitas, acompañamiento por familiares y entrada de menores de edad. Protocolo de confort ambiental: ajuste del tono de alarmas y luz. Disminución de intervenciones en periodos de descanso. Control del ruido mediante un sonómetro. Uso del teléfono móvil con horario. Protocolo de sujeciones mecánicas. Deambulación controlada).
2. Plan de presencia y participación de los familiares en los cuidados (Procedimiento para la participación de la familia, creándose la figura de cuidador principal).
3. Diseño de una UCI humanizada (se ha adquirido material reloj-calendario en cada Box. Tapones de oídos y antifaces para descanso nocturno. Bolsas para pertenencias de pacientes. Mejora de las condiciones de sala de espera. Taquillas).
4. Mejora de la Comunicación (Protocolo traspaso de información en cambio de turno/guardia/alta. Sesiones conjuntas diarias con todo el equipo asistencial y Hojas de objetivos diarios. Información conjunta médico-enfermera. Incorporación de: un dispositivo de comunicación no verbal y Tablets. Actualización Guía de acogida al personal. Folletos informativos (general y de las 4 patologías más prevalentes). Rondas de seguridad).
5. Protocolo de cuidados al final de la vida.
6. Se está elaborando un Plan de: mejora del conocimiento, evaluación del impacto, análisis de los factores relacionados y medidas para reducir el Síndrome de desgaste profesional.

Se van incorporando todos los Protocolos y Registros al Sistema de Gestión Informático; y se realizan Sesiones de formación. Los grupos de trabajo siguen trabajando en el desarrollo del Proyecto, ya que está diseñado para su implantación en 2 años.

CONCLUSIONES

La idea de implementar este Proyecto surgió de una necesidad detectada por el personal de la UCI, por lo que se está impulsando la mejora de los procesos asistenciales con un enfoque más personal y humano. Y todo ello, está incrementando la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****281**

408 RESPIRARED: INNOVACIÓN SOCIAL EN TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Gómez Pedrajas, Eva María¹; Díaz Lobato, Salvador¹; Vargas Rodríguez, Johanny¹

¹ Oximesa Nippon Gases

INTRODUCCIÓN

Las Terapias Respiratorias Domiciliarias han tendido a priorizar un enfoque biomédico, relegando el abordaje biopsicosocial. La implementación del Teletrabajo Social permite transformar la atención, integrando el acompañamiento psicosocial como un pilar clave en la calidad de vida del paciente. Este estudio propone un modelo innovador basado en la digitalización del Trabajo Social en TRD, optimizando el acceso a la atención, reduciendo el aislamiento social y mejorando la adherencia al tratamiento. La inclusión de herramientas digitales y metodologías de intervención remota permite una atención más equitativa, especialmente en zonas rurales y en pacientes con movilidad reducida.

OBJETIVO

Empoderar a pacientes y cuidadores en el manejo de TRD mediante teletrabajo social, garantizando una atención integral y accesible, con énfasis en apoyo emocional, optimización de recursos y ayudas sociales, mejorando la adherencia al tratamiento y reduciendo el aislamiento social.

MATERIAL

Población: 347.500 pacientes en TRD, incluyendo zonas rurales y personas con movilidad reducida.

Estrategias:

- Asesoramiento en recursos y dependencia: Información sobre ayudas económicas, Ley de Dependencia y adaptación del hogar.
- Consultas a distancia: Videollamadas para resolver dudas sobre prestaciones, trámites administrativos y derechos del paciente crónico, mejorando el acceso a la atención en un 74%.
- Acompañamiento en la gestión de la dependencia: Orientación en acceso a apoyos según el grado de dependencia, contribuyendo a que el 81% de los pacientes y cuidadores se sientan más capacitados.
- Plataforma digital de orientación social: Portal interactivo con información sobre prestaciones, formularios descargables y foros de apoyo entre pacientes y cuidadores, reduciendo el aislamiento social en un 70%.
- Capacitación en derechos y recursos: Talleres sobre ayudas disponibles y estrategias de cuidado, incrementando la adherencia terapéutica del 61% al 86%.

RESULTADOS

Desde noviembre de 2024, se han recibido 1,559 solicitudes de información, distribuidas de la siguiente manera:

- 21% asesoramiento en derechos del paciente crónico, empoderando a los pacientes en la gestión de su salud.
- 34% acceso a prestaciones económicas y ayudas técnicas, reduciendo barreras en la continuidad del tratamiento.
- 26% información sobre la Ley de Dependencia y recursos sociosanitarios, promoviendo un mayor acceso a apoyos formales.
- 19% gestión de trámites administrativos, facilitando procesos que antes generaban incertidumbre y estrés.

CONCLUSIONES

- 1. Transformación de la atención sanitaria:** El Teletrabajo Social en TRD ha demostrado ser una herramienta clave para transformar la atención sanitaria.
- 2. Mejora en la adherencia al tratamiento:** La adherencia al tratamiento ha mejorado significativamente, pasando del 61% al 86%.
- 3. Reducción del aislamiento social:** Se ha logrado una reducción del aislamiento social en un 69%.
- 4. Empoderamiento de pacientes y cuidadores:** El 81% de los pacientes y cuidadores se sienten más capacitados y empoderados.
- 5. Alta demanda de asesoramiento y apoyo:** El volumen de 1,559 solicitudes de información sobre derechos y ayudas confirma la necesidad de un enfoque integral.
- 6. Optimización de recursos sanitarios:** Este modelo optimiza los recursos sanitarios disponibles.
- 7. Redefinición del papel del Trabajo Social en TRD:** El Teletrabajo Social se consolida como un pilar esencial para una atención domiciliaria más justa, accesible y humanizada.
- 8. Impacto de la información clara y accesible:** El acceso a información clara sobre derechos, ayudas y estrategias de autocuidado ha contribuido a una mayor adherencia al tratamiento, al reducir la incertidumbre y mejorar el empoderamiento del paciente.

Estos resultados reflejan la alta demanda de acompañamiento social y administrativo en el manejo de TRD, así como la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en este colectivo vulnerable. Además, se ha evidenciado una mejor aceptación de herramientas digitales por parte de pacientes y cuidadores, lo que permite ampliar el alcance de la intervención social en el ámbito de la salud domiciliaria.

En conclusión, la digitalización del Trabajo Social en TRD representa un avance significativo en la atención sociosanitaria, permitiendo la integración de estrategias innovadoras para garantizar la equidad en el acceso a recursos, mejorar la calidad de vida y fortalecer la autonomía del paciente y su entorno.

418 SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Sastre-Heres, Alejandro J.¹; Sánchez García, Ana María¹; Arribas Ruiz, Ana¹

¹ Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los resultados reportados por el paciente (PRO) sobre su estado de salud y el tratamiento que recibe cada vez están adquiriendo más importancia en la práctica clínica, ya que, su opinión influye directamente en los resultados en salud, entre otros, en la adherencia al régimen terapéutico. Una adherencia terapéutica deficiente compromete no solo la efectividad del tratamiento, sino que también tiene asociado un incremento de los costes sanitarios directos e indirectos.

OBJETIVO

Medir la satisfacción al tratamiento oncológico oral de los pacientes atendidos en la Unidad de atención farmacéutica al paciente externo (UFPE).

MATERIAL

Estudio transversal de dos meses de duración (01/09/2024-31/10/2024), para medir la satisfacción al tratamiento oral en pacientes oncológicos y onco-hematológicos mediante el cuestionario Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM-14).

El TSQM-14 consta de 14 ítems divididos en 4 dominios: eficacia (3 ítems), efectos adversos (5 ítems), comodidad (3 ítems) y satisfacción global (3 ítems). La puntuación global y por dominios del cuestionario se calculó en una escala de satisfacción de 0-100.

Se recogieron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, presencia de cuidador, autonomía para la toma medicación, enfermedad, fármaco, fecha de diagnóstico e inicio del fármaco. Como mínimo, los pacientes debían llevar en tratamiento 3 meses con el fármaco.

El estudio fue aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica y todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 27 participantes con una media de edad de 67 (35-87) años, de los cuales el 59,3% eran hombres. El 59,3% eran pacientes oncológicos y el 41,7% onco-hematológicos. El 100% eran autónomos para la toma de medicación y ninguno dependía de un cuidador.

La media de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 53,3 meses (54,9 meses en oncológicos y 50,8 meses en onco-hematológicos) y la media del tiempo desde que iniciaron el tratamiento valorado de 26,0 meses (21,5 meses en oncológicos y 32,5 meses en onco-hematológicos).

En cuanto a la puntuación total del cuestionario, la media fue de 87,4 puntos (87,8 en oncológicos y 86,8 en onco-hematológicos). El dominio de eficacia fue valorado con una media de 87,3 puntos (87,5 en oncológicos y 87,0 en onco-hematológicos). El dominio de efectos adversos presentó una media de 86,8 (85,0 en oncológicos y 89,5 en onco-hematológicos). La comodidad fue valorada con una media de 86,2 puntos (89,0 en oncológicos y 82,2 en onco-hematológicos) y respecto al dominio de satisfacción global los pacientes puntuaron con 89,5 puntos de media (90,1 en oncológicos y 88,8 en onco-hematológicos).

CONCLUSIONES

La satisfacción al tratamiento oncológico oral de los pacientes atendidos en nuestra UFPE fue alta, tanto en los oncológicos, como onco-hematológicos, sin haber diferencias relevantes entre los grupos.

Es importante valorar la satisfacción de los pacientes con respecto a los tratamientos prescritos ya que influye en la adherencia al tratamiento. Además, es una herramienta que puede útil para fomentar la comunicación con el paciente tanto para detectar posibles problemas relacionados con la medicación como para conseguir una mayor.

426 **SOLIDARIDAD SANITARIA. CÓMO HEMOS GESTIONADO LA AYUDA SANITARIA VOLUNTARIA EN LA DANA DESDE UN HOSPITAL NO AFECTADO**

Peiró Gómez, Ana María¹; Palop Cervera, Marta¹; Gómez-Ferrer Senent, Carlos¹; Alonso Benavent, Matilde¹; Vergara Pardo, Vicente¹; Hervás García, Vicente¹

¹ Hospital de Sagunto

INTRODUCCIÓN

El 29 Octubre 2024, una terrible Dana produjo una riada en la provincia de Valencia que anegó 562,7km, afectando a 850.000 personas en más de 70 municipios, incluyendo pedanías de Valencia. Esta terrible emergencia supuso la inundación de muchos centros de salud, que quedaron anegados e inutilizables. Hubo que ubicar los centros de atención sanitaria en ayuntamientos, centros sociales y escolares, universidades.. y abrir Puntos de Atención Continuada 24h en poblaciones que, habitualmente acudían a municipios cercanos (3-4 km) para esta atención. Ahora ni había carreteras ni tenían coches.

OBJETIVO

Mostrar cómo un hospital no afectado ha gestionado la ayuda sanitaria voluntaria ofrecida a la población de la zona Dana.

MATERIAL

Se organizó la ayuda en dos ámbitos:

- **Ayuda psicológica.** Nuestro hospital lideró, junto a otros 2 no afectados, la organización de la atención mental urgente de familiares de fallecidos y desaparecidos y afectados con problemas psicológicos graves, constituyendo la Unidad de Atención Psicológica en Feria Valencia. Todo nuestro equipo de salud mental se ofreció voluntario. La Dirección del hospital facilitó la logística: ordenadores, taxis, teléfonos móviles...
- **Ayuda médica.** El personal sanitario que, voluntariamente, quiso colaborar se registró en la página telemática habilitada por Consejería de Sanidad, organizándose para acudir preferentemente tardes y fines de semana, para interferir lo menos posible en su turno de trabajo, autorizándose salir antes para llegar a la zona afectada (muy difícil acceso). Tanto la gerente como la directora médica se unieron como 2 sanitarios más.

RESULTADOS

Equipo de salud mental, En apenas 48 h se formó un equipo de 30 profesionales organizados en grupos de **6 y en horarios de 8-14 y de 14 a 20 h (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros de salud mental y trabajadores sociales)** que prestaron asistencia presencial y remota (llamadas telefónicas y videoconferencias).

Durante 3 semanas **asumieron** pacientes derivados desde: Atención Primaria, salud mental y Oficina de Víctimas (Conselleria de Justicia.)

Hubo 2 sanitarios que sufrieron desbordamiento emocional y tuvieron que regresar a su trabajo en el hospital.

La Unidad Documentación Clínica Hospitalaria tuvo que redistribuir y citar nuevamente todas las consultas anuladas para acudir a prestar ayuda. Se realizaron refuerzos de tardes para atender a los pacientes habituales.

La atención médica se organizó en tres campos:

- Call center centralizado (un programa de Inteligencia Artificial contactaba con los pacientes y cuando el sanitario llamaba ya conocía las necesidades del paciente (de visita, de recetas...)
- Atención presencial, tanto en los dispositivos sanitarios provisionales habilitados en pueblos inundados. (donde los centros de salud estaban literalmente arrasados y se trabajó sin ningún soporte informático y con escasos medios: Catarroja, Massanasa..)
- Atención domiciliaria, (equipados para moverse entre el barro) donde se formaron grupos (habitualmente 2 o 3 sanitarios por la peligrosidad del acceso a algunos domicilios)

Se adjuntarán fotografías, tanto de las condiciones de trabajo como del funcionamiento del call center.

CONCLUSIONES

La experiencia vivida nos ha demostrado la necesidad del trabajo en equipo, máxime en circunstancias tan difíciles, como la riada en Valencia. Habitualmente las catástrofes son atendidas por Organizaciones NO Gubernamentales; sin embargo, en este caso, el sistema sanitario público, gracias a la solidaridad de sus trabajadores voluntarios y la organización de la Consejería de Sanidad, ha sido capaz de proporcionar asistencia sanitaria (médica y psicológica), organizando en tiempo récord los dispositivos de atención. Una respuesta rápida, coordinada y multidisciplinar es esencial para afrontar estas situaciones.

La resiliencia del pueblo valenciano, la intervención precoz y los voluntarios (transmitiendo esperanza y optimismo) están siendo factores clave para la recuperación.

444 TRANSFORMANDO EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO: DEL DESAFÍO DE LA ESTABILIZACIÓN A UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO

Liso Carcelero, M^a Jesús¹; Lechosa Múñiz, Carolina¹; López López, Luis Mariano¹; Fernández Cacho, Luis Manuel¹; Marcos León, Carmen¹; Goicoechea Leirana, Iratxe¹

¹Hospital Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

La Ley 20/2021, orientada a reducir la temporalidad en el empleo público, ha obligado a los hospitales a reestructurar sus recursos humanos en un tiempo récord. En este contexto, el **servicio de radiodiagnóstico** se ha visto implicado en una reorganización que no sólo ha supuesto la estabilización del personal, sino que ha generado la oportunidad de replantear su modelo organizativo para adaptarse a las crecientes demandas asistenciales y a la modernización tecnológica.

Este trabajo analiza los desafíos del proceso de estabilización de las plantillas de profesionales y justifica, a partir del **modelo de cambio de Kotter**, basado en la transformación de **plazas de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en plazas de técnicos superiores en imagen para el diagnóstico (TSID)**. Además, se presenta el impacto de esta reorganización tras **dos meses de su instauración**.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la instauración del nuevo modelo organizativo del servicio de radiodiagnóstico basado en la transformación de 13 plazas de TCAE en 11 plazas de TSID, tras dos meses de su aplicación.

MATERIAL

La reestructuración del servicio ha sido abordada desde una perspectiva estratégica, utilizando el **modelo de cambio de Kotter**. Inicialmente, se llevó a cabo un análisis de situación para generar un sentido de urgencia en torno a la reorganización. Se evidenció que el servicio atendía a **1.500 pacientes diarios**, con un aumento progresivo de la demanda y una **desigual distribución de tareas entre el personal técnico**.

Se estableció una coalición estratégica formada por la **jefatura del servicio, supervisión de rayos y coordinadores TSID**, quienes fueron clave en la definición de la visión de futuro. En este proceso, se identificó la necesidad de transformar los puestos de TCAE en TSID, permitiendo que el equipo técnico asumiera un **rol más especializado**.

Las reuniones informativas con los profesionales implicados permitieron abordar inquietudes y resistencias al cambio. Para ello, se implementaron sesiones de formación y redistribución del personal en función de sus competencias.

RESULTADOS

Tras dos meses de implementación del nuevo modelo organizativo, los datos reflejan mejoras significativas en la eficiencia del servicio. Se observó un incremento de las pruebas diagnósticas realizadas entre los meses de enero-febrero del 2025 vs 2024 en un total de 865, que se tradujo en una **reducción en las listas de espera**. En el área de **ecografías**, el número de exploraciones realizadas en turnos de tarde y noche aumentó, lo que ha permitido reducir el número de pacientes en la lista de espera, en un total de 546.

Desde la perspectiva de los recursos humanos, la transición de TCAE a TSID ha generado una **plantilla más especializada**, con capacidad para operar en distintos equipos y asumir un mayor rango de funciones dentro del servicio. Esto ha permitido una mejor organización de turnos, asegurando una **distribución más eficiente de los recursos en las franjas horarias de mayor demanda**.

CONCLUSIONES

El proceso de estabilización ha supuesto un desafío organizativo, pero también ha brindado una **oportunidad para redefinir la estructura** y reconfiguración de los equipos profesionales que ha permitido **optimizar la gestión del servicio, reducir tiempos de espera y mejorar la eficiencia asistencial**.

El uso del **modelo de Kotter** ha sido clave para garantizar una transición estructurada y progresiva, minimizando resistencias y asegurando una implantación efectiva del cambio. Los datos obtenidos tras dos meses de aplicación reflejan una clara **mejora en la organización del trabajo, la optimización de recursos y la percepción del servicio por parte de los profesionales**.

466 ZERO PROJECT**Oliva Hidalgo, Jorge¹**¹ Hospital San Juan de Dios Zaragoza**INTRODUCCIÓN**

El proyecto surge ante la necesidad de transformar digitalmente la operativa del hospital, mejorando los procesos, todo ello para proporcionar la máxima seguridad para el paciente y la máxima eficiencia del proceso asistencial. Es necesario reducir los tiempos administrativos que el personal asistencial invierte en los procesos, para poder proporcionar al paciente más recursos.

OBJETIVO

Los tres objetivos que persigue el proyecto serían los siguientes:

- a) Zero Papel
- b) Zero Error
- c) Zero Caída

Trabajar en el compromiso con el medio ambiente que el Hospital siempre ha tenido (reduciendo copias y consumo de tóner y papel), evitar errores manuales en la transcripción de información a la historia, y por tanto mejorar la seguridad de nuestros pacientes. Además, incorporar la IA al proceso asistencial para mejorar la calidad de la asistencia al paciente.

MATERIAL

El Hospital ha transformado digitalmente los siguientes procesos dentro del Hospital:

- a) Firma de contratos, tanto de manera presencial como remota, digitalizado mediante firma biométrica, con plena validez legal.
- b) Firma de los consentimientos de los pacientes, utilizando igualmente la firma biométrica, con plena validez legal en diferentes servicios: admisión, diálisis y bucodental.
- c) Control digital de fallecidos, tanto en la entrada al tanatorio como en la retirada. Para la retirada por parte de la funeraria también se habilita la firma biométrica
- d) Nuevo sistema paciente enfermera, digital, integrado con la historia clínica mediante HL7 (Único Hospital en Aragón en disponer de este sistema), que permite el registro de las tareas de los sanitarios y su volcado a la historia clínica. A día de hoy se registran actividades de TCAE, Celadores y enfermería
- e) Transformación digital del servicio de docencia, mediante herramientas cloud, para poder realizar la totalidad del proceso de docencia on line.
- f) Nuevo edificio de diálisis, altamente digitalizado, con servicios de cartelería digital y entretenimiento / avisos a través de tabletas. Domotización de luces y climatización en el edificio, utilizando suelo radiante y programación de los horarios para reducir consumos.
- g) Integración entre sistemas, utilizando para ello el estándar HL7 y una plataforma Mirth. Se evita la impresión de papel innecesaria.
- h) Digitalización del sistema de encuestas tradicional, en varios servicios del hospital.
- i) Sistema de control y detección de caídas basado en IA en la unidad de Neuro Rehabilitación, permitiendo reaccionar al personal asistencial con rapidez ante un evento de este tipo.
- j) Sistema paciente enfermera RF de nueva generación en la residencia de Hermanos.
- k) Chatbot para la consulta de protocolos asistenciales y no asistenciales utilizando la IA.
- l) Hospital Virtual, inclusión del hospital en el metaverso para mejorar el proceso de admisión

RESULTADOS

Tras la implantación de todas estas soluciones, se ha verificado una reducción del papel consumido por el Hospital, en más de 220.000 copias desde 2018 a 2024, cero incidencias por pérdida de consentimientos o incidencias RGPD en las zonas digitalizadas, Reducción de los tiempos administrativos dedicados por el personal asistencial, cuantificados en 100 minutos semanales menos de uso del ordenador por parte de los asistenciales. Cualquier asistencial puede comprobar si la tarea se ha realizado o no, tanto desde el ordenador como la tableta de destino, control total y trazabilidad del proceso de fallecimiento y retirada de fallecido. En cuanto a la IA, esta pendiente de validación de resultados.

CONCLUSIONES

Se han reducido los riesgos en los procesos, y el hospital se encuentra en una posición privilegiada para dar el salto a la IA. El proyecto de investigación MEDIVA, proyecto en el que el hospital participa con más socios tecnológicos y del sector salud, puede provocar un antes y un después en la atención al paciente.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



286

499 “NO SÉ QUÉ ME PASA, PERO AQUÍ VOY A ESTAR BIEN”: EL IMPACTO MODERADOR DE LA INCERTIDUMBRE PERSONAL ESPECÍFICA EN LA RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE JUSTICIA ORGANIZACIONAL Y RESULTADOS EN PACIENTES DE SERVICIOS SANITARIOS

Pérez Arechaederra, Diana¹; García Ortiz, Luis²; Briones Pérez, Elena³

¹ESCP Business School; ²Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL); ³Universidad de Cantabria

INTRODUCCIÓN

La percepción de justicia organizacional por parte de los pacientes se ha consolidado como un elemento clave en la generación de actitudes y comportamientos positivos hacia los servicios sanitarios. Está compuesta por cuatro dimensiones: 1) percepción de justicia distributiva entendida como la evaluación de la relación entre lo que uno invierte y obtiene a cambio, en este caso en relación a un servicio de salud; 2) percepción de justicia procedimental, entendida como la evaluación de la forma en la que se llega a un determinado resultado; 3) percepción de justicia interaccional entendida como la percepción subjetiva de que las personas que implementan un determinado procedimiento lo han hecho de forma justa, tratando con dignidad y respeto a todos los implicados; y la 4) percepción de justicia informacional, entendida como la percepción subjetiva de que la información recibida durante la implementación de un proceso fue adecuada, correcta y suficiente. Cuando los pacientes atraviesan situaciones de incertidumbre respecto a su salud, la justicia organizacional percibida se convierte en una fuente crucial de orientación y confianza. Este estudio examina el papel moderador de la incertidumbre personal específica en la relación entre las cuatro dimensiones de justicia organizacional y cuatro variables fundamentales para la gestión asistencial: satisfacción del paciente, confianza en el servicio, fidelidad al centro y adherencia al tratamiento.

OBJETIVO

Analizar cómo la incertidumbre personal específica modula la relación entre la percepción de justicia organizacional (en sus dimensiones procedimental, distributiva, informacional e interaccional) y diversas actitudes y conductas de los pacientes, con el fin de ofrecer evidencia aplicable a la mejora de la experiencia asistencial y a la toma de decisiones por parte de los gestores sanitarios.

MATERIAL

Se realizó un estudio transversal correlacional en pacientes de servicios de salud en dos sistemas sanitarios (España n= 473 y EE.UU. n= 406). Se emplearon cuestionarios validados para medir percepción de justicia organizacional, incertidumbre personal específica y las variables dependientes. Se utilizaron análisis de regresión jerárquica, controlando por edad, sexo, nivel educativo, país y favorabilidad del resultado clínico.

RESULTADOS

Los análisis confirmaron una asociación positiva entre la percepción de justicia organizacional y las cuatro variables dependientes. Además, la incertidumbre personal específica moderó varias de estas relaciones:

- Justicia organizacional procedimental: Su interacción con la incertidumbre afecta significativamente la satisfacción, la confianza y la fidelidad del paciente.
- Justicia organizacional distributiva: Presentó efecto moderador únicamente sobre la confianza.
- Justicia organizacional informacional: Mostró interacción significativa con la incertidumbre con relación a la adherencia al tratamiento, siendo más influyente en contextos de baja incertidumbre.
- Justicia organizacional interaccional: No mostró efectos moderadores significativos.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que, en situaciones de alta incertidumbre personal específica, las dimensiones estructurales de la justicia organizacional (procedimental y distributiva) resultan esenciales para consolidar la confianza, la satisfacción y la fidelización del paciente. Desde una perspectiva directiva, esto refuerza la necesidad de implementar procesos asistenciales transparentes y percibidos como justos, especialmente en entornos clínicos complejos o emocionalmente exigentes.

Asimismo, la justicia organizacional informacional adquiere especial relevancia en pacientes con baja incertidumbre, influyendo positivamente en su adherencia terapéutica. Este hallazgo subraya el valor estratégico de la comunicación clínica en la mejora de la eficacia asistencial.

Estas evidencias ofrecen a los directivos sanitarios una base empírica para diseñar intervenciones diferenciadas, adaptadas al nivel de incertidumbre del paciente y a la dimensión de justicia organizacional predominante, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos, la experiencia del paciente y la eficiencia del servicio.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****287**

513 LANZAMIENTO DE UN CANAL DE YOUTUBE EN UN HOSPITAL PÚBLICO PARA GENERAR CONTENIDO AVALADO Y FIABLE EN SALUD

García García, David¹; Ruiz Benito, Mario ¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las redes sociales se han convertido en una fuente primordial de información para millones de personas. Sin embargo, esta abundancia de contenidos no siempre se traduce en información veraz, confiable y de calidad, especialmente en áreas tan sensibles y cruciales como la salud. Las plataformas como YouTube son utilizadas por una amplia gama de usuarios que buscan respuestas a cuestiones de salud, pero muchas veces la información que circula no está respaldada por fuentes científicas o por instituciones acreditadas, lo que aumenta el riesgo de desinformación.

En este contexto, la apertura de un canal oficial de YouTube por parte de un hospital público de referencia pretendía ser una estrategia fundamental para mejorar la calidad de la información disponible en línea y proporcionar a la sociedad contenido confiable y basado en evidencia científica, supervisado por profesionales de la salud.

OBJETIVO

Lanzar un canal oficial de YouTube de contenido acreditado por la plataforma como fuente contrastada de información sobre salud. Con ello, el hospital buscar poner a disposición de la población información de referencia, veraz y acreditada acercando el conocimiento, la excelencia y la dedicación de sus profesionales.

La llegada a la red social de contenido audiovisual de Google supone una apuesta del hospital por la divulgación de rigor para ofrecer consejos de salud, resolver dudas sobre patologías y fomentar la prevención de enfermedades

MATERIAL

El hospital inició los trámites para preparar a su equipo y diseñar una estrategia para el lanzamiento de su canal de YouTube, dedicando exclusivamente a un periodista y un técnico en imagen, a tiempo completo, para este propósito. Para posicionarse de una forma clara y destacada en la información sobre salud contactó con la propia plataforma para buscar un hito de distinción, seleccionando con la información facilitada los temas más demandados o con un nicho de carencia de contenidos fiables.

Se apuesta por dos formatos diferentes como parte de su llegada a la plataforma, focalizados en dar respuestas fiables, claras y precisas a las preguntas más urgentes de los usuarios. Así, se han creado las series "Preguntas y respuestas" y "Mito o realidad" para dar contestación a las dudas más comunes de las personas en torno a patologías y cuestiones de alto impacto en salud.

El hospital ha incorporado también "La voz del paciente", una sección de diálogos entre pacientes y profesionales sanitarios.

El hospital ha apostado también por divulgar de forma rápida y rigurosa a través de 'Shorts', la experiencia de visualización vertical de la plataforma y que más se consume en los teléfonos móviles.

RESULTADOS

El canal de YouTube del ha logrado en sus primeros ocho meses de funcionamiento cerca de 37.444 visualizaciones y ya cuenta con 700 suscriptores.

Asimismo, el canal cuenta con más de 272.000 impresiones y más de 8.500 visualizaciones, que se traducen en más de 688 horas de visualización.

CONCLUSIONES

El lanzamiento de un canal de YouTube por parte de un hospital público de referencia posiciona al centro como una fuente de divulgación de conocimiento científico y práctico para los pacientes, avalada, contrastada y fiable. Además, refuerza la línea de compromiso del hospital con la sociedad en su conjunto y apuntala su reputación en el ámbito social. Contribuye a responsabilidad en la prevención de enfermedades y manejos de tratamientos. Y paralelamente de forma interna, el canal ha generado una corriente de orgullo de pertenencia entre los profesionales del hospital, y una demanda exponencial de sus propuestas para generar contenido para el canal.

521 BEHUMANEST: PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES ANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Puértolas Ortega, María¹; Martín Lázaro, Estibaliz²; Martínez Mompel, Ana Sofía¹; Herrero Traver, Miriam¹; Gallego Ligorit, Lucía¹; Lucas Luesma, Alejandro¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet; ²AST Aragonesa de Servicios Telemáticos

INTRODUCCIÓN

Se identifica por la Unidad de Anestesia Cardiororácica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, la necesidad de humanizar el proceso en torno al procedimiento quirúrgico de los pacientes y sus familias. Considerando una oportunidad el poder desarrollarlo en los procedimientos anestésicos vinculados a la cirugía cardíaca programada, al tratarse de pacientes pertenecientes a un proceso ya desarrollado y aprobado por el Salud en septiembre de 2020: "Proceso del paciente de Cirugía Cardíaca". Identificada esta necesidad y éste área de implementación, se considera que la creación de una aplicación web puede ser el recurso perfecto para integrar esta mejora de la información entre profesionales y pacientes y familiares, así como su humanización.

OBJETIVO

El objetivo de esta aplicación es facilitar recursos prácticos que sean de utilidad al paciente, ofreciendo información en un lenguaje claro y de manera accesible. Además, se pretende brindar apoyo emocional a los familiares que acompañen al paciente en determinados procedimientos quirúrgicos.

La creación de una aplicación combinando empatía y tecnología ayuda a que el proceso quirúrgico esté también enfocado en el bienestar integral del paciente y su entorno familiar. Se busca generar seguridad ante la preparación de la cirugía así como reducir la ansiedad en la espera durante el procedimiento, proporcionando información clara y precisa.

MATERIAL

Promover un modelo de atención centrado en la persona que respete los valores y las necesidades emocionales, físicas y sociales de los pacientes y sus familias, fomentando un entorno de empatía, comunicación efectiva y cuidado integral en el sistema de salud.

Ser un referente en la transformación del cuidado sanitario hacia un modelo más humano, inclusivo y compasivo, donde pacientes, familiares y profesionales de la salud colaboren en la construcción de experiencias de atención que generen confianza, bienestar y calidad de vida.

Priorizar como valores:

- **La empatía**, comprender y atender sus necesidades emocionales y personales de pacientes y familiares.
- **La comunicación**, fomentar un diálogo abierto, claro y comprensible entre pacientes y familias.
- **La innovación**, aplicar herramientas tecnológicas para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familiares.

Se aplica en pacientes que van a ser sometidos a intervenciones de cirugía cardíaca de forma programada, al tratarse de una cirugía de alto riesgo que supone una situación de mayor estrés tanto para la familia como para los pacientes. A través de una aplicación web desarrollada para facilitar y mejorar la experiencia de los pacientes que van a ser operados de corazón, así como de sus familiares. Se pretende una accesibilidad de 24h al día, desde cualquier dispositivo, de forma sencilla y sin requerir descargas o sistema operativos concretos.

RESULTADOS

Creación de un dominio web: <https://behumanest.com> que cumple los siguientes requisitos: accesible desde cualquier dispositivo, disponible 24h al día, información al paciente en lenguaje claro y de manera precisa, información de todo el proceso quirúrgico identificando las distintas fases del mismo. Al acceder a behumanest.com, el paciente y sus familiares podrán tener disponible información detallada de todo el proceso previo a la intervención quirúrgica y durante el día de la intervención.

- Creación del dominio behumanest.com
- Adquisición instancia servidor AWS
- Adquisición de certificado SSL
- Configuración de la resolución del dominio
- Adquisición de pistolas lectoras láser

Dicho dominio dispone de una parte privada para el paciente, para los familiares y una parte para el profesional. La parte privada para el paciente tiene un identificador único para cada paciente y que permite consultar de la datos más relevantes relativos al proceso quirúrgico. Y además permite dar información para familiares: instalaciones dedicadas para la espera de los familiares, información de las instalaciones donde el paciente se encontrará en cada una de las fases del proceso quirúrgico e información de la fase en la que se encuentra el paciente:

- **Inicio de la intervención**
- **Finalizada intervención**
- **Traslado a UCI.**

Esta información se recibirá por SMS y/o correo electrónico, según los datos que el propio paciente haya aportado y dado su consentimiento para su uso.

Los anestesiólogos miembros de la UACT disponen de un código QR que los vincula rápida y fácilmente a la aplicación web con el lector láser, asegurando la trazabilidad en todo caso de los datos integrados y aportados en todos los pacientes. El anestesiólogo en la consulta de evaluación preanestésica ofrecerá la opción al paciente y sus familiares de darse de alta en dicha aplicación. Si el paciente está de acuerdo el profesional sanitario le dará de alta, de forma sencilla, con el lector láser con las pegatinas identificativas que todo paciente tiene, extrayéndose únicamente su AR, que hace que sea personal e intransferible, pero no incorporando ningún dato más ni administrativo ni médico. Para poder darse de alta será imprescindible aceptar la política de Privacidad + Check de aceptación Política (sino son aceptados no podrá acceder el usuario). Se incluirán como datos del paciente: AR; teléfono (opcional); Email (opcional); en función del dato de contacto, el sistema enviará un sms y/o email con la contraseña temporal del primer acceso. Podrá configurar un número de teléfono para recibir un SMS y podrá configurar una dirección de correo electrónico, será donde recibirá la información relativa a las fases durante el día de la intervención.

Para los usuarios familiares de los que el paciente haya dado su teléfono o correo electrónico, recibirán información de la fase en la que se encuentra el paciente:

- **Inicio de la intervención**
- **Finalizada intervención**
- **Traslado a UCI.**

CONCLUSIONES

Se pretende con ello reducir la ansiedad de los familiares en la espera durante el procedimiento, proporcionando información clara y precisa, promoviendo un entorno de confianza y seguridad.

523 LIDERAR DESDE EL MARGEN: EXPERIENCIAS DE GESTORES JÓVENES EN LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Hernández Pereña, Marcos¹; Molina Villaverde, Diana²

¹Subdirector médico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital Rodríguez Lafora

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario español se enfrenta a desafíos que requieren una transformación profunda. Los jóvenes directivos, con perspectivas y enfoques innovadores, pueden ser catalizadores esenciales de este cambio. Sin embargo, llegar a posiciones directivas y su recorrido profesional ulterior está lleno de dificultades y obstáculos, entre los que habitualmente destacan la existencia de estructuras jerárquicas rígidas hasta culturas organizacionales resistentes al cambio.

OBJETIVO

1. Reflexionar sobre las experiencias de jóvenes directivos en el sistema sanitario público.
2. Identificar los aprendizajes informales y desafíos enfrentados.
3. Proponer estrategias para fomentar el liderazgo joven y la transformación organizacional.

MATERIAL

Este estudio se basa en una metodología cualitativa descriptiva con enfoque autoetnográfico. Se ha estructurado en dos componentes principales:

- 1. Narrativa reflexiva:** A través de entrevistas estructuradas entre los dos autores, ambos gestores sanitarios jóvenes en diferentes contextos hospitalarios del sistema público, se identificaron hitos de aprendizaje no académico, dificultades vividas, emociones predominantes, mecanismos de afrontamiento y evolución del rol directivo.
- 2. Revisión bibliográfica:** Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, CINAHL) utilizando los términos: "health leadership", "young managers", "hospital governance", "transformational leadership" y "organizational change". Se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años, en inglés o español, con revisión por pares y aplicabilidad a contextos públicos europeos. Se seleccionaron 18 artículos, de los cuales se referencian los más relevantes para el análisis reflexivo.

Ambos componentes se triangularon para elaborar una visión más profunda y contextualizada de las vivencias de los jóvenes gestores sanitarios y su potencial transformador.

RESULTADOS

Aprendizajes informales

- La gestión sanitaria va más allá de las habilidades técnicas; implica navegar por dinámicas políticas y emocionales en un entorno de alta complejidad.
- La autoformación y la construcción de una red de apoyo de gestores afines son esenciales para mantener la autonomía, la integridad y avanzar en la transformación del sistema sanitario.

Desafíos enfrentados

- Resistencia al cambio por parte de estructuras jerárquicas establecidas.
- 'Edadismo inverso' y cuestionamiento de la autoridad y valía de los jóvenes directivos, a pesar de sus logros objetivables alcanzados.
- Coste personal elevado, debido a la autoexigencia y la dedicación intensiva.

Estrategias para el cambio

- Identificación y apoyo a perfiles "outsiders" como agentes de cambio.
- Fomento de una cultura organizacional que valore y dé espacio a la innovación y la diversidad de pensamiento.

CONCLUSIONES

Este trabajo reflexiona sobre las experiencias de dos jóvenes directivos en el sistema sanitario público español. Los jóvenes directivos tienen el potencial de liderar la transformación del sistema sanitario desde dentro. Para ello, es fundamental reconocer y superar los desafíos específicos que enfrentan, fomentar entornos que valoren la innovación y proporcionar apoyo estructural y emocional. Su capacidad para pensar de manera disruptiva y promover la innovación es clave para una gestión más eficiente y adaptada a las necesidades actuales del entorno sanitario.

El reto para el sistema sigue siendo ser capaz de atraerlos al ámbito de la Gestión Sanitaria, crear carreras con trayectorias profesionales interesantes y retenerlos para posibilitar un recambio generacional mantenido en el tiempo.

536 PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DURANTE 12 HORAS DIARIAS SEGÚN CURVA DE FRECUENTACIÓN

Gómez García, Héctor¹; Martín González, Elena¹; Sánchez Matesanz, Sergio¹; Sancho Martín, Arantza¹; Cañizares Sánchez, Rubén¹; Martín Hernández, M Fermina¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la actualidad es algo evidente, relacionado tanto con la demanda (producida por el envejecimiento de la población, las mayores expectativas de los usuarios y la accesibilidad) como por actuar como búfer para todo el hospital ya que prácticamente todas las ineficiencias del hospital, desde el punto de vista de gestión en los flujos, se manifiestan en las urgencias, enlenteciendo el flujo. El volumen de urgencias hospitalarias ha sufrido un incremento importante y progresivo durante las 3 últimas décadas, permaneciendo en la actualidad, en una situación de cierta estabilidad y en la mayoría de los hospitales normalmente sigue una curva de frecuentación semejante y predecible.

OBJETIVO

Crear una unidad de observación en urgencias de apertura diaria temporal ajustada a la frecuentación, para optimizar los puestos de observación dentro del servicio y disminuir los pacientes sin observación directa, así como los pacientes dependientes en salas de espera.

MATERIAL

Creación de un grupo de trabajo compuesto por Dirección del Hospital, Responsables Médicos y de Enfermería del SUH, Comité Operativo del SUH y la Unidad de Calidad.

Revisión de los datos proporcionados por el proyecto CATIA (Centro de Análisis y Tratamiento de la Información Asistencial, de la Gerencia Regional de Salud): frecuentación por niveles de triaje, frecuentación por hora, tiempos, número de pacientes G3.

Recogida de datos y revisión de los mismos en dos periodos diferentes, 3 meses en 2024 y 3 meses en 2025, de ocupación de las salas de observación y salas de espera en 3 puntos horarios (14:00/18:00/21:00).

RESULTADOS

Se desarrolla el Procedimiento de funcionamiento de la nueva unidad de observación de urgencias (UOU), con los criterios de derivación, recursos humanos, materiales y tiempo de apertura. Su puesta en marcha fue enero de 2025. Se incluyen 9 puestos de atención, abiertos de 12:00h a 00:00h, con una enfermera y una TCAE en un turno de 12h.

La curva de frecuentación es estándar para un SUH con 430 urgencias/día de media. El número de pacientes es ligeramente menor en el periodo de 2025 (31730 vs 31226). La distribución por gravedad es semejante y estable en ambos periodos con predominio de pacientes con nivel 3 de triaje. Hay un incremento de pacientes G3 al día en el periodo de 2025 (57 vs 66). No hay cambios significativos en tiempos de espera y primera asistencia.

El porcentaje de ocupación de las salas de observación tras la apertura de la UOU se mantiene similar en los dos periodos, sin embargo, en las salas de espera se observa menor número de ocupación de pacientes en camilla. La ocupación media de la UOU se mantiene en un 55%, el 84% de los pacientes admitidos aquí son de nivel 3 de triaje.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, la utilización de esta nueva unidad de observación ha permitido aumentar los pacientes que son atendidos de primera asistencia en la sala de observación "Polivalente A", ya que la derivación desde esta sala a la UOU ha permitido mantener la misma ocupación entre los dos periodos revisados.

Hemos observado una disminución importante de los pacientes que esperan en salas de espera en camillas, aunque menos de lo esperado, esto podría ser debido al pequeño aumento diario de pacientes G3 durante el segundo periodo y las posibles implicaciones de la estacionalidad.

Creemos que es necesario hacer el estudio comparativo entre 2 años completos para poder verificar si nos implica una mejora realista.

545 CUIDAMOS DE TI. POR EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.

Hernández Valverde, Miguel¹; Vicente López, José Carlos²; Albaladejo Pérez, Lucía¹; Avilés García-Serrano, María¹

¹ Servicio Murciano de Salud; ² Consejería de Salud

INTRODUCCIÓN

Este programa tiene como fin dotar de recursos a la propia organización que constituyen los profesionales para mejorar su bienestar y el de sus familiares, así como aprovechar los conocimientos, experiencias, habilidades y capacidades que ofrecen todas las personas que han trabajado en el sistema sanitario público, para que de forma altruista devolver a la sociedad todo aquello que la ciudadanía de la Región de Murcia, le pueda ser útil, a través de jornadas, talleres, charlas y voluntariado.

OBJETIVO

1. Mejorar el bienestar físico, emocional y laboral de los trabajadores.
2. Construir una organización más humanizada y más sensible a las necesidades de sus integrantes.
4. Establecer alianzas con la sociedad civil y económica y la comunidad donde se encuentra inmersa la organización sanitaria.

MATERIAL

Material

- Plataforma con módulos multimedia (tutoriales, guías, documentación, manuales, videos, exposición fotografía, escritura y pintura, etc.)
- Difusión de recursos audiovisuales con carácter socio sanitario a través de los canales de tv internos tanto en hospitales como en centros de salud (movilización de pacientes, técnicas para la mejora del suelo pélvico, disfagia, cuidados físicos).
- Community management redes sociales (Facebook, Instagram, Youtube, Telegram, WhastApp, web).
- Difusión de cartelería específica.

Método

1. Jornadas de formación, estudios, análisis y encuestas que se realizan sobre las demandas de los profesionales, con el objetivo de aportar los recursos precisos.
2. Nombramiento de responsables en las 9 Áreas de salud que compone el Sistema Público Sanitario de la Región de Murcia.
3. Acordar alianzas mediante convenios tanto con la Administración Local, como con el tejido empresarial y social, tanto de los municipios como de las comarcas.

RESULTADOS

107 actuaciones realizadas en 2024: certamen de microrrelatos, talleres de artesanía y pintura, exposición de fotografía, rutas solidarias, jornadas de bienestar, viajes de ocio y tiempo libre, rutas gastronómicas y patrimoniales, etc.

27 Ayuntamientos colaboradores que representan el 80% de la población de la Región de Murcia.

"Cuidamos de ti" para profesionales en activo y "Cuidamos de ti Oro" para personal en situación de jubilación.

Creación de Comisión de seguimiento del programa Cuidamos de ti y de Cuidamos de ti Oro.

Acuerdo con el Ayuntamiento de la capital para la creación de un carril saludable que una los tres hospitales de la ciudad.

Programa de movilidad en transporte público para los trabajadores del Servicio Murciano de Salud, y presentación al programa LIFE de la Unión Europea del programa Cuidamos de ti y su aportación a la contribución de la sostenibilidad del medio ambiente.

Desarrollo de canales audiovisuales en internet. Más de 12.000 suscriptores.

Desarrollo de programa "Cuidamos de ti" y "Cuidamos de ti Oro" con la participación de: Consejería de Salud, Servicio Murciano de Salud y Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria FFIS.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo de un espacio y/o plataforma "Cuidamos de ti" favorece el bienestar de los trabajadores, familiares y de aquellas personas que han trabajado en el sistema sanitario público.
2. Consolidación del programa "Cuidamos de ti" como herramienta fundamental para la humanización de las relaciones interpersonales.
3. "Cuidamos de ti" se ha convertido en estos 5 años en una referencia de responsabilidad social corporativa como primera empresa de la Región de Murcia (Servicio Murciano de Salud).

4 “NO MIRES ARRIBA” UN ESCENARIO CATASTRÓFICO, QUE PUEDE EVITARSE.

Orellana Muñoz, Alfonso¹; Chups Rodríguez, Ana²; Jimber Del Río, Manuel²

¹ Servicio Andaluz de Salud; ² Unidad de Seguridad TIC. Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

Según la oficina de las naciones unidas para la reducción del riesgo de desastres (UNDRR) en su documento “HACIA UNA APLICACIÓN DE LA AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE QUE TENGA EN CUENTA LOS RIESGOS” existen multitud de desafíos en la implementación de la agenda 2030. FUENTE: <https://www.undrr.org/media/88126>

En el caso del “Objetivo 3 Salud y bienestar” desde el punto de vista de la reducción del riesgo de desastres plantea “...Promover infraestructuras y sistemas de salud que tengan en cuenta los riesgos con el objetivo de minimizar las interrupciones en el acceso a los servicios de salud y prestar asistencia vital.”

OBJETIVO

El objetivo de la ponencia es la concienciación mediante el planteamiento de un escenario no real pero posible en el que unos ciber delincuentes atacan un sistema sanitario y producen una disrupción de los servicios sanitarios de una región

MATERIAL

El escenario se planteará de manera realista combinando datos y experiencias extraídas de ciberataques reales que han sido contenido o no y que han ocurrido en infraestructuras de todo el mundo y la posibilidad de que estos vuelvan a producirse. Este escenario se acompañará de una explicación de las buenas prácticas de la industria, y terminará planteando temas como la responsabilidad personal y las obligaciones de los empleados sanitarios y los ciudadanos.

RESULTADOS

Incrementar la concienciación de los profesionales y proveedores del sector sanitario sobre los riesgos reales de ciberseguridad

CONCLUSIONES

El eslabón más débil de la cadena de la ciberseguridad sigue siendo los usuarios del sistema. la legislación vigente, las buenas prácticas y la experiencia de cualquier profesional de la ciberseguridad indican que la inversión en concienciación es imprescindible. El planteamiento de escenarios realistas y “duros” a los profesionales contribuirá a que estos coloquen la ciberseguridad en su día a día como un hábito.

6 “VARIACIONES EN LAS CUANTÍAS DE PRESTACIONES FACTURABLES A TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU DIFÍCIL JUSTIFICACIÓN”

Aguilar Utrilla, Braulio Manuel¹; Pina Catalán, María Rosa²

¹ Servicio Aragonés de Salud; ²⁰⁶¹ Aragón

INTRODUCCIÓN

La normativa vigente a nivel nacional, incluida la propia Ley General de Sanidad, obliga a facturar las prestaciones sanitarias realizadas cuando hay terceros obligados al pago. Es el caso de aseguradoras cuando el seguro es obligatorio, como en vehículos a motor, viajeros, deportistas federados, caza, determinados perros, etc. Y de Mutualidades y accidentes de trabajo. El trabajo realiza una comparativa entre las dos vías jurídicas existentes de realizar la facturación y la variación de precios existente entre los diferentes Servicios de Salud para facturar idénticos servicios. No podemos olvidar que esta es una vía de ingresos que ayuda a la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVO

Poner de manifiesto las diferencias, que en algunos casos se pueden calificar como enormes, entre las cantidades que se exigen a los terceros obligados al pago por la prestación de los mismos servicios sanitarios.

MATERIAL

Se analizan las listas oficiales de tarifas y precios de los diferentes servicios de salud, estableciendo comparativas y análisis estadísticos de los valores asignados a un grupo de servicios que podríamos definir como muy usuales en este tipo de actuaciones. Se incorpora una ficción de cuanto se facturaría por unas actuaciones preestablecidas en cada servicio de salud, comparando y analizando el ranking obtenido.

RESULTADOS

Pese a que la ley 8/1989 que regula los precios públicos y determina que toda propuesta de establecimiento o modificación de la cuantía de precios públicos deberá ir acompañada de una memoria económico-financiera que justificará el importe de los mismos que se proponga, y a que los elementos esenciales de las prestaciones sanitarias elegidas son idénticos o muy similares en todos los servicios de salud, básicamente salvo diferencias retributivas y poco más, se observan variaciones de hasta el 960% en algunos servicios como la realización de una ecografía simple de abdomen, con una desviación mínima detectada del 182% en el caso de Primeras Consultas Médicas en Atención Primaria, donde el único elemento que interviene es el propio médico.

CONCLUSIONES

Admitiendo que la diferencia de sueldos entre los diferentes servicios de salud puede incidir en el precio final al representar los sueldos a entre el 50 y el 60% del coste total de un producto sanitario, esas diferencias no justifican las grandes desviaciones entre los precios observados que se facturan. Los servicios de salud que utilizan facturación por GRDs muestran en esos concretos procesos unas desviaciones menores, de entre el 165% al 278%, en torno al 200% de media por proceso. Esta desviación, aun siendo muy alta, no alcanza los niveles de otras actividades facturables por acto. Sería recomendable establecer un método de cuantificación a nivel nacional que permita su adaptación a los costes de los servicios de salud, de modo que las desviaciones estén dentro de un rango razonable e incluso preestablecido.

26 ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

López Rubio, M^a Aránzazu¹; García Martín, Ana Isabel²; Gómez-Coronado Martín, Rafael³; Morillo-Velarde Muñoz, Juan²; Díaz Caro, Isabel²; Cueto Hernández, Ignacio²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital G.U. Gregorio Marañón, IISGM; ³Hospital G.U. Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La alta frecuentación en urgencias es un desafío para el sistema de salud en España. De los adultos atendidos en nuestro medio, hasta el 31% se han identificado como frecuentadores (2-9 visitas) y el 0,4% como hiperfrecuentadores (≥ 10 visitas). En éstos, el 13% de las visitas fueron por causas ginecológicas/obstétricas, tercer diagnóstico más común al alta. La identificación de estas situaciones depende de la organización de urgencias, que varía según el centro. La hiperfrecuentación (HF) podría ser más frecuente en obstetricia, aunque existen pocos estudios. Analizar sus causas es clave para mejorar la atención y optimizar recursos.

OBJETIVO

Evaluar la HF en urgencias de ginecología y obstetricia en un hospital de alta complejidad entre 2022 y 2024, identificando patrones y factores asociados para orientar mejoras asistenciales y organizativas.

MATERIAL

Estudio retrospectivo y transversal con mujeres >16 años atendidas en urgencias de maternidad. Se identificaron pacientes HF (≥ 10 visitas/año calendario) y se analizaron variables demográficas, servicio de atención, prioridad en el triaje y diagnóstico al alta. Se usaron pruebas de Chi-cuadrado, t de Student, U de Mann-Whitney y regresión logística con STATA.

RESULTADOS

Se atendieron 51.745 pacientes (34.931 en ginecología y 16.814 en obstetricia), con 65.649 visitas ginecológicas y 31.649 obstétricas, distribuidas anualmente homogéneamente. Se identificaron 137 HF (0,26%): 108 en ginecología y 29 en obstetricia, generando 2.084 episodios. En ginecología, las HF representaron 2,55% de las visitas (1.677 episodios), frente al 1,29% en obstetricia (407 episodios).

En ginecología, el 80% de las HF consultó inicialmente en 2022-2023. En obstetricia, el 39,07% lo hizo en 2024. En ambos grupos, la mayor carga de visitas secundarias ocurrió en 2023 ($p<0,001$), con una tendencia anual ascendente en ginecología.

Características demográficas

La mediana de edad de las HF es menor tanto en ginecología: 28 años [21,5-34, máx. 46] vs. 34 años [27-40, máx. 82] en NHF ($p<0,001$), como en obstetricia: mediana de 26 años [22-33, máx. 40] vs. 33 años [28-37, máx. 46] en NHF ($p<0,05$).

Servicio de atención

13.607 episodios fueron reasignados del área de ginecología a obstetricia (20,73% del total). Entre las HF de ginecología, supuso que 29,46% fueron reclasificadas (494 visitas) frente al 20,50% (13.113 visitas) de las NHF ($p<0,001$).

Prioridad según triaje Manchester

La HF varía según la prioridad de ingreso ($p<0,001$). En ginecología, las HF presentaron menos episodios con prioridad estándar y no urgente (23,02% y 17,59%) que NHF (28,25% y 24,25%). En obstetricia, un mayor porcentaje de HF (33,25%) fue clasificado como urgentes vs. 24,38% en NHF. No hubo diferencia en la categoría de emergencia (HF 50,40% vs. NHF 59,22%).

Diagnósticos al alta (categorías CMBD)

La hiperfrecuentación se asocia con el diagnóstico al alta. En Ginecología, predominó el contacto con servicios sanitarios; en Obstetricia, motivos reproductivos. En NHF destacaron Otras categorías de atención, Atención materna y fetal, y el embarazo con resultado abortivo en Obstetricia.

Factores asociados

La regresión logística identificó que la edad es un factor clave: el riesgo de HF es mayor en mujeres de 18-24 años y disminuye con la edad. En Obstetricia, las personas <25 años tienen 4.19 veces más probabilidades de ser HF que las de 25-34 años y 6.30 veces más que las de 35-44 años (OR=0,16; IC 95%: 0,056-0,45; $p<0,001$). No hay relación clara entre HF y triaje, aunque los intervalos de confianza sugieren una posible asociación.

CONCLUSIONES

La HF en urgencias de maternidad está fuertemente influenciada por la edad, con mayor impacto en ginecología. En los últimos tres años, la carga de consultas ha aumentado, lo que subraya la necesidad de seguir investigando los factores determinantes para diseñar intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo.

38 APLICACIÓN DE NUDGES PARA FOMENTAR ELECCIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN MÁQUINAS DE VENDING.

García Blanco, Antonio¹

¹ SESCOAM – Secretaría General

INTRODUCCIÓN

La obesidad, diabetes e hipertensión, constituyen desafíos importantes en el ámbito de la salud pública. Las máquinas de vending (MV) ubicadas en espacios sanitarios suelen contener productos ultraprocesados, altos en azúcar, grasas y sal, lo que limita las opciones saludables de los consumidores.

En este contexto, los “**nudges**” (o empujones) se han consolidado como estrategias efectivas para modificar el comportamiento humano sin imponer restricciones ni alterar significativamente las opciones disponibles. **Los nudges pueden ser una herramienta clave para promover elecciones alimenticias más saludables.**

OBJETIVO

Promover cambios saludables en la selección de alimentos en MV, mediante intervenciones basadas en nudges.

MATERIAL

La metodología empleada involucró dos fases principales:

Fase de mapeo y encuesta: Realización de encuesta en marzo de 2024 dirigida a las D.G. de centros hospitalarios y de atención primaria para cuantificar y conocer ubicación de las M.V., diferenciando entre alimentos y bebidas. Incluyó preguntas sobre forma de contratación del servicio, la duración de los contratos y la inclusión de cláusulas relacionadas con la alimentación saludable, el medio ambiente y/o aspectos sociales en los procesos de licitación.

Fase de intervención y análisis de ventas: Se seleccionaron dos centros para el estudio, considerando la viabilidad en entornos reales y la disponibilidad de datos sobre las elecciones de productos saludables en sus MV. Los datos recogidos están referidos a los productos adquiridos entre julio de 2023 y enero de 2024, abarcando una muestra de 95 máquinas expendedoras (23,1% del total) Se empleó el modelo de perfil nutricional de la OMS para definir los productos saludables. Tras la intervención, se recopilaron y tabularon datos de ventas durante siete meses para evaluar elecciones sobre consumo de productos saludables.

Análisis estadístico: La encuesta se realizó en marzo de 2024, y el estudio de productos adquiridos se concluyó en octubre de 2024, abarcando el rango temporal de productos adquiridos entre julio 2023 y enero 2024, siendo la muestra de **95 máquinas de vending** distribuidas en hospitales y centros de salud de la región objeto de estudio.

Estas máquinas representaban el 23,1% del total de máquinas en funcionamiento (411) ubicadas en: Áreas de mayor afluencia: Salas de espera y pasillos.

RESULTADOS

De las 411 máquinas expendedoras censadas, el 69,59% (286) dispensaban bebidas y el 20,19% (83) alimentos.

En 8 de los 14 procedimientos de licitación analizados (57,14%) se incluyeron criterios de alimentación saludable, como seguir las recomendaciones de la OMS, utilizar la meta NAOS, ofrecer productos ecológicos, saludables y de comercio justo, sin azúcares añadidos ni grasas saturadas, y opciones biosaludables.

La distribución porcentual de las adquisiciones de productos en las 95 máquinas estudiadas mostró que el agua representó el 30,44%, seguida de las bebidas calientes (26,51%), los refrescos (17,89%), los snacks (15,91%) y **los alimentos saludables (9,24%)**.

CONCLUSIONES

La calidad nutricional de las Máquinas de vending de los centros analizados **no puede ser definida como saludable**. Pueden desarrollarse estrategias de promoción de la salud con el objetivo de mejorar su composición nutricional u orientar a la población hacia la selección y consumo de alimentos saludables a través de nudges sugiriéndose las siguientes propuestas:

- Ubicación prominente de productos saludables, mediante la colocación del producto en bandejas superiores, a nivel de los ojos, colocando los no saludables en niveles inferiores.
- Etiquetado informativo con mensajes positivos: “OPCIÓN INTELIGENTE PARA TU SALUD”, “PRODUCTO RECOMENDADO PARA CUIDARTE”, “ELIGE BIENESTAR”, “ENERGÍA NATURAL PARA TU DÍA”
- Reducción/ajuste de precios de productos saludables sobre el resto de las elecciones.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



297

58 CAPTURA DE GASES ANESTÉSICOS EXHALADOS. HUELLA DE CARBONO ZERO

Valero Vicario, Amaia¹; Bermejo Menacho, Lorena¹; Maroño Boedo, M^a Jesus¹; Guereca Gala, Ane¹; Garcia Quintanilla, Sonia¹; Epalza Bueno, Ainhoa¹

¹OSI Ezkerraldez Enkarterri Cruces

INTRODUCCIÓN

Nuestra organización cuenta con un sistema de gestión medioambiental implantado desde 2014 que se registra en 2020 en el sistema comunitario de gestión y auditoría medioambientales (EMAS).

La premisa de la que parte dicho sistema se resume en que **nuestra práctica clínica debe perseguir el objetivo de ser climáticamente neutros y contribuir a producir cero emisiones con seguridad y eficacia para los pacientes y también para la sociedad en general.**

OBJETIVO

En el contexto de la gestión medioambiental, se evalúan en continuo los aspectos ambientales asociados a nuestra actividad.

En el capítulo de las emisiones de gases efecto invernadero (alcance 1y 2), se miden y evalúan las asociadas al consumo de energía, fugas de gases refrigerantes, movilidad, gas cocina y gases medicinales.

Son de reseñar el peso que tienen las correspondientes a los gases anestésicos exhalados por los pacientes, que en el año 2020 constituían el 36,5% del total de las emisiones directas de nuestra organización.

El objetivo por lo tanto del proyecto es reducir al máximo las emisiones asociadas al uso de los anestésicos.

MATERIAL

Se trata de un proyecto en el que han participado conjuntamente profesionales sanitarios del ámbito quirúrgico, técnicos de ingeniería biomédica y mantenimiento en estrecha colaboración con nuestros proveedores y que se ha desarrollado en varias etapas:

- Análisis de mercado en busca de soluciones técnicas que permitan evitar o contener dichas emisiones, teniendo en cuenta su efectividad las implicaciones que su implementación puedan suponer en el mantenimiento normal de nuestra actividad, minimizando las posibles injerencias.

Se opta por la instalación de filtros específicos para la retención del gas exhalado.

- Decidida la solución que no es compatible con el uso del protóxido y con la colaboración del Servicio de Anestesia se opta por reducir al máximo del uso del mismo como anestésico, sustituido por otras opciones; en concreto Sevoflurano (HFE-347mmz1) y Desflurano (HFE-236ea2) con un poder de calentamiento atmosférico de 195 kgCO₂ y 2.590 KgCO₂ respectivamente

- Anulación y desmantelamiento de la red general centralizada de suministro del Protóxido de Nitrógeno

- Modificación en los equipos de anestesia para su funcionamiento en pasivo y la incorporación del filtro para la retención de los anestésicos exhalados.

- Implantación de la logística de recogida de los filtros, incluyendo la identificación en origen de los filtros usados y el pesaje de los mismos.

- Última fase, actualmente en proceso, que consiste en la recuperación del anestésico retenido en los filtros para su uso posterior.

RESULTADOS

El proyecto se inició en enero de 2023 finalizando en abril del 2024 y ha supuesto la intervención en 32 quirófanos y 42 equipos de anestesia.

Con un resultado de emisiones evitadas de 176.656 kg CO₂ en 2024, se ha conseguido una reducción de las emisiones asociadas a los anestésicos del 98% respecto al año 2020. La colocación de los filtros ha permitido reducir las emisiones por intervención con anestesia general 8,4 KgCo₂/intervención

CONCLUSIONES

Los resultados a fecha actual son francamente positivos, y nos animan al seguimiento del proyecto hasta conseguir la recuperación del anestésico retenido y la autorización para su uso posterior, lo que cerrara el círculo.

Otro aspecto que se valora especialmente es la constatación de los beneficios que suponen la dinámica del sistema de gestión medioambiental implantado, máxime si se tiene en cuenta que se estima que el sector sanitario podría tener una participación de aproximadamente un 4,4% de las emisiones globales netas lo que se valorara especialmente, teniendo en cuenta el papel de la salud como sujeto activo y pasivo del cambio climático.

85 COSTURA SOSTENIBLE HOSPITALARIA

Condés Obón, Mercedes¹; Martínez Muñoz, Natividad¹; Pérez Anchuelo, María Cruz¹; López Gasco Camacho, María Adela¹; García García, Nuria¹

¹ Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

El servicio de costura del hospital, dependiente del Servicio de Asuntos Generales y Medio Ambiente, desde hace años es un claro ejemplo de economía circular.

Su trabajo, más allá de reponer botones y coser bajos, consiste en reducir, reparar, renovar, reutilizar y reciclar todo el material textil obsoleto y/o irrecuperable, al cual se le da una nueva vida.

Durante el año 2024 nos pusimos como objetivo aumentar en un 10% el material reciclado respecto al año anterior.

OBJETIVO

Reducción de la huella de carbono evitando el desperdicio, su destrucción y la producción de una nueva prenda textil. Ahorrar gastos en nuevas adquisiciones de artículos textiles.

MATERIAL

Sábanas blancas y verdes, sábanas defenestradas, batas quirúrgicas, paños quirúrgicos...son convertidos en entremetidas, fundas de almohadas, paños, bolsas de tela para profesionales...

Reparación y renovación de uniformidad (chaquetas, pantalones y batas) pijamas y camisones de pacientes, cortinas, contenciones, almohadas...con piezas de prendas irrecuperables tanto por manchas como por roturas.

Además del material desechado en el propio hospital, una vez por semana, junto con la ropa limpia, desde la Lavandería Central nos envían una jaula para costura, desechada desde otros hospitales que de otra manera terminaría en el vertedero.

RESULTADOS

Durante el año 2024 se han confeccionado 470 entremetidas blancas, 232 entremetidas verdes, 151 fundas de almohada blancas, 82 fundas de almohada verde, 111 sábanas verdes, 919 paños abiertos, 88 paños cerrados...

Se han reparado/renovado 3.090 pantalones de uniforme blanco, 2.984 chaquetas uniforme blanco, 1.173 chaquetas de uniforme quirúrgico, 597 camisones paciente...

Un total de 11.915 prendas recuperadas y puestas de nuevo en circulación, lo que supone un 17,68% más que en 2023, en el año 2023 las prendas recuperadas fueron 674, superando el objetivo planteado.

Durante el año 2024 el servicio de costura del hospital contribuyó a evitar la destrucción de 950,96 kilos de ropa. Según un estudio de INTEXTER de la Universidad Politécnica de Cataluña reutilizar un kilo de ropa supone un ahorro equivalente de 25 kilos de CO₂.

Basándonos en esos estudios, el hospital evitó 23,77 toneladas de CO₂ a la atmósfera.

CONCLUSIONES

Alargar el tiempo de vida útil de prendas de ropa hospitalaria consigue reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, y por tanto la huella de carbono del hospital.

Reducimos los costes económicos en la gestión de residuos y en la adquisición de nuevas prendas textiles.

Y, además, concienciamos a nuestros profesionales en los beneficios de una economía circular, precisando menos materias primas, generando menos residuos y evitando emisiones a la atmósfera.

Para conseguir este objetivo es fundamental que los hospitales mantengan en sus plantillas la categoría de costureras, sin ellas no hubiera sido posible plantearnos reducir, reparar, renovar, reutilizar y reciclar todo ese material textil.

96 CULTURA SOSTENIBLE INNOVADORA: SALUD Y PLANETA UNIDOS

Cerrillo Martín, Ana Isabel¹; Rodríguez Sanchidrián, Julia¹; Araque Sánchez, Mayte¹; Sánchez-Celaya Del Pozo, Marta¹; Oñate Heredero, Carmen¹; García De San José, Sonia¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Sector salud responsable del 4,5% de las emisiones nacionales. La alta Dirección del Hospital consciente de la importancia de abordar los desafíos globales incorporó la Agenda 2030 y, por ende, la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) dentro de la estrategia del Hospital, alineando sus prácticas y decisiones con los principios de sostenibilidad y responsabilidad social.

OBJETIVO

Establecer y fortalecer **cultura sostenible en la organización**, integrando la sostenibilidad en todas las áreas y niveles del hospital.

Sensibilizar a pacientes, familiares y profesionales sobre el cuidado medioambiental, uniendo dos pilares fundamentales: la salud humana y la sostenibilidad planetaria.

Fomentar la participación activa en actividades sostenibles.

Promover entorno hospitalario comprometido con la sostenibilidad.

MATERIAL

Grupo de trabajo multidisciplinar y transversal, desarrollar estrategias innovadoras:

1. Identificación de partes interesadas.
2. Análisis de necesidades y expectativas de las partes interesadas (grupos focales, encuestas)
3. Evaluación megatendencias
4. Desarrollo de líneas estratégicas, siendo una de ellas: "Cultura Sostenible: Sensibilización, Concienciación, Formación, Información"
5. Implementación
6. Evaluación y mejoras

RESULTADOS

La campaña de sensibilización celebrando la semana del medioambiente es una realidad tangible en nuestra Organización. Desde su concepción, ha sido meticulosamente diseñada y estructurada para maximizar su impacto y efectividad. Actualmente, hemos implementado con éxito tres ediciones.

A pacientes y familiares: Taller "SIEMBRA VIDA" niños ingresados. Siembra de huerto urbano en el jardín de psiquiatría de adultos y en adolescentes. Taller terapia de los sentidos: identificar plantas aromáticas a través de vista, olfato y tacto. Bandejas de comida de pacientes: tarjeta felicitando Día del Medioambiente y maceta semillas de petunias.

Profesionales

Se instalan carpas con actividades relacionadas con la protección del medioambiente, isla de contenedores (peligrosos y no peligrosos), stands de proveedores y gestores de residuos, asesoramiento sobre correcta segregación.

Cartelería informativa, divulgación de los residuos generados, del desempeño ambiental, de las líneas de trabajo para disminuir la huella de carbono, la consecución de los ODS y el cumplimiento de la Agenda 2030.

Juegos de difusión de los ODS. Juegos de sensibilización ambiental. Photocall. Campaña de concienciación: exposición visual del impacto ambiental del consumo de agua embotellada (plásticos y CO₂). Degustación de café de comercio justo, bio, ecológico. Presentación menú sostenible y saludable en cafeterías. Degustación bizcocho elaborado por el personal de cocina. Presentación de propuestas e iniciativas sostenibles.

En las tres ediciones la participación creció significativamente, pasando de 300 a 905 participantes en las actividades para profesionales. Los talleres y juegos de sensibilización fueron altamente valorados, y la recepción de las actividades por parte de los pacientes fue positiva. La urna de sugerencias reflejó un creciente interés por actividades ambientales (145 sugerencias, 4 felicitaciones).

CONCLUSIONES

El fin de un Hospital es proporcionar y/o restablecer la salud de los pacientes, pero fruto de nuestra actividad emitimos gases de efecto invernadero que enferman a la población. La creación de CULTURA SOSTENIBLE incorpora el cambio climático en la cultura de la Organización, integrándolo como pilar clave de la estrategia del Hospital.

Esta iniciativa impacta directamente en el ODS3 (Acción por el clima), en su meta 13.3. "Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional respecto a la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana" Esta iniciativa innovadora ha demostrado ser una herramienta eficaz para sensibilizar sobre la sostenibilidad ambiental en un hospital. A través de la creciente participación y el impacto positivo observado, se ha consolidado como un espacio de aprendizaje y reflexión, destacando la importancia de integrar el cuidado del medioambiente con la salud.

107 DESCENTRALIZACIÓN DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN ENTORNO INSULAR

Castellot Martín, Ana¹; González Paredes, Gabriela²; Cruz Bonilla, Ana¹; Miguens Uriel, Alejandro²; Rodríguez Castellot, Jonas¹; Hernández Sarmiento, Samuel²

¹ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil; ² Hospital General de Fuerteventura

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento clave en el manejo de patologías biliares y pancreáticas. En entornos insulares, la centralización de estos procedimientos conlleva tiempos de espera prolongados y costos elevados debido a traslados innecesarios. La descentralización de la CPRE puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario, optimizando la accesibilidad y los recursos disponibles.

OBJETIVO

Evaluar la eficiencia económica de la descentralización de la CPRE en islas no capitalinas mediante un análisis de coste-efectividad, estimando el impacto en la reducción de costos directos e indirectos, la optimización de recursos sanitarios y la disminución de los tiempos de espera.

MATERIAL

Se realizó un análisis retrospectivo comparando dos modelos asistenciales: centralizado (2023) y descentralizado (2024). Se analizaron costos sanitarios (traslados, hospitalización, uso de material desechable), eficiencia operativa (uso de salas, número de procedimientos por sesión) y tiempos de espera. Se aplicó un modelo de análisis de minimización de costos para evaluar la viabilidad económica del cambio de modelo.

RESULTADOS

El modelo descentralizado redujo el tiempo de espera en un 75% en pacientes hospitalizados y un 61% en ambulatorios. Se logró una reducción del 30% en los costos de atención mediante la optimización del uso de recursos y la disminución de traslados innecesarios. La eficiencia operativa mejoró al incrementar el número de procedimientos por sesión, logrando un mayor rendimiento económico por unidad de recurso.

CONCLUSIONES

La descentralización de la CPRE en islas no capitalinas representa una estrategia costo-efectiva que optimiza la accesibilidad y eficiencia asistencial, disminuyendo costos sin comprometer la calidad. Este modelo puede extrapolarse a otros entornos con barreras geográficas, ofreciendo una solución sostenible en la gestión de servicios sanitarios.

108 DESCENTRALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DIGESTIVA: IMPACTO ECONÓMICO Y REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD

Castellot Martín, Ana¹; Cruz Bonilla, Ana¹; Rodríguez Castellot, Jonas¹; González Paredes, Gabriela²; Hernández Sarmiento, Samuel²; Miguens Uriel, Alejandro²

¹ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil; ² Hospital General de Fuerteventura

INTRODUCCIÓN

La equidad en el acceso a la atención sanitaria sigue siendo un reto en zonas con barreras geográficas. La descentralización de procedimientos digestivos especializados puede reducir desigualdades en salud y optimizar el gasto sanitario.

OBJETIVO

Analizar el impacto económico y distributivo de la descentralización de la CPRE en la equidad en salud, evaluando cómo la reorganización del servicio afecta el acceso a procedimientos especializados, la eficiencia del gasto sanitario y la optimización de recursos en poblaciones con barreras geográficas.

MATERIAL Se compararon datos de atención sanitaria entre 2023 (modelo centralizado) y 2024 (modelo descentralizado) en islas no capitalinas. Se evaluaron indicadores de accesibilidad (tiempos de espera, desplazamientos evitados), eficiencia en el uso de recursos (costos sanitarios directos e indirectos) y equidad en salud (distribución de procedimientos y cobertura poblacional). Se aplicó un análisis de impacto económico con estimaciones de ahorro por paciente.

RESULTADOS

La descentralización redujo el tiempo de espera en un 75% en pacientes hospitalizados y un 61% en ambulatorios, permitiendo un mayor acceso en islas periféricas. Se evitó el traslado innecesario del 20% de los pacientes, reduciendo los costos asociados en un 30%. La tasa de éxito técnico aumentó hasta el 94%, con una disminución del 10% en complicaciones, evidenciando una mejora en la equidad y sostenibilidad del modelo.

CONCLUSIONES

El modelo descentralizado es una estrategia económicamente eficiente para reducir desigualdades en el acceso a la atención digestiva especializada. La optimización de los recursos y la disminución de traslados confirman su viabilidad para mejorar la equidad sanitaria en entornos insulares, facilitando la toma de decisiones en políticas de salud pública.

109 DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA A TRAVÉS DE ACUERDOS DE GESTIÓN: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS

Música Orellana, Mikel¹; Gil Molet, Alejandra¹; Larrinaga Llaguno, Maite¹; Bañuelos Hernando, María Aranzazu¹; Maíz Méndez, Ainhoa¹; Soto Del Amo, Garazi¹

¹ OSAKIDETZA OSI Bilbao Basurto

INTRODUCCIÓN

Como organización sanitaria pública, la implementación de la estrategia debe comprender una gestión equilibrada de las dimensiones económicas, sociales y económicas de la organización, siempre tomando como referencia el propósito de nuestra organización que es la mejora, prevención y cuidado de la salud de la ciudadanía.

En este sentido, el despliegue de la cultura de gestión en todos los niveles de la Organización y la asunción e integración activa de las responsabilidades inherentes a la gestión y despliegue y seguimiento de la estrategia por parte de líderes y profesionales es, a la vez, un área de mejora en las organizaciones sanitarias y un factor crítico de éxito para el cumplimiento de los objetivos a largo plazo.

OBJETIVO

- Fomentar una cultura de consensos y trabajo en equipo en la OSI (Organización Sanitaria Integrada) bajo unos objetivos comunes y consensuados entre líderes de las UAP(Unidades de Atención Primaria) y Servicios y el Equipo Directivo.
- Desplegar de manera estructurada el Plan Estratégico de la OSI a todos los niveles organizativos.
- Desarrollar la cultura de gestión en los y las profesionales.

MATERIAL

1. Reuniones de presentación (2023) del enfoque y propósito de los Acuerdos de gestión (AG) a líderes de Servicios hospitalarios y de Atención Primaria.
2. Reunión inicial del equipo directivo para decidir objetivos y proyectos a proponer a los Servicios y UAP como objetivos del Plan de gestión desde la OSI.
3. Envío de los objetivos a Jefatura de servicio/Supervisora y JUAP (Jefatura de las Unidades de Atención Primaria) /Responsables de enfermería y áreas administrativas con la indicación de que añadan en cada ámbito los objetivos que propongan por su lado.
4. Envío de las Propuestas de objetivos propios de UAP y Servicios al equipo directivo.
5. Reunión de todo el equipo directivo con cada Jefatura de servicio/Supervisión de enfermería y JUAP/Responsables de enfermería y áreas administrativas para definición final de objetivos del AG.
6. Creación en herramienta informática de la estructura de los AG para su seguimiento y establecimiento de responsabilidades.
7. Formación en gestión a personas implicadas en la implementación de los compromisos de los Acuerdos.
8. Reunión de todo el Equipo Directivo con Jefaturas de Servicio/ Supervisiones de Enfermería / JUAP/Responsables de enfermería y áreas administrativas para su seguimiento.

RESULTADOS

Ejemplos:

- 100% de las unidades organizativas con AG (22 UAP y 40 Servicios). Más de 160 líderes de en las reuniones. Más de 330 profesionales con responsabilidades asignadas en objetivos.
- 344 acciones y proyectos propuestos por las UAP y Servicios en 2023 y 368 en 2024, tanto en ámbito asistencial como en el no asistencial.
- Mejora de resultados. Ejemplos: Ahorro de 1.750.00€ en uso de biosimilares, resolución el 70,52% de las acciones correctoras del plan de mejora de la Unidad Básica de Prevención (19,42% en 2022, previo a la implementación de los AG) y ampliación cartera de servicios hospitalización a domicilio.
- Se han incorporado objetivos cualitativos como Planes de acogida para todas las categorías profesionales.

CONCLUSIONES

El despliegue de los AG ha logrado lo siguiente:

- Estructurar el despliegue de los objetivos del Plan Estratégico de la OSI en el 100% de las UAP y Servicios.
- Diseñar una sistemática para evaluar la actividad y objetivos principales de las UAP y Servicios.
- Establecer consensos entre el equipo directivo de la OSI y los/las líderes de las UAP y Servicios.
- Ampliar el conocimiento y sistematizar la recogida de información de las actuaciones realizadas y de las necesidades de las UAP y Servicios.
- Integrar el Contrato Programa en los planes de gestión.
- Mejorar los resultados cualitativos y cuantitativos claves.
- Desarrollar la cultura de gestión estratégica y organizativa en los líderes de la OSI.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****303**

124 ECORESPIRA: PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD EN TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Gómez Pedrajas, Eva María¹; Gómez Pedrajas, Eva María¹; Díaz Lobato, Salvador¹; Vargas Rodríguez, Johanny¹

¹ Oximesa Nippon Gases

INTRODUCCIÓN

El uso de dispositivos médicos desechables en Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD) ha aumentado, generando un impacto ambiental considerable. Millones de mascarillas, tubos y filtros se desechan anualmente, acumulando residuos plásticos difíciles de degradar. Además, los concentradores de oxígeno y otros equipos consumen gran cantidad de energía, aumentando la huella de carbono del sector salud.

Diversos estudios resaltan la necesidad de estrategias sostenibles en la atención sanitaria, enfocadas en la reducción de residuos, eficiencia energética y optimización de recursos. El programa EcoRespira, iniciado en diciembre de 2024, promueve prácticas ecológicas en las TRD, garantizando acceso equitativo a recursos sostenibles y fomentando la inclusión social.

OBJETIVO

Implementar estrategias sostenibles en las TRD para reducir residuos, mejorar la eficiencia energética y fomentar hábitos ecológicos entre pacientes y cuidadores, promoviendo equidad en el acceso a recursos sostenibles.

MATERIAL

1. Optimización del Uso de Equipos Médicos

- **Reutilización y Reciclaje:** Creación de un sistema de recolección de mascarillas, tubos y filtros, logrando una reducción del 35% en residuos plásticos.
- **Mantenimiento Preventivo:** Programa de revisión técnica de equipos, reduciendo en un 28% las averías y descartes prematuros, beneficiando a pacientes con menores recursos.

2. Educación y Sensibilización

- **Talleres de Sostenibilidad:** Capacitaciones trimestrales sobre disposición de residuos y ahorro energético en equipos de TRD.
- **Material Educativo:** Distribución de 10,000 guías digitales con prácticas sostenibles, reduciendo el uso de papel en un 50%.

3. Movilidad Sostenible

- **Teleconsultas:** Reducción del 60% en desplazamientos innecesarios de pacientes, facilitando el acceso a atención en zonas rurales.
- **Transporte Ecológico:** Incorporación de vehículos eléctricos de la flota de visitas domiciliarias, reduciendo toneladas de CO₂.

4. Alianzas y Colaboraciones

- **Red de Apoyo:** Acuerdos con empresas recicladoras para el tratamiento adecuado de material desechable de TRD.
- **Proyectos Comunitarios:** Participación en iniciativas locales de reforestación y educación ambiental, beneficiando a más de 5,000 personas.

5. Eficiencia Energética

- **Equipos de Bajo Consumo:** Uso de TRD con tecnología eficiente, reduciendo el consumo eléctrico en un 30%.

RESULTADOS

- **Reducción de Residuos:** 35% menos residuos médicos desechables.
- **Ahorro Energético:** 30% menos consumo eléctrico en hogares con TRD.
- **Mayor Conciencia Ambiental:** 80% de los pacientes adoptan prácticas sostenibles.
- **Impacto Ambiental Positivo:** 12 toneladas menos de CO₂ al año por reducción de desplazamientos y uso de energías limpias.
- **Equidad en Recursos Sostenibles:** Integración de soluciones ecológicas para pacientes vulnerables.

CONCLUSIONES

EcoRespira se consolida como un programa pionero en la integración de la sostenibilidad en las TRD, combinando educación, optimización de recursos y colaboración interdisciplinar. Su enfoque ecológico y social no solo reduce el impacto ambiental, sino que mejora la calidad de vida de los pacientes, asegurando equidad en el acceso a soluciones sostenibles. Este modelo marca el camino hacia una atención más eficiente, inclusiva y responsable con el medio ambiente.

125 EFICACIA DE UN MODELO DE MARKOV PARA LA EVALUACIÓN DE COSTE-UTILIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

Varela-Rodríguez, Carolina¹; Lema-Roso, Laura²; Martín-Arriscado Arroba, Cristina²

¹Hospital Universitario ¹² de Octubre; ²H.U ¹² de Octubre/Instituto de investigación^{1,2}

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama hereditario supone un reto en la asignación eficiente de recursos sanitarios. Las pacientes con variantes patogénicas (VP) en genes de predisposición hereditaria a este tumor (BRCA1/2) tienen un elevado riesgo de segundas neoplasias de mama a lo largo de la vida. Conocer esta condición previamente a la cirugía oncológica puede contribuir a variar la estrategia quirúrgica.

El uso de modelos predictivos de Markov permite evaluar el coste-efectividad de estrategias terapéuticas y preventivas, optimizando la toma de decisiones clínicas. Este estudio analiza la viabilidad económica de diferentes enfoques terapéuticos en pacientes con cáncer de mama hereditario.

OBJETIVO

1. Comparar el coste-utilidad de la mastectomía contralateral profiláctica (MCP) frente a cirugía convencional en pacientes con cáncer de mama y VP en genes de predisposición hereditaria a este tumor (BRCA1/2).
2. Evaluar el impacto en calidad de vida tras llevar a cabo las diferentes opciones terapéuticas.
3. Determinar el beneficio del uso de modelos de Markov para optimizar las estrategias terapéuticas en cáncer de mama hereditario.

MATERIAL

Se diseñó un modelo de Markov que simuló diferentes escenarios terapéuticos y de seguimiento en una cohorte de pacientes afectas de cáncer de mama con o sin VP en BRCA1/2, para evaluar el beneficio proporcionado por el asesoramiento precoz (previo a la cirugía oncológica) de la Unidad de cáncer hereditario, tanto para la paciente como para el sistema sanitario.

Se compararon tres estrategias:

- Mastectomía bilateral (incluida profiláctica contralateral) en pacientes con VP BRCA1/2.
- Cirugía del tumor con seguimiento estrecho en pacientes con VP en BRCA1/2.
- Seguimiento estándar tras cirugía del tumor en población sin mutación en BRCA1/2 (población control).

Se calculó la ratio coste-efectividad incremental (RCEI) y la ratio coste-utilidad incremental (RCUI) de cada estrategia considerando años de vida ajustados por calidad (AVAC) y costes sanitarios directos.

RESULTADOS

- La mastectomía contralateral profiláctica (MCP) en pacientes con VP en BRCA1/2 fue la estrategia más coste-útil, con una RCUI de 1,842,09€/AVAC anual respecto a la población con VP sin cirugía preventiva.
- Se observó una reducción en AVAC del 13,71% en las pacientes con VP sin cirugía profiláctica al ser comparadas con las de MPC, al aumentar el riesgo de segundas neoplasias de mama.
- El modelo de Markov permite evaluar diferentes opciones terapéuticas, obteniendo información valiosa que puede extrapolarse a la práctica asistencial.

CONCLUSIONES

Estos resultados apoyan la estrategia quirúrgica preventiva como la opción más coste-útil en pacientes con cáncer de mama y VP en BRCA1/2, poniendo en valor la importancia de un asesoramiento genético precoz ante la sospecha de tumor de mama hereditario.

La reducción esperada de segundas neoplasias tras la estrategia de cirugía profiláctica impacta en la calidad de vida de las pacientes y redundan en menor coste asistencial.

El uso de modelos predictivos como el modelo de Markov supone una herramienta eficaz para optimizar la toma de decisiones en pacientes con cáncer de mama hereditario. La integración de estos modelos predictivos en la práctica clínica puede contribuir a una mejor asignación de recursos asistenciales, favoreciendo una medicina más sostenible.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****305**

150 ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA ENERGÉTICA EN CENTROS HOSPITALARIOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO

Cuadrado Gómez, Ignacio¹; Guillot Borchá, José Manuel¹

¹ Vithas

INTRODUCCIÓN

Nuestro grupo de hospitales ha implementado diversas estrategias para reducir su impacto ambiental, entre las más destacables el cálculo de la Huella de Carbono y la obtención de la certificación energética A en los nuevos edificios construidos.

OBJETIVO

Mejorar el desempeño ambiental de los centros hospitalarios, reduciendo su elevada contribución en las emisiones globales de Gases de Efecto Invernadero. Tanto para aquellos centros que ya están desarrollando su actividad como en los de nueva construcción, en los que se pretende alcanzar la máxima certificación energética.

Todo ello empleando herramientas que permiten la optimización en la recogida y tratamiento de la información, empleando más eficientemente los recursos de la organización.

MATERIAL

Cálculo de la Huella de Carbono: Desde 2021, realizamos el cálculo completo de la Huella de Carbono de la organización, incluyendo emisiones directas e indirectas (Alcances 1, 2 y 3). Para el cálculo del año 2023, se han utilizado 33.176 datos de 29 categorías diferentes. Trabajando especialmente en el Alcance 3 donde se ha ido mejorando el nivel de detalle, incrementando el número de datos utilizados y el de proveedores que nos reportan su Huella de Carbono. Gracias a esto reducimos el grado de incertidumbre y mejoramos los coeficientes de las fuentes empleadas

Certificación Energética: Se obtiene la certificación energética A en los nuevos hospitales basándonos en tres pilares fundamentales:

- **Envolvente del edificio:** Diseño adaptado al contexto, favoreciendo la iluminación natural, el uso de elementos de sombra y vegetación, y cerramientos con alta resistencia térmica.
- **Mínimo consumo de energía:** Optimización del diseño de las instalaciones, zonificación y sistemas de caudal variable, uso de fan coils y motores EC, climatizadores eficientes, bombas de agua de alta eficiencia, y tecnologías avanzadas como el sistema BMS y sensores inteligentes.
- **Alta generación de energía renovable:** Uso de energía solar fotovoltaica y aerotermia, con una tipología de autoconsumo instantáneo.

RESULTADOS

- **Huella de Carbono:** En 2023 nuestro grupo logró una reducción del 42% en la Huella de Carbono global (Alcances 1, 2 y 3) respecto a 2022. En concreto, las emisiones propias de la organización (Alcances 1 y 2) se redujeron un 25% que, incluyendo el efecto del acuerdo alcanzado por el grupo para la compensación de las emisiones producidas por el consumo de gas natural, reduce el balance de emisiones netas un 50%. Por otra parte, el incremento de la captación de información en el Alcance 3, en especial con el reporte de Huella de nuestros principales proveedores, unido a su buen desempeño en la reducción de emisiones en la cadena de valor, ha supuesto una reducción de más del 40% en estas emisiones.
- **Certificación Energética:** El nuevo centro hospitalario ha obtenido la máxima calificación energética, su diseño ha permitido alcanzar este nivel de certificación que contribuye significativamente en la reducción del consumo energético y las emisiones de CO₂. Certificación energética A, con un consumo de energía de 74 kWh/m² año y 12 kg CO₂/m² año.

CONCLUSIONES

Nuestro grupo mantiene su fuerte compromiso con la sostenibilidad y la eficiencia energética. La reducción significativa de la Huella de Carbono y la obtención de la certificación energética A en sus nuevos centros son resultado de las diversas medidas implementadas.

Estos logros no solo benefician al medio ambiente, sino que también redundan en el confort y la calidad de los servicios ofrecidos a nuestros pacientes. Continuaremos trabajando en la reducción de nuestro impacto ambiental, reafirmando nuestro compromiso con la salud de las personas y del planeta.

160 EVALUACIÓN DE LA MEJORA EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Puebla Martín, Amadeo¹; Arroyo Plaza, Gloria²; Pérez Serrano, Raul²; Trujillo Juárez, Juan Pablo²; Puebla Martín, Miguel Ángel²; Del Fresno Sánchez, María Del Mar²

¹ Sescam; ² Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación constituyen una de las principales causas de morbilidad en los pacientes críticos. Para mejorar la seguridad de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) es necesario un abordaje multimodal y multidisciplinar, que facilite la implementación de prácticas específicas de prevención de errores de medicación en todos los procesos que determinan su seguridad.

OBJETIVO

Evaluar y cuantificar las mejoras en seguridad del medicamento en un SMI por parte de un equipo multidisciplinar (farmacéuticos, intensivistas y enfermeros).

MATERIAL

Se cumplimentó en 2022, y posteriormente tras la implementación de mejoras en 2024 el «Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva» desarrollado por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) como herramienta proactiva en la mejora de la seguridad. El cuestionario contiene 147 ítems de evaluación (había que asignar una letra de la A a la E a cada ítem, siendo A la puntuación más baja y E la más alta) agrupados en 10 elementos clave:

- I Información de los pacientes y de los medicamentos.
- II Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación.
- III Incorporación de farmacéuticos.
- IV Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos.
- V Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos.
- VI Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos.
- VII Factores del entorno y recursos humanos.
- VIII Competencia y formación del personal.
- IX Educación a pacientes o familiares.
- X Programas de calidad y gestión de riesgos.

Para cada uno de los periodos (2022 y 2024) se obtuvo una puntuación global y una puntuación en cada elemento clave, expresada como % valor máximo posible, comparándose ambos periodos. Además para cada uno de los periodos se identificaron las áreas de mejora en base a los ítems con la puntuación más baja (A, B o C).

RESULTADOS

2022: puntuación global del cuestionario 47,4%. Los elementos clave: I 52,7%, II 64,7%, III 45,9%, IV 66%, V 54,4%, VI 46,1%, VII 48,8%, VIII 0%, IX 78,6% y X 26,9%. Se identificaron en este periodo 56 áreas de mejora.

2024: puntuación global del cuestionario 65%. Los elementos clave: I 60,9%, II 66,2%, III 56,8%, IV 70,1%, V 80,6%, VI 75%, VII 51,7%, VIII 11,5%, IX 78,6% y X 77,9%. Se identificaron en este periodo 40 áreas de mejora.

CONCLUSIONES

La creación de un grupo de trabajo multidisciplinar y la utilización del cuestionario de seguridad del ISMP como base para la implementación de mejoras en el uso de los medicamentos en el SMI ha repercutido en una mejora global de la seguridad en este espacio de alto riesgo de errores. En todos los elementos clave, a excepción de la información a pacientes/familiares que se mantiene, se ha producido una mejora, destacando estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos (V), utilización de dispositivos para la administración (VI) y la mejora en la calidad y gestión de riesgos (X).

A pesar de la mejoría, quedan muchas oportunidades de mejora por implementar, destacando como punto débil en la unidad la competencia y formación del personal en seguridad del medicamento.

168 EXPERIENCIAS EN TRAZABILIDAD Y GESTIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

Bermejo Menacho, Lorena¹; Resines Galaz, Eduardo¹; Melón Sánchez, Imanol¹; León Araujo, Carmen¹; Acaiturri Ayesta, Teresa¹; Bengoa Alonso, Iratxe¹

¹ OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

INTRODUCCIÓN

La gestión eficiente del instrumental quirúrgico es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, optimizar los tiempos quirúrgicos y reducir costes hospitalarios. Un sistema bien estructurado de administración, esterilización y control de inventario minimiza riesgos como infecciones, retrasos en procedimientos y pérdida de materiales. Sin embargo, en los hospitales nos enfrentamos a desafíos relacionados con la trazabilidad, mantenimiento y disponibilidad del instrumental, lo que puede afectar a la calidad de la atención.

OBJETIVO

Mejorar la gestión del instrumental quirúrgico, destacando su impacto en la eficiencia operativa y la seguridad del paciente.

MATERIAL

La estrategia implantada en nuestra organización ha sido:

1. Auditoría y control de inventario:

- Realización de inventario de instrumental quirúrgico y contenedores y análisis del estado e idoneidad de los mismos.
- Detección de necesidades de renovación/reposición de elementos.

2. Estandarización de procesos:

- Diseño y puesta en marcha del procedimiento de reparación y renovación de la totalidad del parque de instrumental y contenedores.
- Implantación de un software específico para la gestión del instrumental:
- Gestión del mantenimiento y reparaciones
- Trazabilidad del instrumental desde la Central de Esterilización hasta su uso en quirófano.

3. Implementación de un sistema de trazabilidad

- Marcaje e identificación unívoca de cada pieza mediante tecnología láser.

RESULTADOS

- Derivado del diagnóstico de auditoría de inventario, disponemos de un parque de 60.000 piezas, de las cuales, están grabadas e identificadas unívocamente 40.000 piezas y 3.500 contenedores, por ubicación y especialidad quirúrgica.
- Disponemos de un sistema de información con la documentación gráfica y técnica de cada una de las piezas para su correcta identificación y trazabilidad.
- El proyecto se ha desplegado al 69% de los quirófanos, dando cobertura al 72% de intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestra Organización.
- Disponemos de un Cuadro de Mando de instrumental quirúrgico donde se monitoriza y evalúa el volumen de reparaciones y el coste de las mismas.

CONCLUSIONES

Entre los principales hallazgos destacamos:

La creación de una Unidad de Gestión de Instrumental Quirúrgico en hospitales es clave para optimizar los procesos, reducir pérdidas y garantizar la disponibilidad del material necesario para las intervenciones.

La trazabilidad del instrumental marcado mediante tecnología láser ha facilitado su localización, reduciendo extravíos y mejorando la eficiencia en los tiempos de respuesta.

La integración de un sistema de información con documentación gráfica y técnica ha permitido una mejor identificación y mantenimiento del instrumental.

La formación continua del personal y la colaboración entre la Unidad de Gestión, las supervisiones y la Central de Esterilización han sido factores determinantes para el éxito del proyecto.

Estos resultados subrayan la importancia de una gestión estructurada del instrumental quirúrgico para mejorar la seguridad del paciente, optimizar recursos y reducir costes operativos.

204 HOSPITAL VERDE: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EMISIONES

Peiró Gómez, Ana María¹; Peiró Palop Cervera, Marta Salud¹; Rovira Beltrán, Elena¹; Reig Donat, Rafael¹; Gómez-Ferrer Senent, Carlos¹; Alonso Benavent, Matilde¹

¹ Hospital de Sagunto

INTRODUCCIÓN

El ahorro energético y reducción de la huella de carbono son conceptos cada día más presentes en el entorno sanitario. Por un lado, se busca mejorar y reducir consumos energéticos, apoyándose en tecnologías más eficientes.

Por otro lado, el sector sanitario, cuya misión es proteger y promover la salud, es uno de los principales responsables de la crisis climática y, por lo tanto, tiene un papel importante que desempeñar en su resolución. Este sector representa más del 4,4 % de las emisiones globales netas, lo que equivale a las emisiones anuales de gases de efecto invernadero de 514 centrales eléctricas de carbón. Si el sector sanitario fuera un país, sería el quinto emisor más grande del planeta.

OBJETIVO

Se presentan una serie de acciones con el objetivo de mejorar la eficiencia energética y reducir el impacto que el Hospital de Sagunto tiene con respecto a su huella de carbono.

Los principales objetivos de este proyecto son:

- Reducir el consumo energético del hospital, aprovechando fuentes de energía más limpias y sostenibles.
- Disminuir las emisiones de CO₂ y otros contaminantes, contribuyendo a los objetivos de neutralidad de carbono.
- Mejorar la seguridad y el confort de los pacientes y el personal, asegurando un entorno hospitalario más saludable y eficiente.
- Modernizar la infraestructura del hospital, alineándose con las políticas medioambientales y de sostenibilidad

MATERIAL

Se realizan las siguientes actuaciones en busca de una mejora de la eficiencia energética y reducción de la huella de carbono:

- Instalación de luminarias solares híbridas, que combinan paneles solares y baterías con alimentación de la red eléctrica convencional.
- Sustitución de más de 250 ventanas para mejorar la eficiencia térmica y la seguridad del edificio, con tecnología de rotura de puente térmico y vidrio de baja emisividad.
- Instalación de una planta de ósmosis que permite optimizar el consumo de agua en las torres de refrigeración, ayudando a reducir el consumo de agua en estas.
- Instalación solar fotovoltaica con una potencia total de 79,2 Kw en la obra de recrecidos en el ala sur del Hospital.

RESULTADOS

En relación con las luminarias solares híbridas, se calculó un ahorro energético de 1550 kWh anuales con respecto a las anteriormente instaladas. Adicionalmente su capacidad híbrida garantiza el funcionamiento continuo, incluso en periodos de baja radiación solar.

También, y debido a la sustitución de ventanas, se han disminuido en un 15 % las pérdidas de calor en fachada. Esto se traduce directamente en un menor consumo energético en enfriadoras, calderas y climatizadores.

Por otro lado, la instalación de la planta de ósmosis se traduce en una reducción de consumo de agua de entorno a unos 14000 litros de agua anuales, esta cantidad de agua supone un 18 % del total consumido.

Por último, la instalación fotovoltaica que se incluirá en la obra de los recrecidos en el ala sur del hospital supondrá 125000 kWh lo que, traducido al consumo anual del hospital, siendo una superficie de instalación relativamente pequeña, supone un 1,75 % del consumo eléctrico anual del hospital.

CONCLUSIONES

Las acciones implementadas en el Hospital de Sagunto no solo mejoran la eficiencia energética, sino que tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de los usuarios. Tras los resultados contemplados, se puede destacar que esta tipología de actuaciones comporta importantes reducciones de consumo y de contaminación por parte del Hospital. Hasta la fecha, los resultados han sido satisfactorios. Consecuentemente se mantiene la intención de seguir proponiendo actuaciones enfocadas a conseguir un Hospital con 0 emisiones y ambientalmente sostenible.

280 JOINT COMMISSION INTERNACIONAL Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES: GESTIÓN DE MATERIALES PELIGROSOS

García Quintanilla, Sonia¹; León Araujo, María Del Carmen¹; Valero Vicario, Amaia¹; Carrillo Navarro, Rut¹

¹ OSI Ezkerraldea Enkaterri Cruces

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias gestionamos una gran variedad de productos y somos responsables de garantizar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a su almacenamiento, con el fin de proporcionar instalaciones seguras.

En el marco del Proyecto de Gestión de Almacenes de nuestra Organización, se identificó como un área clave el manejo y almacenamiento de productos químicos, debido a los riesgos asociados a su manipulación, creándose y adecuando a la normativa un Almacén Central específico de productos químicos.

Posteriormente, en el año 2022, la organización incluye en su estrategia la adopción del modelo de la Joint Commission Internacional con el propósito de alcanzar los Objetivos Internacionales de Seguridad. El modelo incluye estándares para la gestión y seguridad de las instalaciones hospitalarias y, dentro de estas, como una línea específica, el manejo y uso de materiales peligrosos. En este contexto, se amplió el alcance del proyecto de gestión de almacenes a los materiales peligrosos en toda la Organización.

OBJETIVO

Mejorar la gestión de los materiales peligrosos utilizados en todas las actividades, servicios y áreas de la Organización para:

- Garantizar la **seguridad** de las **instalaciones** de almacenamiento y del personal, implementando acciones que aseguren el cumplimiento de la normativa vigente.
- Asegurar que todos los profesionales dispongan, en un sistema **ágil** y **online**, de toda la **información** específica de cada producto facilitando su correcto uso y almacenamiento.

MATERIAL

Se elabora un programa para identificar los puntos críticos y el plan de mejora para una adecuada gestión de los materiales peligrosos:

- **Identificación**, dentro el catálogo general de materiales, de aquellos productos químicos que presentan algún tipo de peligro, físico, para la salud o el medio ambiente.
- Análisis de las fichas de datos de seguridad para **determinar** el **tipo de riesgo** y los requisitos del almacenamiento, **clasificando** los productos en función de su peligrosidad.
- Diseño e implementación de una **base de datos** con la información recopilada sobre la peligrosidad, clasificación y Fichas de Datos de Seguridad de todos los materiales peligrosos.
- Inventario de productos y ubicaciones con definición de **stocks máximos** en cada uno de los puntos de almacenamiento y **evaluación** periódica del riesgo y nivel de cumplimiento normativo.

RESULTADOS

Disponemos de:

- Una **base de datos** con información detallada y actualizada.
 - Inventario de materiales: información de más de 1.400 productos químicos
 - Mapa de ubicaciones: 324 puntos de almacenamiento con su nivel de peligrosidad
- Un sistema de información que nos permite identificar un **Mapa de oportunidades** y **líneas de trabajo** estableciendo un cronograma de actuaciones para mejorar la seguridad.
- Una plataforma digital de **difusión** y **consulta**, disponible para todos los **profesionales** con acceso a las Fichas de Datos de Seguridad de los productos que utilizan.

CONCLUSIONES

Es necesario adaptarse a la normativa vigente en materia de almacenamiento de productos químicos para garantizar la seguridad de instalaciones, profesionales y usuarios.

La Ficha de Datos de Seguridad es un documento clave para la gestión segura de los productos químicos ya que recoge sus riesgos específicos, normas de almacenamiento, medidas preventivas y equipos de protección a emplear con cada producto.

Un punto clave para una actuación preventiva ante productos químicos peligrosos radica en que todo el personal que los utilice disponga de acceso, en un formato ágil y rápido, a la información precisa.

La aplicación de los estándares de la Joint Commission Internacional ha permitido estructurar un sistema integral de gestión de materiales peligrosos, asegurando el cumplimiento normativo y mejorando la seguridad en todas las instalaciones de la organización.

282 LA DEPRESIÓN AISLADA EN NIVELES ALTOS (DANA) DE OCTUBRE DE 2024 Y SU IMPACTO SOBRE LA GESTIÓN DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD DE DEMARCACIÓN GEOGRÁFICA RURAL

Casas Benavent, Víctor Wilson¹; Robles Montesinos, Eva María¹; Rodríguez Olmeda, Juan Manuel¹

¹ Hospital General de Requena

INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales representan un desafío creciente para la gestión sanitaria, especialmente en entornos rurales donde los recursos son limitados. La Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) de octubre de 2024 generó inundaciones severas que afectaron la infraestructura sanitaria, las comunicaciones y el soporte informático del sistema sanitario en una demarcación geográfica rural, poniendo a prueba su capacidad de respuesta. Se analiza el impacto del evento en la gestión del Departamento de Salud (DS) afectado, evaluando la eficacia de los sistemas de comunicación, la respuesta de emergencia y la resiliencia de los hospitales comarcales.

OBJETIVO

Examinar el impacto de la DANA de octubre de 2024 en la gestión sanitaria de una zona rural, identificando los principales retos en la coordinación de emergencias, el funcionamiento de los sistemas de comunicación y la capacidad de respuesta de los hospitales comarcales como el objeto de análisis.

MATERIAL

El análisis se basó en la recopilación de los registros de actividad de los días posteriores al evento. Se analizaron las tasas de atención en urgencias, hospitalizaciones y derivaciones a centros de nivel superior, así como la operatividad de las instalaciones sanitarias durante y después del evento. La muestra incluyó datos hospitalarios, de los centros de salud y centros auxiliares y de la actividad del transporte sanitario.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo con un análisis cualitativo y cuantitativo de la respuesta sanitaria. Se evaluaron los siguientes aspectos: Infraestructura y operatividad hospitalaria, sistemas de comunicación de emergencias, gestión de la emergencia e Impacto en la salud poblacional del evento.

RESULTADOS

Los hallazgos indican que la DANA tuvo un impacto moderado pero controlado en la gestión del DS objeto del análisis.

No existieron daños estructurales críticos en ningún centro sanitario del DS. Se garantizaron todos los servicios y prestaciones urgentes y no demorables (oncológicos, hemodiálisis, urgencias y emergencias). Se buscaron rutas alternativas por tierra para la llegada de suministros esenciales tales como oxígeno y medicamentos. La atención a los pacientes en el Hospital comarcal de referencia no se vio afectada gracias al funcionamiento en isla del mismo. El número de traslados intercentro aumento un 2,3%

Los sistemas de comunicación son una herramienta imprescindible para el trabajo en los centros sanitarios. Tras la DANA el Hospital se quedó aislado. Al no disponer de conexión exterior de ningún tipo, las comunicaciones de urgencias se realizaron a través de la red de comunicaciones de emergencia denominada Comunicaciones Móviles Digitales de Emergencias y Seguridad (COMDES), basada en el estándar europeo Trans European Trunked Radio (TETRA). La red COMDES, compuesta por 193 antenas distribuidas por la comunidad autónoma, operó sin interrupciones. Esto permitió mantener la comunicación entre el hospital, los centros de salud, el Centro de Información y Coordinación de Urgencias de la provincia y el Puesto de Mando Avanzado (PMA). La tecnología TETRA facilitó la coordinación entre Atención Primaria, el hospital, bomberos, guardia civil, policía y mandos locales y el servicio de emergencias, asegurando la gestión de traslados, suministro de materiales y derivaciones a hospitales de tercer nivel en la capital regional.

La demanda asistencial de pacientes leves se incrementó hasta en un 50% a nivel local en los Centros de Salud (CS) de las localidades afectadas durante las primeras 48h. La presión asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital comarcal se redujo en un 15% durante las semanas siguientes.

CONCLUSIONES

Es fundamental mejorar la infraestructura hospitalaria, fortalecer los sistemas de comunicación de emergencia y optimizar la coordinación interinstitucional. La implementación de tecnologías resilientes y la capacitación periódica del personal sanitario permitirán una respuesta más eficiente y alineada con los principios de sostenibilidad y la Agenda 2030.

311 MEJORA DE LA CALIDAD DEL AIRE INTERIOR EN ENTORNOS HOSPITALARIOS: PROYECTO BREATHING WELL

Barrué Galiano, Patricia¹; Ferrando Piqueres, Raul¹; González Bonet, Luis Germán¹; Vilar Fabra, Lidón¹; Alcaide Montoliu, Graciela¹; Escrig Monfort, Joan Carles²

¹Hospital General Universitario de Castellón; ²Salud Pública. Castellón

INTRODUCCIÓN

La calidad del aire interior (CAI) en hospitales es un factor determinante para la salud de pacientes y personal sanitario. Diversos estudios han vinculado una deficiente CAI con el aumento de patologías respiratorias y cardiopulmonares, así como con una mayor tasa de infecciones nosocomiales, que en hospitales españoles oscila entre el 7% y el 10%. Entre los principales factores que afectan la CAI se encuentran el diseño y mantenimiento de los sistemas de climatización, la ventilación, la filtración del aire y la presencia de fuentes contaminantes internas y externas.

OBJETIVO

El proyecto Breathing Well tiene como finalidad el diseño y desarrollo de un sistema de control y predicción de la calidad del aire basado en inteligencia artificial (IA) en entornos hospitalarios. El objetivo es evaluar la exposición a agentes contaminantes y facilitar la toma de decisiones para mejorar la CAI y prevenir enfermedades respiratorias.

MATERIAL

Se han llevado a cabo campañas de medición en diferentes espacios hospitalarios con alta afluencia, como salas de espera de Consultas Externas y Urgencias. Se han analizado parámetros clave como niveles de partículas micrométricas y ultrafinas (PM2.5), compuestos orgánicos volátiles (COVs), concentración de CO₂ y parámetros microbiológicos.

Para la evaluación se han utilizado sensores de bajo coste de alta precisión, cuyos datos se integran en una plataforma basada en IA. Además, una auditoría externa ha validado los sistemas de medición utilizados, asegurando la fiabilidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Los datos finales del estudio confirman la influencia del aire exterior en la calidad del aire interior del hospital. Se ha identificado que la presencia de contaminantes externos, como PM2.5 y COVs, impacta en la CAI, especialmente en momentos de alta carga asistencial. Asimismo, los sistemas de climatización y ventilación juegan un papel clave en la distribución de estos agentes.

Las mediciones han evidenciado que los niveles de CO₂ en algunas zonas hospitalarias superan los valores recomendados en periodos de alta ocupación. Se ha verificado que los sistemas de filtración actuales permiten mantener un nivel aceptable de confort higrométrico, cumpliendo con las normativas vigentes, pero con oportunidades de optimización en determinadas áreas. La auditoría externa también ha resaltado la importancia de la ubicación de las tomas de aire exterior en la efectividad del sistema de ventilación y filtración.

CONCLUSIONES

El proyecto Breathing Well confirma la relevancia de la monitorización continua de la CAI en entornos hospitalarios. Los resultados obtenidos servirán como base para optimizar los sistemas de ventilación y filtración, minimizando la exposición a agentes contaminantes y mejorando la seguridad y bienestar de pacientes y profesionales.

Este estudio también pone de manifiesto la necesidad de considerar la influencia del aire exterior en los hospitales y evaluar estrategias de urbanismo, como la reducción del tráfico en las inmediaciones de los centros sanitarios. La incorporación de tecnologías avanzadas como la IA en la gestión de la CAI supone una herramienta clave para la mejora de la salud ambiental en el entorno hospitalario.

322 MODELO MEDIOAMBIENTAL SANITARIO DE COMPROMISO Y CONCIENCIA CLIMÁTICA: UNA APUESTA ACTUAL Y DE FUTURO

Quiroga García, Vanesa¹; Barrachina Caricchio, David¹; Picón García, Juan¹; Rojo Rios, Anabel¹; Aloy-Duch, Andreu¹; Lledó Rodríguez, Rafael¹

¹ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sostenibilidad y el respeto al medioambiente son aspectos clave en el funcionamiento de los centros sanitarios, buscando minimizar el impacto ambiental a través de prácticas responsables para garantizar un futuro más saludable. La participación activa de todos los actores involucrados, tanto internos como externos, es fundamental para lograr estos objetivos.

OBJETIVO

Presentar el modelo medioambiental de un centro sanitario para alcanzar unos resultados satisfactorios de mejora continua en compromiso y participación de los profesionales, reducción en el consumo de energía y residuos, y descenso en las emisiones de CO₂.

MATERIAL

El hospital es un centro de referencia comarcal de 316 camas convencionales y 20 de medicina intensiva, con una influencia sanitaria poblacional de 280.964 habitantes, y de 445.720 habitantes en Salud mental. El centro tiene 8 plantas (5 asistenciales, y 3 de servicios) con una superficie de unos 50.000 m², dispone de 14 quirófanos, Hospitales de Día, Servicios centrales (radiología, farmacia, laboratorio, anatomía patológica, esterilización), y restauración. En los últimos 5 años se ha propuesto un modelo medioambiental sanitario basado en el liderazgo, la gestión por procesos, los resultados de prácticas responsables, y acciones de mejora.

RESULTADOS

- Compromiso medioambiental: desarrollo del modelo e implementación en 2025 de la ISO 14001, con formación continua y sensibilización de profesionales y usuarios. Desde el año 2017 se han formado 698 profesionales en gestión de residuos sanitarios; en 2024 se realizaron 2 campañas en cafetería de personal para potenciar la segregación de residuos y eliminar los envases desechables de la comida para llevar. En 2025, siguiendo la línea de compromiso de mejora continua y prácticas responsables, se ha iniciado la formación en Sistema de Gestión Ambiental donde se espera alcanzar el 60% de la totalidad de los empleados y se han proyectado 4 campañas anuales.
- Reducción del consumo de:
 - Agua en - 48% con reguladores de presión, fluxómetros en inodoros y mopas.
 - Gas en - 96%: intercambiadores de calor diferenciados de climatización y ACS, debido al uso de un District Heating conectado a la central de residuos de la ciudad de Mataró.
 - Electricidad en - 19% con luces LED, placas solares, ajuste de luz artificial, energía 100% renovable y certificada (GdO), e instalación de puntos de carga para vehículos eléctricos.
- Reducción en las emisiones de CO₂: 2.000 TnCO₂eq/anuales (- 94%) en 2023 respecto a años anteriores.
- Mejora participativa de la segregación de 23 tipos de residuos, envases reutilizables, digitalización de la documentación clínica y de las formaciones, fuentes de agua, equipos de aspiración de líquidos en quirófanos, y pijamas quirúrgicos 100% reciclables.
- Programa para la reducción del desperdicio alimentario.

CONCLUSIONES

Destacamos un modelo replicable de gestión responsable de mejora continua con un enfoque integral y sostenible, y unos resultados medioambientales satisfactorios, gracias a un trabajo de responsabilidad y conciencia climática con el apoyo institucional y la participación activa de todos los profesionales.

327 MOVILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, EN UNA GRAN CIUDAD.

Abad Revilla, Ángel¹; Gusi Gil, Sara¹; Tejera Cabellos, Elena¹; Reverter Vázquez, Susana¹; Ojeda Feo, José Jonay¹; Cobas Gamallo, Javier¹

¹ Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

La salud humana está íntimamente relacionada con el medioambiente. El cambio climático tiene un importante efecto en la salud de las personas y mejorar la salud tanto de las personas como del planeta forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El cambio climático es la variación global del clima del planeta, originada por causas naturales y por la acción del hombre. La acción del hombre viene determinada por la emisión de gases de efecto invernadero (GEI).

Los servicios sanitarios tienen un impacto importante en el medio ambiente y en el cambio climático, por la generación de GEI. El sistema sanitario representa el 4,5% del total de emisiones de GEI de España.

En el año 2023 las emisiones asociadas a desplazamiento in itinere de empleados (propios y contratados) fue de 10.259,92 toneladas, el 19% del total de la huella de carbono del hospital. El desplazamiento de los pacientes fue del 27%.

El objetivo del hospital es incorporar medidas que nos permitan disminuir la huella de carbono y para ello debemos conocer bien cómo la estamos generando

OBJETIVO

Conocer qué medios de transporte utilizan los profesionales para acudir al hospital y para volver a su domicilio de forma que se pueda calcular la huella de carbono correspondiente y conocer la evolución. Y tras ello, incorporar medidas correctoras.

MATERIAL

Se realiza una encuesta de movilidad a los profesionales

Es voluntaria

Se informa a través de canales internos del hospital

Se accede a ella a través de un enlace que envía el departamento de Comunicación del hospital por correo electrónico a los profesionales

Y además se incluye en la intranet del hospital

En dicha encuesta, se pregunta a los profesionales por el medio de transporte, la fuente de energía de dicho medio de transporte, si se comparte o no y los kilómetros realizados cada día.

RESULTADOS

Contestan 899 personas, de los 8.000 trabajadores del hospital, el 11% de los profesionales.

En cuanto al medio de transporte principal que utiliza habitualmente en sus desplazamientos al lugar de trabajo:

- Coche 39 % (no compartido el 35% y compartido el 4%).
- Metro 21%.
- Autobús 17%.
- Tren 8%.
- Andando 6%.
- Motocicleta 3%.
- Bicicleta 2%.
- Otras 4%.

Cuando preguntamos por la distancia la mayoría, un 56 %, responde que vive a más de 10 kilómetros (distancia desde su lugar de residencia hasta el centro de trabajo).

- Menos de 5 kilómetros, 23%.
- 6-10 kilómetros, 21%.
- 11-20 kilómetros, 23%.
- Más de 20 kilómetros, 33%.

En cuanto al tipo de combustible que utiliza el medio de transporte con el que se desplaza habitualmente, los que lo expresan dicen:.

- Diésel o gasolina: 49%.
- Eléctrico 23%.
- Híbridos 10%.
- Gas: 2%.
- No es un medio de transporte que use combustible 16%.

CONCLUSIONES

El desplazamiento de los profesionales en automóvil es elevado, el 39 %, lo que redunda en una importante emisión de gases de efecto invernadero.

Por lo que en los próximos meses se diseñará e implementará un nuevo plan de movilidad de profesionales de nuestro hospital.

336 OBJETIVO, PLÁSTICO ZERO

Condés Obón, Mercedes¹; Albendea Martínez, M^a Ángeles¹; Nogueiras Quintas, Carmen Gloria¹

¹ Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

Siendo conscientes del problema que supone los plásticos, el pasado año 2024 emprendimos una campaña de Plástico Zero eliminando las botellas de plástico de un solo uso que se suministraban a las unidades asistenciales en grandes cantidades a raíz de la pandemia del Covid-19.

A pesar de existir evidencias científicas de que el agua del grifo era segura frente al Covid-19, desde el inicio de la pandemia empresas del sector del agua embotellada donaron grandes cantidades de botellas por el desconocimiento y miedo de aquellos momentos. Pasados los meses y la crisis sanitaria dicho suministro fue asumido por el hospital.

OBJETIVO

Reducción del suministro de agua embotellada.

Reducción de la huella de carbono evitando tanto la producción, distribución al hospital y la eliminación del residuo.

Contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la protección de las personas y el Medio Ambiente.

Ahorrar costes económicos desde el inicio con la compra del producto como al final de su vida con la gestión del residuo.

MATERIAL

Para llevar a cabo la eliminación de las botellas de un solo uso de agua se instalaron previamente fuentes de agua instaladas a la red en todas las unidades asistenciales y no asistenciales donde anteriormente se dispensaba el agua embotellada.

Junto con la dirección de enfermería se determinó en qué casos, por motivos sanitarios y/o sociales, era necesario seguir suministrando botellas de agua embotellada a los pacientes.

Se informó al personal de los controles de agua de consumo que mensualmente son realizados por un laboratorio externo.

RESULTADOS

Iniciamos la retirada del agua embotellada en febrero del 2024, los resultados al año son:

En 2023 se suministraron 581.746 botellas frente a las 114.000 suministradas en 2024. Una reducción de 467.746 que supone un 80% de reducción.

En cuanto a los costes económicos el ahorro fue de 189.003€, en 2023 el coste económico supuso 243.456€ frente a los 54.453€ del año 2024, un 78% de ahorro.

Las toneladas de CO₂ evitadas a la atmósfera se han calculado en 39,42 Tn

CONCLUSIONES

A pesar de que hemos mejorado considerablemente, nos queda aún un gran recorrido para conseguir nuestro objetivo, Plástico Zero.

Nuestro firme compromiso con la sostenibilidad nos motiva a seguir insistiendo en este propósito y a crear conciencia colectiva para evitar el consumo de botellas de plástico y reducir su uso solo en casos justificados.

Reducir el volumen de residuos plásticos de los hospitales, en los cuales una gran parte significativa son plásticos no peligrosos, que pueden ser reciclados o en el mejor de los casos sustituidos por alternativas más sostenibles.

Reduciendo el plástico, el hospital no solo protege al planeta, sino que también, la salud de sus pacientes y profesionales.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



315

361 PLAN DE SEGREGACIÓN Y RECICLAJE DE MATERIAL QUIRÚRGICO DE UN SOLO USO: EJEMPLO DE SOSTENIBILIDAD EN LA GESTIÓN SANITARIA HOSPITALARIA.

Igartua Pascual, Iciar¹; Ruiz Prieto, Rosa María¹; Igartua Pascual, Iciar¹; Miranda Cedillo, Cristina¹; De San Antón Mañanes, Silvia¹; Cuerva García Del Castillo, Manuel¹; Guijarro Hueso, Francisco Javier ¹

¹ Hospital Universitario Ramón y Cajal

INTRODUCCIÓN

Se estima que el Sector Sanitario representa el 5% de las emisiones de carbono europeas, desempeñando un importante papel en la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y en la agenda 2030 europea. Debido a su relevante influencia sobre la salud humana, las Instituciones Sanitarias tienen la responsabilidad de reducir su impacto medioambiental y climático, y deben también salvaguardar la salud comunitaria sirviendo de ejemplo para otras industrias y sectores.

Se calcula que el 30% de los residuos sanitarios se producen en el quirófano y tras su tratamiento, la mayor parte se incinera o se lleva a vertedero. El Hospital, con la finalidad de reducir su impacto ambiental, ha llevado a cabo una experiencia piloto en colaboración con el proveedor de material quirúrgico de un solo uso, segregándolo de manera separada, para posteriormente reciclarse, casi en su totalidad, todos sus materiales (95-98%: plástico y metal). Estos se convertirán, a través de empresas de reciclaje cercanas, en nuevos materiales para otros usos.

OBJETIVO

1. Promover la segregación y reciclaje de material quirúrgico de un solo uso, con la colaboración de la industria proveedora, para lograr el impulso y cumplimiento de nuestros objetivos, alineándolos con los ODS y la agenda 2030.
2. Estudiar cómo la implantación de esta medida afecta a nuestras partes interesadas: trabajadores, pacientes y proveedores.
3. Estudiar el impacto de la medida sobre los 3 aspectos clave de la sostenibilidad: área económica, social y medioambiental.

MATERIAL

La implantación del proyecto se realizó en 3 fases:

- Planificación con la Dirección del hospital.
- Implantación realizada por enfermería de quirófanos, Unidad de Gestión Ambiental (UGA) y el proveedor: ubicar contenedores para la recogida, realizar cartelería informativa y formación.
- Seguimiento y medición mediante el libro de registro y reportes del proveedor promotor del proyecto, especificando kilos recogidos, reciclados y emisiones de CO₂eq. evitadas.

Los materiales recogidos son: endocortadoras, grapadoras circulares, grapadoras abiertas, trócares y dispositivos de energía.

RESULTADOS

Según los informes se han recogido y reciclado 287 unidades.

INDICADORES (agosto a diciembre de 2024):

11. REDUCCIÓN DE EMISIONES (Tn CO₂eq): 0,3Tn

12. KILOGRAMOS DE MATERIAL RECICLADO: 31kg. de plástico, 71kg. de metal y 68kg. de otros materiales.

13. % REDUCCIÓN DE KG DE RESIDUO / ACTO QUIRÚRGICO: 6,4%

14. % REDUCCIÓN DE KG. DE RESIDUOS NETOS: 1,5% implica la reducción económica asociada al coste de gestión del residuo.

AÑO	KG NETOS	Nº INTERVENCIONES	INDICADOR (kg/intervención)
2023	24.738,9	30.729	0,81
2024	24.168,37	32.072	0,75

Nuestro grupo de interés, los trabajadores sanitarios, han sido impulsores directos de este plan, liderados por la Gerencia y la Dirección del Hospital.

La acogida y percepción positiva del personal sanitario ha ido acompañado de una gran acogida e interés, demostrada por la publicación de la experiencia en los medios de comunicación, a nivel divulgativo, como una gran noticia para el medioambiente y la sociedad.

CONCLUSIONES

Estos resultados contribuyen directamente a los ODS y la agenda 2030, y con nuestro compromiso con la sostenibilidad y el bienestar de nuestras comunidades. Hemos implementado iniciativas para optimizar el uso de recursos y promover prácticas responsables. Estos esfuerzos no solo mejoran nuestra eficiencia operativa, sino que también fortalecen nuestro impacto positivo en el medio ambiente y la salud pública, alineándonos con los ODS: 3 - Salud y Bienestar, 6 - Agua Limpia y Saneamiento, 9 - Industria Innovación e Infraestructura, 12 - Producción y Consumo Responsables, 13 - Acción por el Clima, 14 - Vida Submarina, 15 - Vida de Ecosistemas Terrestres, 17 - Alianzas para lograr los Objetivos.

Además demuestra que es posible la colaboración con la industria y proveedores para lograr mejorar nuestro impacto ambiental y la consecución y cumplimiento de la agenda 2030.

363 PLAN DE SOSTENIBILIDAD EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Soto Pérez-olivares, Javier¹; Perona Madrigal, Raúl¹; Vila Sías, Diego²; Sánchez Chaparro, Teresa²; Igartua Pascual, Itziar¹; Soto Pérez-Olivares, Javier¹; Blázquez Sánchez, Javier¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal; ²Universidad Politécnica de Madrid

INTRODUCCIÓN

El Plan de Sostenibilidad en el Servicio de Radiología surge de una iniciativa colaborativa entre el ámbito académico y hospitalario dentro de un marco de innovación en gestión sanitaria. Este proyecto involucra a un equipo multidisciplinario de profesionales sanitarios y especialistas en ingeniería organizativa, con el propósito de medir y minimizar la huella de carbono del servicio. A través de un enfoque basado en la optimización de procesos, se abordan desafíos como la eficiencia energética, el teletrabajo y la gestión de residuos, desarrollando un sistema de medición que facilite la toma de decisiones sostenibles.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar un sistema de medición de huella de carbono en el Servicio de Radiología, con el fin de cuantificar y reducir su impacto ambiental. Se busca mejorar la eficiencia energética de los equipos, optimizar la gestión de residuos y fomentar estrategias de sostenibilidad en la contratación de proveedores y la logística del servicio.

MATERIAL

Se emplean técnicas de reingeniería de procesos, apoyadas en entrevistas, encuestas y análisis de flujo de trabajo. Se aplican normativas ISO de calidad y medio ambiente, junto con la calculadora de huella de carbono del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. A través de la metodología lean, se identifican oportunidades de mejora en el uso de recursos y la eficiencia operativa del servicio.

En la línea de 2024-2025, se colabora con distintas empresas para perfeccionar el cálculo de huella de carbono, refinándolo a nivel micro por tipo de prueba radiológica y los distintos circuitos del servicio. Además, se trabaja en la implementación de medidas de reducción de consumibles, en la especificación de criterios de embalaje y en la introducción de requisitos de sostenibilidad en los pliegos de contratación. Paralelamente, se amplía la matriz de materialidad en sostenibilidad, abarcando no solo el ámbito ambiental, sino también las dimensiones social y de gobernanza, con el objetivo de realizar un estudio integral del servicio.

RESULTADOS

Durante el primer año del plan, se ha llevado a cabo una aproximación inicial del cálculo de la huella de carbono del servicio, estimada en 1.865 toneladas de CO₂.

Análisis de alcance:

- Alcance 1 (emisiones directas): 66t CO₂.
- Alcance 2 (energía adquirida): 103t CO₂.
- Alcance 3 (otros factores indirectos, como transporte y consumibles): 1.696t CO₂.

Se ha determinado, a través de la calculadora de huella de carbono, que el teletrabajo podría reducir aproximadamente 15t de CO₂ al año, al minimizar desplazamientos de radiólogos y otros profesionales con funciones teletrabajables. Esta estimación se basa en encuestas internas de movilidad hospitalaria, que han permitido analizar cuántos trabajadores podrían acogerse a esta modalidad y los tipos de transporte utilizados.

En la fase actual (2024-2025), la integración de nuevos criterios de sostenibilidad en la contratación y el refinamiento del cálculo de huella permitirán una mayor precisión en la medición y la implementación de estrategias de reducción más específicas.

CONCLUSIONES

El Plan de Sostenibilidad en el Servicio de Radiología representa un modelo innovador para la gestión ambiental en el sector sanitario. La colaboración entre el ámbito académico, sanitario e industrial ha sido clave en su desarrollo, permitiendo la adopción de soluciones conjuntas para la reducción del impacto ambiental. La medición y el análisis detallado de la huella de carbono permiten no solo diseñar estrategias de reducción basadas en evidencia, sino también promover cambios estructurales en el sector hospitalario. Con una visión de mejora continua, este plan busca integrar criterios ambientales, sociales y de gobernanza para una transformación integral y sostenible del servicio.

378 PROGRAMA DE APOYO ENERGÉTICO: UN IMPULSO SOLIDARIO Y SOSTENIBLE PARA LA SALUD

Esposito, Thomas¹; Beltrán Rodríguez, Manuel¹; Díaz Pérez, Aurora¹; Esposito, Thomas¹; Izquierdo Macías, M^a Ángeles¹; Francés González, Rocío¹; Medina Duque, María Teresa¹

¹ Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

INTRODUCCIÓN

El acceso a los recursos energéticos es un factor clave para garantizar la calidad de vida de las personas, especialmente en aquellos casos donde la salud depende directamente del suministro eléctrico. Las personas en situación de vulnerabilidad que requieren terapia respiratoria o el uso de material ortoprotésico eléctrico enfrentan un desafío adicional: el alto coste de la energía. Para hacer frente a esta problemática, se ha desarrollado un programa de apoyo que subvenciona parcialmente el gasto en electricidad de estos pacientes y sus familias, permitiéndoles cubrir sus necesidades básicas.

OBJETIVO

Cubrir las necesidades básicas de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo social, que son beneficiarias de terapia respiratoria y/o material ortoprotésico eléctrico de la comarca mediante el abono, durante un período de tiempo determinado, de un porcentaje de la factura del suministro de la luz.

MATERIAL

El programa ofrece una subvención económica durante un máximo de cinco años, con una reducción progresiva del importe cubierto. La identificación de beneficiarios se realiza a través de la Unidad de Trabajo Social del hospital, mediante el contacto directo con Servicios Sociales y Atención Primaria para la derivación de casos, así como también la detección de usuarios durante el ingreso hospitalario, consultas o asistencia en servicio de urgencias del hospital.

Una vez recibidos los datos, se contacta con los usuarios o sus familiares para informar del programa y citarles para una entrevista de valoración social en el hospital. Tras realizar la valoración, se registra la Historia Social en nuestro sistema informático y se determina la inclusión o no del paciente en el programa.

Los criterios de inclusión incluyen: ser usuario de terapia respiratoria o material ortoprotésico eléctrico, estar en una situación económica precaria (ingresos familiares inferiores al 100% del IPREM + 1/2 por miembro, equivalente a 900€ por miembro) y residir en la comarca.

La cobertura varía según la situación económica del beneficiario:

- **100% de la factura** para menores de edad o familias con ingresos inferiores al 50% del IPREM.
- **75% de la factura** para quienes no superen el IPREM.
- **40% de la factura** para quienes superen el IPREM.

Tras la identificación y valoración de los beneficiarios, se registra la Historia Social en el sistema y se determina su inclusión en el programa.

RESULTADOS

Se identificaron 43 casos, beneficiando a 53 personas (18 directos y 35 indirectos). La edad promedio de los beneficiarios es de 66 años (rango 5-91 años), con una distribución de 56% hombres y 44% mujeres. El 72% son usuarios de terapia respiratoria, el 17% de sillas de ruedas eléctricas y el 11% de ambos.

En cuanto a la percepción del programa:

- **83%** consideró el proceso de obtención de la ayuda fácil.
- **77,7%** cree que la ayuda es suficiente, mientras que un 22,1% la considera insuficiente.
- **100%** recibió el pago en el tiempo prometido.
- **77%** reportó una mejora en su bienestar.
- **89%** pudo usar más dispositivos esenciales para su salud.
- **11%** notó una mejora en su situación financiera.
- **100%** opina que la ayuda debería ser más accesible para otras personas con necesidades similares, sugiriendo aumentar la cuantía y dividirla en pagos mensuales.

CONCLUSIONES

El programa está permitiendo cubrir necesidades básicas para personas en situación de vulnerabilidad que requieren terapia respiratoria y/o material ortoprotésico eléctrico, asegurando que los recursos lleguen a quienes más lo necesitan. Esta ayuda mejora no solo la capacidad de hacer frente a los gastos energéticos directos de los tratamientos, sino contribuye también a reducir la pobreza energética que impide un cuidado adecuado de la salud (calefacción, higiene, alimentación, etc.).

390 PROYECTO ALINEADODS. IMPULSO DE LA SOSTENIBILIDAD SANITARIA A TRAVÉS DEL LIDERAZGO GESTOR

Lorente González, Patricia¹; Martín Delgado, María Cruz³; Picón Santamaría, Arantxa⁴; Servan Sánchez, Juan Antonio⁵; Gutiérrez Fernández, Isabel⁶; Cañizares Sánchez, Rubén⁷

¹HCUV; ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ³Hospital Universitario ¹² de Octubre de Madrid; ⁴Hospital San Juan de Dios Gipuzkoa; ⁵Hospital de La Línea de la Concepción. Área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar Este. (AGSCGE); ⁶Hospital Universitario de Burgos; ⁷Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

El impacto ambiental de los residuos plásticos en el ámbito sanitario es una problemática creciente. Aproximadamente el 25% de los residuos generados en hospitales corresponden a plásticos (1,2) y dentro de estos, los envases de fluidoterapia intravenosa (FIV) representan un volumen significativo (3,4). En España, cerca de 80.000 pacientes reciben FIV cada día 5, lo que genera un elevado consumo de materiales plásticos de un solo uso.

Ante esta realidad, es fundamental que los gestores sanitarios impulsen estrategias innovadoras que minimicen la huella ambiental sin comprometer la seguridad del paciente. En este contexto, el Proyecto AlineadODS surge como una iniciativa interdisciplinar para fomentar una práctica clínica más sostenible y alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

OBJETIVO

Sensibilizar y comprometer a los profesionales de instituciones sanitarias en la implementación de prácticas sostenibles en la FIV, a través de la participación activa de los gestores en el diseño de la estrategia y contribuyendo así a hacer una atención responsable con el medio ambiente.

MATERIAL

El desarrollo del Proyecto AlineadODS se ha estructurado en 3 fases:

- **Revisión de la literatura:** Identificación de aspectos clave, construcción del marco teórico y justificación del proyecto.
- **Diseño del proyecto:** Definición de objetivos, líneas estratégicas, cronograma, hitos y mecanismos de evaluación.
- **Desarrollo:** Formación del grupo de participantes del Proyecto, sesiones de trabajo presencial y on line y en red.

RESULTADOS

Desde su inicio en noviembre de 2023, el Proyecto AlineadODS ha contado con la participación de 46 profesionales de 42 instituciones sanitarias en 11 Comunidades Autónomas. Los participantes son enfermeras y médicos gestores, farmacéuticos hospitalarios, responsables de medio ambiente y responsables de compras, entre otros perfiles clave.

El proyecto se desarrolla en cuatro líneas estratégicas: Sensibilización, Difusión, Investigación e Innovación.

Se ha realizado con el grupo un exhaustivo análisis de contexto para la implementación de medidas sostenibles en FIV. Se ha creado un EcoPack gráfico y audiovisual para la concienciación de los profesionales sanitarios. Se ha llevado a cabo un estudio nacional sobre la conciencia ambiental de los profesionales en el ámbito sanitario. Se ha elaborado un Libro Blanco de compra responsable y diseñado de un sistema de identificación visual para productos sostenibles en FIV. Se está trabajando en la estrategia No Hacer en FIV y midiendo la huella de carbono en procesos relacionados con la FIV. Se inicia la fase de implementación de todos estos tangibles.

Después de año y medio, el grupo sigue vivo y trabajando de forma muy activa.

El nivel de satisfacción de los participantes con el Proyecto AlineadODS es de 9,5 sobre 10.

CONCLUSIONES

El Proyecto AlineadODS representa un modelo de compromiso interdisciplinar con la sostenibilidad en la gestión sanitaria. La implicación activa de los gestores permite el desarrollo de estrategias innovadoras para reducir el impacto ambiental de la FIV.

Esta iniciativa no solo sensibiliza y promueve cambios en la práctica clínica, sino que también impulsa la colaboración entre diferentes disciplinas, consolidando un enfoque integral y sostenible en la atención sanitaria. El compromiso con los ODS y la transformación hacia una práctica clínica más ecológica y responsable se posicionan como pilares fundamentales del proyecto.

La alta satisfacción de los participantes (9,5/10) y la continuidad activa del grupo después de año y medio reflejan la efectividad del proyecto y su potencial para seguir transformando la gestión sostenible en el ámbito sanitario.

407 REDUCCIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE HIGIENE EN SECO

Ramírez Flores, Silvia¹; De Tovar Fernández, María Magdalena¹; Beltrán Rodríguez, Manuel¹; Caveró Capdevila, Eva María¹; Lorenzo Urbina, Carlos Eugenio²

¹Hospital San Juan de Dios del Aljarafe; ²Essity Spain, S.L.

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad ambiental en el ámbito sanitario es cada vez más relevante debido al alto consumo de recursos y generación de residuos en la asistencia hospitalaria. La enfermería desempeña un papel crucial en la reducción del impacto ecológico sin comprometer la calidad asistencial.

Este estudio evalúa la implantación de un protocolo de higiene en seco y el uso de material de incontinencia en un entorno hospitalario, analizando su repercusión en la reducción del consumo de textiles, la carga laboral del personal, el impacto económico y en la huella de carbono.

OBJETIVO

- Evaluar el impacto ambiental derivado de los cuidados de eliminación e higiene de los pacientes.
- Evaluar el efecto de esta intervención en la carga laboral del personal sanitario.
- Evaluar el impacto económico de estas medidas.

MATERIAL

- Para el análisis de la carga de trabajo, se aplicó una **encuesta de satisfacción** dirigida a los profesionales sanitarios, en la que se evaluó tanto la percepción sobre el impacto en la carga asistencial como la calidad del cuidado proporcionado.
- Para determinar el **impacto económico** derivado del cambio en el procedimiento, se realizó un análisis comparativo del consumo de productos de incontinencia e higiene, considerando el período comprendido entre abril y septiembre previo a la implementación del proyecto y el mismo intervalo temporal posterior a su implantación.
- En relación con el **impacto ambiental**, se llevó a cabo una evaluación mediante la cuantificación del peso total de la ropa enviada a lavandería antes y después de la implementación del proyecto, así como la medición de la **huella de carbono** asociada al uso de productos de incontinencia.

RESULTADOS

- **Optimización de los cuidados:** La mayoría de los profesionales (77,12%) percibieron una mejora en la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, mientras que un 70,8% notó un mayor confort del paciente y una reducción en la incidencia de irritaciones cutáneas.
- **Reducción de la carga laboral:** un 75,36% de los profesionales reportaron una disminución en la carga laboral, lo que permitió una mejor distribución del tiempo de asistencia y una mayor eficiencia en el trabajo diario.
- **Impacto económico:** la reducción en el consumo de ropa de cama y textiles hospitalarios generó un ahorro en lavandería, estimado en **0,57€ por estancia**.
- **Reducción de la Huella de Carbono:** La disminución del consumo textil contribuyó a la reducción en el consumo de agua y detergentes, favoreciendo la sostenibilidad operativa del hospital. La transición hacia la higiene en seco y el uso de productos de incontinencia optimizados resultó en una disminución de **910.8 kg de CO₂**, equivalente a una reducción relativa del **18.6%** respecto al periodo anterior. Este dato evidencia el impacto positivo de la intervención en la mitigación de la huella ambiental del hospital.

CONCLUSIONES

La implementación de un protocolo de higiene en seco y el uso de material de incontinencia de calidad son estrategias efectivas para reducir el impacto ambiental de los cuidados de enfermería, mejorar la calidad asistencial y optimizar la eficiencia operativa. Estos resultados respaldan la continuidad del proyecto y su posible extensión a otras unidades hospitalarias, promoviendo un modelo de enfermería sostenible alineado con los principios de eficiencia y calidad asistencial.

425 SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PERFILES E INTERVENCIÓN

Vicente Mochales, María Concepción¹; Moro Tejedor, M^a Nieves¹; González Carbajo, Patricia¹; Bautista Martín, Elisa¹; López Rubio, M^a Aranzazu¹; García De San José, Sonia¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema de salud pública en el que el trabajo social ocupa un papel protagonista. En España, las estadísticas muestran un aumento del 12,1% en el número de mujeres víctimas de violencia de género en 2023, alcanzando las 36.5821. Este fenómeno afecta gravemente a las mujeres que acuden a urgencias, donde se registran casos de agresiones físicas y psicológicas.

OBJETIVO

Describir el perfil y características de las mujeres atendidas por violencia de género en un hospital de alta complejidad

MATERIAL

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron mujeres atendidas en el servicio de urgencias de enero a diciembre de 2024. Se diseñó un cuestionario ad hoc online con 30 preguntas cumplimentado por la trabajadora social de guardia del Servicio de Urgencias.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviaciones estándar para las variables continuas. En el análisis bivariante se emplearon la prueba χ^2 para las variables categóricas, la prueba t de Student para comparar dos medias, y el ANOVA para comparar tres o más medias. Se estableció el umbral de significación estadística en un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta 184 mujeres siendo el perfil de mujer agredida la edad media de 35.88 (DE:12.87) años, nivel de estudios secundarios/Bachillerato 80(43,5%), soltera 103 (56.0%) con pareja 84 (45.7%), con hijos 115 (62.5%) con una mediana de 2[1-2] hijo conviviendo con ellos el 46.7%. La situación habitacional es vivienda en alquiler individual el 39,1% (72) y compartido 39(21.2%)

El país de origen prevalente de agredida 73(39,7%) y agresor 32(62,7%) es España, existiendo una relación estadísticamente significativa $p < 0.001$. La mayoría de los agresores (13.0%) y víctimas (22.8%) tienen permiso de trabajo/residencia. Un 34.7% de las víctimas que no contestaron sobre su situación laboral fueron agredidas por desempleados sin prestación no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la situación laboral de agresores y víctimas ($p = 0.112$).

La violencia física la prevalente que han ejercido sobre la mujer 110(59,8%) y el quirófano el lugar donde son derivadas después del triage en urgencias 128 (69.6%).

Se observa que la media de edad de las mujeres que sufren violencia psicológica es de 45.43 (DE:12.84) vs sexual 30(DE:13.30) siendo estadísticamente significativas $P=0.024$, psicológica vs física 33.34(11.02) $p < 0.001$

En cuanto a la denuncia tenían intención de hacerlo 131(71.2%), intención de solicitar medidas de protección 98 (53.3%), habían sufrido agresiones anteriores de su pareja actual 139(75,5%) y de otras parejas 110 (59.8%), únicamente pidieron parte de lesiones 101(54,9%), interpusieron denuncia 36(19,6%) y solicitaron protección 25(13,6%); no encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a las medias de edad.

CONCLUSIONES

- La incidencia de violencia física en urgencias en 2024 resalta la necesidad de estrategias de prevención y atención especializada.
- Se observa una brecha significativa entre la intención de denunciar y la acción real, lo que sugiere barreras sociales, emocionales o institucionales.
- La ausencia de apoyo determina un perfil de mujer especialmente vulnerable, que indica la necesidad de fortalecer redes de ayuda formal.
- Se recomienda fortalecer los programas de intervención temprana y mejorar el acceso a medidas de protección para aumentar la seguridad de las víctimas.
- El informe proporciona información clave para la toma de decisiones en la prevención y atención de la violencia de género, permitiendo una mejor asignación de recursos y estrategias de acción.

430 SOSTENIBILIDAD, JUSTICIA CLIMÁTICA Y DESCARBONIZACIÓN

Morell Elías, Jaime¹; Gebbia, Jelitza Antonella¹; Huete Avendaño, Francisco¹

¹ Hospital Sant Joan de Déu Palma – Inca

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad y el cuidado del medioambiente son fundamentales para la salud de las personas y la actividad que se desarrolla en la organización. El centro cuenta con una larga trayectoria en la que ha apostado firmemente por implementar diversas estrategias para reducir su impacto ecológico y reforzar su responsabilidad con el entorno, bajo el marco de la certificación ISO 14001 y un sólido Sistema de Gestión Ambiental, el cual refleja su fuerte compromiso por una sociedad sostenible.

En este contexto, el proyecto “Sostenibilidad, Justicia Climática y Descarbonización” da a conocer todas las **acciones sostenibles** contempladas en el modelo de gestión de la organización y reflexiona sobre la **justicia climática** y su impacto que tiene en el ámbito de la salud de personas vulnerables. Todo ello, acompañado por resultados de reducción en su Huella de Carbono (**Descarbonización**) en los últimos años, gracias a la adopción de tecnologías verdes para la mejora de la gestión de los recursos.

Dicho proyecto, se alinea con los Objetivos 3, 7, 20, 11, 12 y 13 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y contribuyen a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y avanzar hacia un modelo de atención sanitaria más respetuoso con el medio ambiente y con las personas.

OBJETIVO

El proyecto “Sostenibilidad, Justicia Climática y Descarbonización” contempla los siguientes objetivos:

1. Funcionamiento eficiente al menor coste posible.
2. Reducción del consumo de recursos naturales no renovables.
3. Reducción de desigualdades sociales y medioambientales en personas vulnerables.
4. Promoción de un entorno saludable para las personas.
5. Reducción de las emisiones de CO₂ en un 15%.

MATERIAL

Las iniciativas encaminadas a la gestión eficiente de los recursos, como la instalación de placas fotovoltaicas, construcción de edificios sostenibles, incorporación de vehículos eléctricos, se han visto reflejadas en la facturación de consumos energéticos.

El cálculo de las emisiones de CO₂ es el resultado de multiplicar cada uno de los consumos energéticos obtenidos (electricidad, gas, agua, otros) por el factor de emisión de CO₂ determinado por el Ministerio para la Transición Ecológica de España (MITECO) para una región determinada.

Así mismo, el cálculo de la Huella de Carbono asociado a emisiones directas e indirectas, es la suma de todas las emisiones de CO₂ de todos los consumos energéticos.

La organización calcula, monitoriza y registra anualmente su Huella de Carbono de acuerdo con el decreto autonómico de la comunidad autónoma 48/2021, obteniendo resultados en términos de reducción de Huella de Carbono

RESULTADOS

Reducción CO₂ [tCO₂ eq.] por acción sostenible implementada durante los años 2019 al 2024:

- Renovación de calderas: 110,28 (reducción del 30%)
- Instalación fotovoltaica: 222,65 (reducción del 7%)
- Sustitución de luminaria: 26,33 (reducción del 14%)
- Vehículos eléctricos: Reducción del 19%*
- Gestión de residuos GRII: 4,2 (reducción del 15%)
- Gestión de residuos GRIII: 29,6 (reducción del 34%)

Reducción de Huella de Carbono [tCO₂ eq.] desde el 2020 hasta al 2023:

- 2020: 2.623
- 2021: 2.593
- 2022: 2.260
- 2023: 2.144

Reducción total 2020-2023 de Huella de Carbono = 472,14 tCO₂ eq. (18% CO₂ eq.)

CONCLUSIONES

La implementación de tecnologías limpias ha supuesto:

1. Mejora de la eficiencia de los recursos con la implantación de tecnologías limpias que han supuesto una reducción de los consumos: 16% agua, 44% gas, 27% electricidad.
2. Aseguramiento de la atención equitativa a personas vulnerables al cambio climático de del Programa de Cronicidad Avanzada y Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.
3. Reducción de las emisiones directas e indirectas en un 18% entre el 2020 y el 2023.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



322

433 TERAPIAS SOSTENIBLES PARA UNA SALUD Y PLANETA MÁS VERDES

Rodríguez Sanchidrián, Julia¹; Cerrillo Martín, Ana Isabel¹; Araque Sánchez, Mayte¹; Sierra Rico, Concepción¹; Oñate Heredero, Carmen¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

El cambio climático representa una de las mayores amenazas para la salud global en el siglo XXI, y el sector de la salud pese a su papel esencial, contribuye significativamente a las emisiones de gases de efecto invernadero.

Los inhaladores y los gases anestésicos suponen un impacto notable en la huella de carbono del Hospital, debido al contenido de propelentes hidrofluorocarbonados (HFC) y otros gases potentes.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es la disminución de la huella de carbono asociada con el uso de inhaladores y gases anestésicos en prácticas clínicas, y estudiar alternativas más sostenibles. Los objetivos específicos incluyen:

- Análisis de las emisiones producidas por los distintos tipos de inhaladores y gases anestésicos.
- Comparativa de la efectividad e impacto ambiental de las alternativas disponibles.
- Recomendaciones basadas en los estudios para reducir la huella de carbono sin comprometer la calidad de la atención médica.

MATERIAL

Se utilizó una combinación de revisión bibliográfica y análisis de datos iniciales para este estudio. Para el análisis de datos, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar y transversal con profesionales de distintos servicios del Hospital para saber la situación en la que nos encontrábamos y conocer las posibilidades de adoptar otras alternativas más sostenibles.

RESULTADOS

El estudio determinó que los inhaladores presurizados (MDI) contribuyen significativamente más a las emisiones de GEI en comparación con los inhaladores de polvo seco (DPI) debido al uso de propelentes hidrofluorocarbonados.

Los gases anestésicos, particularmente el óxido nitroso y el desflurano, también suponen una alta huella de carbono. Sin embargo, existen otras alternativas como el sevoflurano o isoflurano, que presentan menores impactos ambientales.

CONCLUSIONES

La transición a terapias más sostenibles es importante para reducir su contribución al cambio climático. Los DPI y la elección de gases anestésicos más sostenibles, son opciones que ofrecen beneficios ambientales significativos, aunque la implementación de estas alternativas requiere incorporar tanto la sostenibilidad ambiental como la eficacia clínica, asegurando la protección de nuestro planeta mejorando la vida de los pacientes.

448 TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y SOSTENIBLE COMPLEJO HOSPITALARIO

Ros Escudero, Sebastián¹; Sedes Romero, José Francisco²; Pellicer Orenes, Francisco²; Herrero López, Aniceto²; Díaz Cuenca, Ana María²; Matas García, Ana María Del Mar²

¹ Servicio Murciano de Salud. Área Salud II Cartagena; ² Área de Salud II Cartagena

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de cumplir con el desafío de transición ecológica y transformación digital del sector salud, y siendo conscientes del impacto que produce la prestación del servicio y actividad sanitaria en la sociedad y en el medioambiente, nuestros hospitales están comprometidos con el cumplimiento de objetivos medioambientales, asumiendo con responsabilidad el uso de recursos. Nuestros hospitales están desarrollando actuaciones encaminadas a velar por la neutralidad climática, la resiliencia energética y la circularidad en las interacciones con el entorno y el contexto ambiental.

El plan se basa sobre un conjunto de medidas para los hospitales de nuestra Área de Salud, agrupadas en 6 líneas estratégicas.

OBJETIVO

El Plan se orienta a conseguir los objetivos planteados en las estrategias europeas y nacionales en relación con energía, clima, digitalización, movilidad y economía circular, y se estima reducir el 25% de emisiones y lograr un ahorro de energía consumida del 30 %.

Como objetivo principal conseguir que los hospitales consigan la mejora en la clasificación energética en al menos una categoría.

La implantación de energía solar fotovoltaica sobre cubiertas en nuestros Hospitales está suponiendo la principal medida de ahorro. Mostramos las actuaciones ya ejecutadas, las previstas para 2025 y las que se consideran de singular interés:

1. Ampliación instalación placas fotovoltaicas sobre marquesinas en aparcamientos hospital con inclusión de baterías inteligentes.
2. Instalación de recuperadores térmicos en las unidades climatizadoras con operación continua (24h).
3. Instalación de Aero termia (renovable) para precalentamiento del retorno de agua a calderas.
4. Sustitución equipos existentes por Unidades de Tratamiento de Aire de nueva generación (UTA,s), con recuperación de energía.
5. Servicio de gestión energética inteligente, consistente en la actualización de los sistemas de gestión y automatización de instalaciones.

MATERIAL

1. Instalación de marquesinas en los aparcamientos, sobre las que se instalaran módulos fotovoltaicos. Se alcanzara una potencia total de 1.262,62 Kilovatios pico (KWp), con sistemas monitorizados mediante baterías con inteligencia artificial.
2. Instalación de treinta y un equipos nuevos que climatizan 3 zonas con una recuperación de calor del 72% de eficacia.
3. Suministro y montaje de un sistema de aerotermia para producción de agua caliente sanitaria.
4. Sustitución de un total de 14 baterías de frío/calor y equipos de ventilación, por 7 Unidades de Tratamiento de Aire (UTA,s) con recuperación de energía.
5. Adquisición e instalación de elementos de campo para la medición y control, vinculando herramientas de inteligencia artificial a los sistemas de gestión de los hospitales.

Para los casos de eficiencia energética y energías renovables, se toma como punto de partida el análisis del impacto de las medidas propuestas sobre la calificación energética de los edificios (CEE), así como mediante estudios comparativos combinados de eficiencia, costes y reducción de emisiones.

RESULTADOS

Los proyectos ya ejecutados en ambos hospitales, así como los previstos y dotados económicamente para 2025 y una vez realizadas las simulaciones combinadas en los CEE, obtenemos los siguientes datos:

La clasificación energética de los hospitales se ve mejorada en al menos una categoría.

PROYECTOS	Reducción emisiones. TCO2/año.	Ahorro estimado Euros/año
I. Fotovoltaica	2.730	690.000
II. Recuperadores térmicos	152	69.800
III. Aero termia	240	78.000
IV. UTA,s	88	47.300
V. Centro inteligencia energética	117	117.000
Totales	3.327	1.002.500

CONCLUSIONES

La apuesta por las energías renovables, solar, aerotermia, la mejora de la eficiencia energética de las instalaciones mediante cambios en el paradigma de las mismas mediante modelos descentralizados de producción, la apertura a la innovación y al replanteo de las nuevas tecnologías, contribuyen al avance de los objetivos, siendo algunas de las tareas más representativas hacia la transición ecológica y sostenible de nuestros hospitales.

451 UN HOSPITAL NETZERO EN EMISIONES DIRECTAS, EN EL CAMINO A LA NEUTRALIDAD TOTAL

Martínez Sánchez, Miguel Ángel¹; Durán I Navarro, Jaume ¹

¹ Fundació Sanitària Mollet

INTRODUCCIÓN

Nuestra institución, es una entidad sin ánimo de lucro que presta servicios públicos sociales y de salud a más de 165.000 habitantes en 11 municipios de la región del Vallès Central, Barcelona. Con un firme compromiso hacia la sostenibilidad y la lucha contra el cambio climático desde que abrió sus puertas en 2010, el proyecto Green Hospital nació con el objetivo de convertir al Hospital en un referente en la descarbonización del sector sanitario, logrando el estatus de hospital NetZero en emisiones directas en 2023.

OBJETIVO

El proyecto Green Hospital persigue la neutralidad en carbono alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, con objetivos concretos a corto, medio y largo plazo como son:

- Eliminación de las emisiones directas (alcances 1 y 2) para 2030 (9% restante proveniente del consumo de gas natural).
- Descarbonización total de la cadena de suministro y alcance 3 para 2040.
- Eliminación de las emisiones residuales debidas a cuestiones sociales, políticas y económicas para 2050.

Así mismo, el proyecto Green Hospital, tiene una mirada más allá de las puertas del Hospital, a través de integrar e implicar a todos los grupos de interés del área de referencia que comprende, motivo por el cual recientemente se ha inaugurado el Centro de Desarrollo de Salud Planetaria cuyos objetivos son:

- Promover estrategias educativas y de conocimiento
- Descarbonización y sostenibilidad del sistema sanitario
- Estrategia poblacional para la salud planetaria
- Buena gobernanza y rendición de cuentas

MATERIAL

La metodología aplicada se basó en un enfoque integral a través de 4 pilares básicos:

- 1. Gobernanza:** Estrategia alineada con la Agenda 2030 y compromiso de la alta dirección.
- 2. Estructuras e Instalaciones:** Uso de energía 100% renovable, instalación de 1.368 paneles solares, sistemas de geotermia, techos radiantes y recuperación de agua de lluvia.
- 3. Mejora de Procesos:** Optimización de diagnósticos, gestión de 29 tipos de residuos, reducción de días de hospitalización, reducción de los desplazamientos innecesarios (24 de consultas telemáticas, 1/3 usuarios diálisis domiciliaria), Green Lab, incorporación de sistemas eficientes (reducción de consumos, caducidades y residuos).
- 4. Cultura Verde:** Formación obligatoria en sostenibilidad para todo el personal, involucrando a 20 embajadores medioambientales.

El proyecto ha contado con diversas certificaciones (ISO 14001, ISO 50001, EFQM 600+, Joint Commission International) y adhesiones a programas como Health Care Without Harm y Sanidad#PorElClima.

RESULTADOS

Los principales resultados son:

- **Reducción del 91% de emisiones directas de CO₂** en 12 años, compensando el 9% restante mediante proyectos sociales y ambientales.
- **Reducción del 26,37% en el consumo eléctrico** y del **36,36% en el consumo de agua**, a pesar del aumento del 50% en la actividad hospitalaria.
- Reducción del 50% de residuos de medicación en los últimos 5 años.
- Reducción de un 31% los kg de residuos/actividad.
- Implementación de sistemas innovadores como la captura de gases anestésicos, logrando un **5% de reducción adicional en 2023 a través de buenas prácticas**.
- Consolidación de la cultura verde en la institución pasando de una estrategia del top-down al bottom-up.
- **Premios y reconocimientos:** Gold Award for Low-Carbon Healthcare en el IHF World Congress 2024, Healthy Futures Award de Health Care Without Harm Europe 2024, y +10 Hospitales de Sanidad por el Clima en 2023

CONCLUSIONES

Nuestro proyecto Green Hospital demuestra que es posible integrar la sostenibilidad en la práctica asistencial sin comprometer la calidad asistencial. Con una visión a largo plazo, nuestra institución aspira a alcanzar la neutralidad total en carbono para 2050, convirtiéndose en un modelo replicable para otras instituciones sanitarias a nivel global.

452 UN HOSPITAL SOSTENIBLE ES POSIBLE

Mayoralas Alises, Sagrario¹; Manzano Rubio, Eva María¹; Amador Lorente, Caridad¹; Minuesa Asensio, Álvaro José¹; Braojos Moreno, Irene¹; Ruiz Rodríguez, Carolina¹

¹ Hospital Fraternidad-Muprespa Habana

INTRODUCCIÓN

El sector hospitalario enfrenta grandes desafíos en materia de sostenibilidad y eficiencia energética. La creciente necesidad de reducir la huella de carbono, optimizar el consumo de recursos y mejorar la calidad ambiental de los espacios hospitalarios impulsa la implementación de estrategias innovadoras. En este contexto nuestro hospital se ha convertido en un referente en sostenibilidad, destacándose por su certificación LEED Healthcare Platino, la máxima distinción en diseño y construcción de edificios sostenibles en el sector salud.

OBJETIVO

El principal objetivo del proyecto es establecer un modelo de hospital sostenible, eficiente y replicable, minimizando su impacto ambiental. Se busca reducir el consumo energético, optimizar el uso de recursos naturales, garantizar la calidad del aire interior y fomentar la movilidad sostenible, contribuyendo así a la mejora del bienestar de pacientes y profesionales de la salud.

MATERIAL

Para lograr estos objetivos, el hospital ha implementado diversas estrategias y tecnologías innovadoras:

- Eficiencia energética: reducción del 43% en consumo energético respecto a edificios de referencia mediante sistemas basados en la metodología ASHRAE.
- Energías renovables: instalación de un sistema fotovoltaico que genera el 10% de la electricidad utilizada y paneles termosolares que proporcionan el 90% del agua caliente sanitaria.
- Gestión del agua: implementación de sistemas de recuperación y tratamiento de agua reciclable para reducir significativamente el consumo de agua potable.
- Materiales sostenibles: uso de pavimento fotocatalítico biocida y eliminación de compuestos orgánicos volátiles para mejorar la calidad del aire interior.
- Movilidad sostenible: ubicación en una zona urbana con acceso a transporte público, aparcamiento para bicicletas y estaciones de recarga para vehículos eléctricos.
- Digitalización: sistemas inteligentes de control, dispensación automática de medicamentos y localización de pacientes en tiempo real, optimizando flujos de trabajo y garantizando seguridad.

RESULTADOS

El impacto de estas estrategias se refleja en indicadores medibles de sostenibilidad:

- Reducción del consumo energético en un 43% respecto a edificios convencionales.
- Generación de energía renovable: 10% de la electricidad proviene de energía solar fotovoltaica.
- Producción del 90% del agua caliente sanitaria mediante energía termosolar.
- Reducción de emisiones de CO₂: disminución de la huella de carbono en un 63,7% entre 2022 y 2023.
- Emisiones directas (Alcance 1): reducción del 26,5%.
- Emisiones indirectas por electricidad (Alcance 2): reducción del 100%.
- Contribución a los ODS:
 - ODS 3: Salud y bienestar.
 - ODS 7: Energía asequible y no contaminante.
 - ODS 9: Industria, innovación e infraestructura.
 - ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles.
 - ODS 13: Acción por el clima.

CONCLUSIONES

El modelo de sostenibilidad implementado demuestra que es posible construir y operar infraestructuras sanitarias con un impacto ambiental reducido. La replicabilidad de estas soluciones en otros centros hospitalarios podría contribuir significativamente a la transición hacia un sistema de salud más sostenible y resiliente. Los resultados obtenidos validan la efectividad de la estrategia y refuerzan la necesidad de seguir promoviendo tecnologías limpias y una gestión eficiente de los recursos en el sector hospitalario.

469 COMPROMISO CON LA SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

Abad Sazatornil, María Reyes¹; Olier Martínez, María Pilar¹; Navarro Aznárez, Herminia¹; Serrano Vicente, María Carmen¹; Gómez Rivas, Paula¹; Magallón Puy, Blanca¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet. SALUD

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario es altamente contaminante siendo el responsable del 4,4% de las emisiones globales netas de gases de efecto invernadero, los medicamentos juegan un papel relevante dentro de estas emisiones, especialmente los inhaladores y los gases anestésicos que suman un 5% de las emisiones globales. La emergencia climática es también sanitaria considerando que se estiman 6,7 millones de muertes anuales solo a causa de la contaminación del aire

OBJETIVO

- Disminuir los residuos evitables derivados de la actividad del servicio de farmacia.
- Fomentar iniciativas de reutilización y economía circular.
- Formar y concienciar a los profesionales en el impacto de nuestra actividad.
- Formar a los pacientes en la eliminación selectiva de los inhaladores y en el impacto que suponen sobre el medio ambiente

MATERIAL

Se analizaron los procesos del servicio de farmacia que generaban mayor cantidad de papel con el fin de reducir el consumo. Además, se revisó el proceso de reenvasado de medicamentos con la herramienta "no reenvases sin necesidad" con el objetivo de encontrar medicamentos acondicionados por la industria que no fuese necesario reenvasar.

Se realizó un proyecto para la donación y acondicionamiento de equipos de hardware de sistemas automatizados de dispensación (SAD) que iban a ser desechados por varios hospitales en Zaragoza y Canarias para ser utilizados en nuestro centro y se impartió formación a profesionales y a pacientes en el contexto de un proyecto impulsado a través de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

RESULTADOS

Se han modificado varios circuitos dentro del servicio de farmacia y se ha fomentado la reutilización de papel dando lugar a un ahorro de 80.000 folios, equivalente a casi 400kg en el año 2024 respecto al consumo de 2023.

Tras la utilización de la herramienta "no reenvases sin necesidad" se detectaron 123 especialidades susceptibles de cambio, de las cuales se consideraron candidatas a cambiar 94; se cambiaron inicialmente el 75% de las propuestas por la herramienta.

Se gestionó la donación de equipos desde varios centros a través de las gerencias de los hospitales y las consejerías de sanidad disponiendo de 23 unidades Pyxis® en nuestro centro, lo que ha permitido la automatización de los depósitos de medicación, además de un ahorro de 1.856.000€ y la reutilización de 7,5 toneladas de residuos (69 equipos de hardware).

Se han realizado sesiones formativas a profesionales del Servicio. También a pacientes en el contexto del proyecto GimaFH en el que se entrevistaba a pacientes con asma grave en tratamiento biológico realizando dos entrevistas (antes y después de la intervención consistente en proporcionar información relativa a la eliminación selectiva e impacto de los inhaladores en el medio ambiente).

CONCLUSIONES

La revisión de los procesos ha permitido disminuir los residuos generados por nuestra actividad tanto en forma de papel, reenvasado (papel, plástico y aluminio) y hardware. Además, la reutilización de equipos ha permitido la automatización del stock de medicamentos depositados en 21 unidades de enfermería con un notable ahorro económico y medioambiental.

Es fundamental la concienciación de profesionales y pacientes sobre el impacto del medicamento y sus procesos asociados sobre el medio ambiente, siendo la formación continuada una herramienta imprescindible para potenciar su implicación en la reducción de la huella de carbono

475 GUÍA DE 100 CRITERIOS DE VALORACIÓN MEDIOAMBIENTAL Y EFICIENCIA ENERGÉTICA EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN ESPAÑA

Sanz Hernández, José Javier¹

¹ Hospital de Calahorra

INTRODUCCIÓN

La contratación pública desempeña un papel fundamental en la promoción de la sostenibilidad y la eficiencia energética. Integrar criterios medioambientales en los procesos de adjudicación permite reducir el impacto ambiental y fomentar prácticas empresariales responsables. Esta metodología busca establecer un marco de referencia para la valoración medioambiental y la eficiencia energética en la contratación pública en España, garantizando un proceso estructurado y alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OBJETIVO

El objetivo principal de esta metodología es la integración efectiva de criterios medioambientales y de eficiencia energética en los procesos de contratación pública, asegurando su cumplimiento y contribución a la sostenibilidad. De manera específica, se busca evaluar el marco normativo vigente, definir criterios aplicables a los pliegos de condiciones, desarrollar mecanismos de seguimiento y capacitar a los responsables de contratación para garantizar la correcta implementación de los criterios establecidos.

MATERIAL

La metodología adoptada se basa en un enfoque estructurado que inicia con un análisis preliminar del marco normativo y las prácticas actuales en contratación pública. Posteriormente, se definen criterios de evaluación alineados con normativas internacionales y se establecen mecanismos de ponderación y verificación. Para su implementación, se integran estos criterios en los pliegos de condiciones y se capacita a los actores clave. Finalmente, se desarrollan herramientas digitales para el monitoreo del impacto ambiental y se establece un plan de mejora continua basado en indicadores de desempeño.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran una mejora significativa en la aplicación de criterios medioambientales en los procesos de contratación pública. Se ha observado un aumento en la adjudicación de contratos a empresas con certificaciones ambientales y una reducción en la huella de carbono de los proyectos. Sin embargo, algunos aspectos no se han ejecutado en su totalidad debido a limitaciones tecnológicas y resistencia por parte de ciertos proveedores. Para abordar estos desafíos, se han propuesto estrategias de adaptación y mejora en la aplicación de los criterios definidos.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio son coherentes con la propuesta presentada y se fundamentan en la literatura especializada. Se ha comprobado que la integración de criterios de sostenibilidad en la contratación pública es viable y genera beneficios tangibles en términos de eficiencia y reducción del impacto ambiental. La capacitación de los responsables y la digitalización de los procesos han sido clave para la correcta implementación de estos criterios. Se recomienda continuar con la actualización y monitoreo de la metodología para fortalecer su impacto y fomentar una contratación pública más eficiente y sostenible en el futuro.

512 HARMONIZACIÓN DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ESPECIAL IMPACTO SANITARIO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Casal Llorente, Carmen¹; Santaló Ríos, José²; Martínez Miranda, Beatriz²; Sevilla Ortiz, María²; Pardo Ponte, Inés²; Reboredo García, Silvia²

¹ Servicio Gallego de Salud; ² Subdirección Xeral de Farmacia. Servizo Galego de saúde

INTRODUCCIÓN

En nuestra comunidad autónoma, la Comisión Autonómica de Farmacia (CAF) fue creada en el año 2010 como órgano interno de asesoramiento en materia de prescripción y evaluación de la farmacoterapia, así como en el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El objetivo general es realizar un seguimiento de la utilización de los recursos farmacoterapéuticos en los centros de la red asistencial y proponer estrategias de mejora en la gestión eficiente de ellos en cuanto a calidad, seguridad y eficiencia, protocolizar su empleo, y asegurar la equidad de acceso a ellos.

Entre las funciones destaca la armonización de los criterios de utilización de medicamentos de especial impacto sanitario, social e/o económico.

La evaluación y protocolización es dinámica. La inclusión de nuevas moléculas en la guía farmacoterapéutica que comparten indicaciones con medicamentos ya evaluados, hace necesario actualizar dictámenes ya emitidos en base a la publicación de nueva evidencia científica.

OBJETIVO

Analizar la actividad de la CAF en los últimos 3 años, detectar y describir aquella actividad que más impacto ha tenido.

MATERIAL

Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la actividad de la CAF. Para ello se revisan todas las convocatorias y dictámenes adoptados durante los años 2022, 2023 y 2024.

Se agrupan los medicamentos por grupo terapéutico y se analizan cuales de ellos dieron lugar a un mayor impacto en cuanto a eficiencia y seguridad.

Se analiza también cuantos dieron lugar a una protocolización de la enfermedad y/o criterios de utilización.

RESULTADOS

1. En estos tres últimos años, el número de medicamentos o nuevas indicaciones y protocolos a tratar en la CAF fueron:

2022= 32 medicamentos / indicaciones y criterios de uso y 15 protocolos.

2023= 41 medicamentos / indicaciones y criterios de uso y 10 protocolos.

2024= 42 medicamentos / indicaciones y criterios de uso y 14 protocolos.

Los grupos terapéuticos más evaluados fueron 2:

- L01 (agentes antineoplásicos)= 53; con 17 medicamentos /nuevas indicaciones evaluadas en 2022, 19 en 2023 y 17 en 2024.

- L04 (inmunosupresores)= 25; con 4 medicamentos / nuevas indicaciones evaluadas en 2022, 10 en 2023 y 11 en 2024.

2. De los 39 protocolos adoptados, en 14 se incorporaron medicamentos genéricos o biosimilares de alto impacto, priorizándose los mismos frente al resto de alternativas terapéuticas equivalentes. Las enfermedades inmunomediadas son las que más medicamentos biosimilares han incluido, dando lugar al mayor impacto en cuanto a términos de eficiencia.

3. Se ha protocolizado el uso de medicamentos fuera de ficha técnica en los que existía un vacío terapéutico, en base a una robusta evidencia científica, unificando criterios de utilización para favorecer la equidad en su acceso.

4. Se refuerza el posicionamiento para el uso de antibióticos de última generación en base a las recomendaciones de los equipos de Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan, minimizar los efectos adversos, controlar la aparición de resistencias y garantizar el uso de tratamientos coste-efectivos.

CONCLUSIONES

En los dos últimos años el volumen de evaluación y protocolización aumentó con respecto al año 2022 y anteriores, debido a la autorización cada vez mayor de nuevos medicamentos.

Harmonizar en nuestro servicio de salud, la introducción de medicamentos tanto innovadores como no innovadores, optimiza el uso de los mismos en cuanto calidad, seguridad y eficiencia.

Mediante los dictámenes de la CAF se ha podido fomentar la incorporación y priorización de medicamentos genéricos y biosimilares de alto impacto.

El grupo donde se observa una mayor eficiencia y mejora en el impacto presupuestario es el de las enfermedades inmunomediadas por la aparición de los medicamentos biosimilares y nuevos grupos terapéuticos.

516 CENTRO HOSPITALARIO DE CUIDADOS Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL: INFRAESTRUCTURA SANITARIA SOSTENIBLE

Blanco Burguillo, Beatriz¹; Blanco Burguillo, Beatriz¹; Gómez Delgado, Laura-Andrea¹; Marugan Burgos, Raquel¹; Rodríguez Exojo, Juan Manuel¹; Fuente Andrés, Ana Belén¹; Galayo Sánchez, Marta¹

¹ SERMAS

INTRODUCCIÓN

El nuevo Centro Hospitalario de Cuidados y Recuperación Funcional representa una apuesta estratégica por acercar la atención sanitaria especializada y, al mismo tiempo, consolidar un modelo de edificación sostenible en el sector salud. Este centro está diseñado con criterios de eficiencia energética, sostenibilidad ambiental y confort asistencial, en línea con los estándares más exigentes de arquitectura hospitalaria moderna.

OBJETIVO

Desarrollar un complejo hospitalario orientado a la rehabilitación y cuidados prolongados que incorpore:

- Instalaciones de alto rendimiento energético.
- Sistemas pasivos y activos de ahorro de energía.
- Diseño arquitectónico bioclimático.
- Infraestructura funcional centrada en la recuperación integral del paciente.

MATERIAL

El centro se construirá sobre una parcela de más de 40.000 m², con una superficie construida prevista de 15.000 m². Las instalaciones se han proyectado aplicando:

- Sistemas de climatización eficientes y energías renovables.
- Aislamiento térmico y ventilación natural cruzada.
- Orientación y envolventes optimizadas para reducir la demanda energética.
- Iluminación natural y uso extensivo de LED de bajo consumo.
- Sistemas inteligentes de gestión de edificios (BMS) para monitorización de consumos.

La obra, actualmente en fase de adjudicación, cuenta con un presupuesto base de 35 millones de euros (sin impuestos) y un plazo de ejecución de 20 meses.

RESULTADOS

Se espera que el edificio hospitalario:

- Alcance los más altos niveles de certificación energética.
- Reduzca de forma significativa la huella de carbono en su operación diaria.
- Ofrezca un entorno saludable, confortable y eficiente para pacientes, profesionales y visitantes.
- Sirva como referencia de construcción hospitalaria sostenible en el ámbito nacional.

CONCLUSIONES

El Hospital materializa un nuevo paradigma de infraestructura sanitaria centrada en el bienestar de las personas y el respeto al entorno. Su enfoque integral en sostenibilidad y eficiencia energética lo convierte en un proyecto emblemático dentro del plan de modernización de infraestructuras sanitarias de una región de hospitales.

517 AMBIENTE SEGURO EN QUIRÓFANO PARA PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX: LÁTEX FREE EN QUIRÓFANO 24/7

Sánchez Gila, María Del Mar¹; García Velasco, Pilar¹; Barquero Vargas, María Concepcion¹; Vélchez López, José María¹; Sola García, Miguel¹; García Rescalvo, María Ángeles¹

¹ Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

El látex natural procede de la savia del árbol del caucho *Hevea brasiliensis*, originario del Amazonas, utilizado como sellante protector. La alergia al látex afecta a niños y adultos y, como ya se ha mencionado, la incidencia ha ido aumentando, con un crecimiento exponencial entre finales de los 80 y los 90, coincidiendo con la generalización en el uso de productos derivados del látex. Se considera que afecta al 1-5% de la población general. La mejor alternativa es la prevención.

Existen Factores de riesgo para tener alergia al látex:

- La población de más riesgo es aquella sometida a múltiples intervenciones quirúrgicas (más de 5) con una prevalencia que oscila entre el 7,2% y el 40%. En niños con espina bífida, este riesgo es mayor, alcanzado hasta al 65% de los expuestos.
- Pacientes con anestesia o sondajes repetidos (anomalías en el sistema genito-urinario, diabetes insulina-dependiente...)
- Trabajadores sanitarios. Por el uso de guantes de látex, con una prevalencia del 9,5%. La sensibilización alcanza al 12,4%.
- Trabajadores de otros sectores: industria del caucho, peluquería, gobernantes, amas de casa, investigación (biología, química), jardinería, alimentación...
- En niños atópicos, la sensibilización frente al látex es más alta llegando al 3-5%.
- Hay reactividad cruzada con ciertos alimentos vegetales, frutas tropicales....(Síndrome látex-fruta).

OBJETIVO

Objetivo principal: Desarrollar e implantar un plan de actuación integral que garantice un entorno quirúrgico libre de látex las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto para cirugía programada como urgente, reduciendo así la morbilidad asociada y promoviendo la seguridad del paciente.

Objetivos secundarios:

- Realizar un plan de actuación para paciente alérgico al látex en quirófano tanto en cirugía programada como urgente
- Mejorar la seguridad del paciente: Disminuir el número de reacciones alérgicas.
- Reducir los casos nuevos de alergia y sensibilización
- Aumentar el conocimiento de las medidas de prevención.
- Mejorar la eficiencia del bloque quirúrgico al disminuir las suspensiones.

MATERIAL

En el seno de la Comisión quirúrgica, Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente se ha realizado una revisión bibliográfica. Revisión del procedimiento normalizado de trabajo protocolo de comunicación de alergia a látex. Adaptación de recursos estructurales.

RESULTADOS

Se han abordado varias estrategias:

1. Se elabora un listado de material, medicamentos, aparatos y accesorios con látex y sus alternativas, esto permite que podamos reconocer los recursos y fungibles que tenemos en el proceso operatorio y valorar su sustitución por material Látex free
2. Actualización de PNT de alergia al látex
3. Elaboración de método de comunicación de alergia al látex.
4. Adaptación de un quirófano en cada área quirúrgica que esté libre de látex las 24 horas del día los 7 días de la semana como quirófano libre de látex para la atención a pacientes urgentes dado que los pacientes urgentes con alergia a látex estaban sufriendo una demora en la intervención por la no preparación del quirófano
5. Medición de partículas aéreas en diferentes circunstancias para establecer los criterios mínimos de ventilación y aislamiento.
6. Difusión a profesionales mediante publicación en canales de comunicación, presentación en sesión clínica
7. Habilitar un plan terapéutico y circuito de atención en pacientes con reacción anafiláctica o reacción alergia para abordaje integral.

CONCLUSIONES

El látex es un material muy utilizado en el ámbito sanitario. Debido a la amplia utilización ha surgido la alergia al látex, lo que nos obliga a cambiar la práctica sanitaria.

La alergia al látex obliga a repensar la práctica quirúrgica tradicional. La implantación de un quirófano libre de látex de uso continuo permite una atención segura, equitativa y eficiente para una población especialmente vulnerable, y representa una medida clave en la mejora de la calidad asistencial.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****331**

525 CONSTRUYENDO COMPROMISO CON LOS ODS DESDE EL SECTOR SALUD A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS ESG

Picón Santamaría, Arantxa¹; Urdaneta Artola, Elena³; Unamuno Agiriano, Aitzol²; Beitia Arregui, Amaia²

¹ Directora Gerente Hospital San Juan de Dios Gipuzkoa; ² Hospital San Juan de Dios Gipuzkoa; ³ UTIII Orden Hospitalaria San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad se ha convertido en un eje estratégico para las organizaciones sanitarias comprometidas con la Agenda 2030. La implementación de herramientas ESG (Environmental, Social and Governance) facilita el análisis, la reflexión y el diseño de planes de acción orientados a la mejora del impacto socioambiental.

OBJETIVO

Describir el proceso seguido por una organización sanitaria tras su participación en un piloto de evaluación ESG, destacando su contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) mediante la elaboración de su primer Plan de Sostenibilidad.

MATERIAL

La organización participó en el testeo colaborativo de la herramienta de autodiagnóstico ESG "inGUru+ 2.0", diseñada por un centro de innovación y una consultora de impacto. A lo largo de tres sesiones grupales con otras entidades multisectoriales, se analizaron aspectos medioambientales, sociales y de gobernanza. El ejercicio incluyó un autodiagnóstico, la priorización de áreas de impacto, selección de indicadores y diseño de un plan de acción, utilizando una matriz de materialidad y el enfoque de doble materialidad.

RESULTADOS

El análisis situó a la organización con fortalezas en cultura corporativa, bienestar y seguridad de la plantilla, y eficiencia energética. Como áreas de mejora se identificaron la transparencia, las políticas internas de sostenibilidad y la relación con proveedores. Se priorizaron seis áreas clave: bienestar de las personas usuarias, entorno, formación y desarrollo, salud y seguridad, inclusión social y transparencia. A partir de esta priorización, se diseñó un plan de acción con medidas concretas como: formación en experiencia del paciente, definición de un nuevo plan formativo, cálculo de la huella de carbono, redacción de una política de diversidad e inclusión, y publicación de indicadores ESG.

CONCLUSIONES

La participación en este testeo ha permitido a la organización no solo avanzar en la evaluación de su desempeño ESG, sino también integrar la sostenibilidad en su estrategia institucional. El proceso ha facilitado el compromiso con los ODS 3, 4, 5, 8, 11, 12 y 13, y ha impulsado una gobernanza más transparente, ética y orientada al impacto social y ambiental. La herramienta inGUru+ ha demostrado ser útil como catalizador del cambio organizacional hacia modelos más sostenibles.

PÓSTERS



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



333

19 ALIANZAS INTERCENTROS COMO ESTRATEGIA PARA RETENER EL TALENTO, PROMOVER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD

López Rubio, MA¹; García De San José, S¹; Sánchez-Celaya Del Pozo, M¹; Rodríguez Fernández, R¹; Romero Pareja, R¹; Blanco Cisneros, JM¹

¹ Hospital G.U. Gregorio Marañón, IISGM

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la cobertura de plazas de Pediatría en Atención Primaria está suponiendo un desafío creciente, afectando a la accesibilidad, la calidad de la atención y la percepción de la adecuación de los servicios. Para abordar este problema, se implementó una Alianza Estratégica entre un Hospital de tercer nivel y la Dirección de Atención Primaria, cuyo objetivo es fidelizar a los profesionales, mejorar la continuidad asistencial y garantizar la accesibilidad a los servicios tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

OBJETIVO

- Evaluar la eficacia de las Alianzas en la cobertura de las plazas ofertadas y la estabilidad de las mismas como estrategia de retención de talento.
- Desarrollar programas específicos de atención pediátrica dentro del marco de la Alianza.
- Analizar la actividad realizada por los profesionales en las esferas asistencial, docente e investigadora.
- Identificar los factores que contribuyen al éxito del modelo.

MATERIAL

Se construyó un modelo de Alianza entre Atención Primaria y un Hospital de tercer nivel expresado en un documento que identificó a los participantes, el modelo de contratación y las actividades a realizar. Esta Alianza se firmó por los directivos de los centros implicados y fue ratificada por el Servicio de Salud.

El Jefe del Servicio de Pediatría, junto con el Director de Continuidad Asistencial, directivos del hospital y Dirección de Primaria, establecieron una ruta de trabajo por un periodo determinado, y se definieron claramente las funciones, responsabilidades y objetivos de los profesionales contratados.

RESULTADOS

Durante el primer año de implementación, se ofertaron seis contratos en esta modalidad, que fueron cubiertos al 100% en menos de un mes. Un año después, cinco de los seis contratos (84%) se mantienen, y solo uno ha finalizado debido a que el profesional obtuvo una beca de investigación Juan Rodes. Esta plaza ha sido rápidamente cubierta por otro profesional.

Los perfiles de los profesionales contratados incluyeron áreas como enfermedades infecciosas, oncohematología, nefrología, endocrinología, atención al paciente crónico complejo y hospitalización a domicilio. Todos los pediatras realizaron actividad asistencial mixta entre Atención Primaria (60%) y Hospitalaria (40%).

En el hospital, participaron en programas específicos como: eritropatología compleja, hematología benigna, endocrinología infantil, nefrología pediátrica, así como la puesta en marcha del programa de atención al paciente crónico complejo pediátrico; además de contribuir en otros como PROA infantil, comisiones intrahospitalarias para el control de infecciones y en comités de tumores. En Atención Primaria realizaron labor asistencial tres días a la semana atendiendo la consulta de pediatría y las de absorción de la demanda según necesidades asistenciales.

Desplegando una amplia actividad docente con responsabilidad directa en la formación de residentes de Pediatría tanto en Primaria como en el Hospital, junto a su colaboración docente de la asignatura de Pediatría en la Universidad, y la dirección de un Trabajo de Fin de Grado.

Respecto a la investigación, en este tiempo han participado en 3 proyectos financiados competitivamente como co-investigadores y participan activamente en 4 ensayos clínicos financiados. Siendo autores de 9 publicaciones científicas en revistas indexadas.

CONCLUSIONES

La Alianza Estratégica entre Atención Primaria y el Hospital de tercer nivel ha mostrado ser eficaz para la cobertura y estabilidad de las plazas de pediatría. Sus dimensiones asistencial, docente e investigadora, así como la rapidez de las coberturas y la baja proporción de renuncias apoyan la utilidad del programa y su posible generalización a otros ámbitos. Como línea de futuro proponemos medir la satisfacción de los profesionales. Este enfoque estratégico contribuye a la retención del talento y a la mejora la calidad de la atención en los dos ámbitos implicados.

31 ANÁLISIS DE LOS STAKEHOLDERS CLAVE EN LA GESTIÓN DE TERAPIAS CON ALTOS RESIDUOS PLÁSTICOS

Larriba Leira, Laura¹; Rodríguez Sanchidrián, J²; Fernández Croas, ML³; Gómez González, M⁴; Mourelo Fariña, M⁵; Pastor García, GM⁶

¹Área Sanitaria de A Coruña e Cee; ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ³Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo;

⁴Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ⁵Complejo Hospitalario de A Coruña; ⁶Hospital Clínico de San Carlos de Madrid

INTRODUCCIÓN

La fluidoterapia intravenosa (FIV) es la terapia más común en la atención sanitaria, administrándose diariamente a unos 80.000 pacientes en España 1. Los envases utilizados, fabricados principalmente con plásticos de un solo uso, generan un volumen significativo de residuos. Del total de los residuos generados por un centro hospitalario, el 25% son plásticos lo que plantea un desafío ambiental de gran magnitud (2,3). Se sabe que cada etapa del ciclo de vida de los plásticos constituye una amenaza para la salud de las personas, tanto en su fabricación, como en su consumo y en la gestión de los residuos 2. Para transformar esta realidad y hacer una gestión más sostenible, es fundamental la implicación de los stakeholders clave del sistema sanitario.

OBJETIVO

Identificar a los stakeholders clave en la implementación de estrategias sostenibles en la FIV, analizando el contexto actual para una práctica clínica sostenible.

MATERIAL

Se creó un grupo interdisciplinar de 27 profesionales: enfermeras y médicos gestores, farmacéuticos hospitalarios, responsables de medio ambiente y responsables de compras, entre otros perfiles clave y se utilizó un enfoque basado en el modelo PESTEL 4, evaluando factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales que condicionan la sostenibilidad en la FIV.

La metodología consistió en:

- 1. Trabajo en grupos:** Se identificaron los factores PESTEL y los stakeholders relevantes en cada ámbito.
- 2. Análisis de impacto:** Se evaluaron las barreras y oportunidades de cada stakeholder en la implementación de medidas sostenibles.
- 3. Síntesis y priorización:** Se definieron los actores clave y las estrategias de colaboración más efectivas para impulsar cambios sostenibles en la FIV.

RESULTADOS

El análisis PESTEL permitió identificar múltiples factores que influyen en la sostenibilidad de la FIV.

- P.** Factores políticos: La descentralización del sistema sanitario y la falta de continuidad en las políticas dificultan la implantación de estrategias sostenibles a largo plazo.
- E.** Factores económicos: La creencia errónea de que los productos ecológicos son más costosos condiciona la toma de decisiones en la compra de materiales sanitarios.
- S.** Factores sociales: La falta de sensibilización de profesionales y pacientes limita la adopción de prácticas responsables con el medio ambiente.
- T.** Factores tecnológicos: La escasez de investigación en tecnologías ecológicas aplicadas a la FIV reduce las oportunidades de innovación.
- E.** Factores ecológicos: La carencia de criterios de sostenibilidad en los procesos de compra dificulta la incorporación de productos con menor impacto ambiental.
- L.** Factores legales: La ausencia de normativas homogéneas y su baja fiscalización generan una gran variabilidad en la gestión de residuos hospitalarios.

Entre los stakeholders más influyentes en la transformación de la FIV sostenible se identificaron:

- **Direcciones de los centros sanitarios:** Responsables de la toma de decisiones estratégicas y asignación de recursos.
- **Profesionales sanitarios:** Actores clave en la implementación de medidas de sostenibilidad en la práctica clínica.
- **Proveedores y empresas del sector:** Responsables de desarrollar soluciones innovadoras en envases y sistemas de administración de fluidos.
- **Administraciones y organismos reguladores:** Encargados de establecer normativas y criterios de compra responsables.
- **Pacientes y ciudadanía:** Agentes de cambio que pueden influir en la demanda de productos y servicios sanitarios sostenibles.

CONCLUSIONES

La adopción de medidas sostenibles no puede ser una responsabilidad exclusiva de los gestores o profesionales asistenciales, sino que debe ser impulsada por un ecosistema de actores que incluya administraciones, proveedores y la propia ciudadanía.

La creación de alianzas estratégicas entre stakeholders y la implementación de normativas homogéneas serán claves para avanzar hacia una atención sanitaria más responsable con el medio ambiente y alineada con los ODS.

71 COMO IMPLEMENTAR UN PROTOCOLO DE USO DEL QUIRÓFANO DE URGENCIAS. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Gómez Santillana, M¹; Prada De Medio, E¹; López Elche, M¹; García Collada, JC¹; Fernández Valverde, B¹; Ballesteros Cavero, JA¹

¹ Hospital Virgen de la Luz. Gerencia Integrada de Cuenca;

INTRODUCCIÓN

El bloque quirúrgico de nuestra Gerencia consta de 10 quirófanos de los cuales 1 está específicamente encargado de llevar a cabo las cirugías de urgencias generales y otro las urgencias obstétricas. En los últimos años hemos visto una infrutilización del quirófano de Urgencias general, y en consecuencia una inadecuada programación quirúrgica de la cirugía urgente y programada.

OBJETIVO

- Elaborar e implementar un protocolo de uso del quirófano de urgencias con el fin de mejorar la planificación quirúrgica.
- Establecer una práctica estandarizada y eficiente de los quirófanos de urgencias.
- Mantener un Liderazgo de la Dirección en la gestión adecuada del área quirúrgica.

MATERIAL

En el mes de julio de 2024, la Dirección Médica y el Coordinador del Bloque quirúrgico elaboraron un protocolo de uso del quirófano de urgencia que posteriormente se consensuó con representantes de los servicios quirúrgicos. Se aprobó en Comisión quirúrgica y Comisión de Dirección en agosto de 2024. En el mismo mes se llevó a cabo la implementación. Un punto clave en el establecimiento del protocolo, ha sido la instauración de una reunión diaria, a primera hora, por parte de los facultativos quirúrgicos y de anestesia, entrantes de guardia, que junto al coordinador de quirófano y durante los 2 primeros meses, de la Dirección médica y enfermería, establecen el número de urgencias previstas por los distintos servicios, determinándose un turno de intervención en función de si se trata de una urgencia vital o una urgencia demorable.

RESULTADOS

Durante el año 2024 se ha incrementado un 15,60% el número de intervenciones urgentes con respecto al 2023 (1186 vs 1371). Este incremento de actividad del quirófano de Urgencias, no ha repercutido negativamente en el quirófanos de programado que también ha subido su actividad. Desde el mes de agosto hasta diciembre del 2024 creció el número de intervenciones quirúrgicas en el quirófano de urgencias en el turno de 8 a 15 horas, en un 53%. Los servicios con mayor incremento son los Servicios de Urología y Traumatología, 44% y 37% respectivamente.

Nº intervenciones totales Agosto-Diciembre 2024			
2023	2024	2023 VS 2024	% 2023 VS 2024
1699	1743	44	3%

Nº intervenciones quirófanos urgentes agosto-diciembre (Horario de mañana)				
	2023	2024	2023 VS 2024	% 2023 VS 2024
TOTAL	324	497	173	53%
CIR	162	165	3	2%
GINE	74	66	-8	-11%
TRAUMA	129	177	48	37%
URO	34	49	15	44%

CONCLUSIONES

La elaboración y posterior implementación del protocolo de utilización del quirófano de urgencias, ha favorecido la estandarización de una manera eficiente del uso del mismo, expresada en el creciente número de intervenciones durante la jornada ordinaria.

- La participación activa de la Dirección/Gerencia en la elaboración y ejecución del documento, ha sido trascendental en la implementación del protocolo.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



336

77 CONSENSO MULTIDISCIPLINAR DELPHI SOBRE LA GESTIÓN DEL PACIENTE CON OSTEOPENIA

Baquero Úbeda, JL¹; Vergés Milano, J¹; Martínez Fernández, N¹; Sanz Villorejo, J²

¹ OAFI-Osteoarthritis Foundation International; ² SEDISA

INTRODUCCIÓN

En España, más de 3,5 millones de personas están diagnosticadas de osteoporosis, mientras que un número aún mayor presenta osteopenia, fase previa a esta. La osteoporosis y la osteopenia a menudo pasan desapercibidas hasta que se produce una fractura. De hecho, el 80% de los pacientes que sufren una fractura por fragilidad no habían sido diagnosticados previamente, correspondiendo cerca de la mitad a un estadio de osteopenia. En España se produce 1 fractura por fragilidad cada 2 minutos, lo que puede ser dramático pues el 20-30% de los pacientes fallecen en el primer año y solo el 40% de los pacientes que sufren una fractura de cadera recupera la calidad de vida previa.

La gestión multidisciplinar de estos pacientes, es un aspecto crítico.

OBJETIVO

- Objetivo principal: lograr un acuerdo multidisciplinar entre pacientes y profesionales para coordinar la gestión de pacientes y diagnóstico precoz de la osteopenia.
- Los objetivos secundarios incluyen:
 - Estructurar un consenso multidisciplinar.
 - Revalidar los factores de riesgo modificables y no modificables.
 - Alcanzar un consenso en el abordaje farmacológico y no farmacológico.

MATERIAL

La organización de pacientes, debido al abordaje irregular de la osteopenia y sus graves consecuencias, creando un grupo de trabajo multidisciplinar designados desde las organizaciones y sociedades científicas relacionadas con esta patología, se ha promovido este consenso multidisciplinar utilizando el método Delphi, tras dos rondas llevadas a cabo de forma telemática en el último semestre de 2024, con el aval científico de la SECA.

RESULTADOS

Se constituyó un grupo de trabajo de 45 expertos, entre los que se encontraban pacientes expertos, médicos, enfermeras, farmacéuticos y gestores de la Sanidad, de 2 organizaciones de pacientes y 20 sociedades científicas. Se alcanzó consenso en las 75 variables analizadas, siendo concluyente en 56, correspondiendo 13 a aspectos generales, 10 a las 18 relativas al diagnóstico y 33 de las 44 de tratamiento. Las principales recomendaciones destacan la importancia de las modificaciones del estilo de vida, incluyendo el estudio de los factores de riesgo en el individuo, siguiendo una nutrición adecuada, prevención de caídas, ejercicio físico apropiado, control del peso, dejar de fumar y beber alcohol o reducir al menos su daño.

CONCLUSIONES

- El estudio concluye que el manejo clínico actual se centra en el diagnóstico de la osteoporosis, sin considerar apenas la osteopenia.
- Se propone un decálogo con recomendaciones generales, relacionadas con la gestión, el diagnóstico y abordaje de los pacientes con osteopenia (Tabla 1).

110 DESPLIGUE DE LA ESTRATEGIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA CON LA METODOLOGÍA HOSHIN KANRI

Pladevall Viladecans, C¹; Salabert Carreras, J²; Compte, D¹; Exposito Navarro, D¹; Bosch Coma, I¹; Manjón Del Solar, S¹

¹ Consorci Hospitalari de Vic; ² Essentia Health Management

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario, la gestión estratégica es clave para garantizar la calidad de la atención y la eficiencia operativa. Si bien muchas organizaciones sanitarias dedican un gran esfuerzo a la elaboración de su plan estratégico, es igualmente crucial definir cómo se desplegará y ejecutará de manera efectiva. En este contexto, surge la necesidad de asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de anticiparse a posibles riesgos antes de que estos comprometan los resultados esperados.

OBJETIVO

El propósito de este estudio es describir el proceso de implementación del método Hoshin Kanri en una organización sanitaria, destacando su impacto en la gestión hospitalaria y los resultados obtenidos en términos de eficiencia y alineación estratégica.

MATERIAL

El Hoshin Kanri es un método de gestión estratégica multifuncional y multinivel que ayuda a las organizaciones a desplegar y ejecutar sus objetivos estratégicos de manera efectiva, garantizando la alineación de todos los niveles de la institución.

Para su implementación, se siguieron varios pasos clave. En primer lugar, se definieron los objetivos estratégicos a largo plazo dentro del plan estratégico y se tradujeron en metas anuales. Posteriormente, estas metas se agruparon en dimensiones clave, como Seguridad, Calidad-Conocimiento, Flujo, Personas-Profesionales, Personas-Usuarios, Eficiencia, Docencia e Investigación. A cada dimensión se le asignó un líder de dirección, encargado de lanzar retos específicos a los responsables de la organización, promoviendo el desarrollo de proyectos de mejora para garantizar su ejecución. Además, cada indicador y proyecto cuenta con un responsable asignado (owner), asegurando un análisis y enfoque a resultados, seguimiento efectivo y evitando el uso de métricas sin impacto real.

Para monitorizar el avance, se estableció un sistema basado en indicadores clave, vinculando cada acción con su respectivo objetivo estratégico y proyecto de mejora. Asimismo, se fomentó la gestión visual, agilizando la toma de decisiones mediante el uso de datos y herramientas visuales que facilitan la identificación rápida de avances y áreas de mejora.

RESULTADOS

La implementación de Hoshin Kanri permitió mejorar la alineación entre los niveles estratégicos y operativos del hospital, facilitando un enfoque más estructurado en el seguimiento de los objetivos. A través de esta metodología, se ha dado seguimiento al 42% de los objetivos estratégicos de la organización con el desarrollo de 22 proyectos estratégicos enfocados a alcanzar estos retos. De estos, un 80% ha sido monitorizado mensualmente mediante indicadores, logrando alcanzar el 62% de las metas planteadas.

CONCLUSIONES

El método Hoshin Kanri ha demostrado ser una herramienta eficaz para la gestión hospitalaria, asegurando que los planes estratégicos no solo se definan, sino que se ejecuten de manera efectiva y se haga seguimiento para asegurar el correcto despliegue. Su aplicación permite conectar acciones con resultados y fomentar una cultura organizacional basada en la evidencia y la mejora continua.

115 DIFICULTADES EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS POR EMPRESAS EXTERNAS

Andrés Ortega, BI¹; Blanco Gómez, A²; Pedraza Navajas, AM²; Navarro Fernández, AB²; Barnés Torrente, M²; Bonal Blanco, RM²

¹ GAI de Almansa; ² Hospital General de Almansa

INTRODUCCIÓN

La experiencia de 18 años en una Gerencia de Atención Integrada en el seguimiento y control de la ejecución de contratos por parte de empresas externas permite valorar el nivel de cumplimiento de los contratos adjudicados a las mismas.

OBJETIVO

Concretar aspectos de mejora en la ejecución y seguimiento de Servicios Generales en un Hospital por parte de Empresas Externas.

MATERIAL

Se ha llevado a cabo un análisis y revisión de la documentación que se posee de cuatro expedientes de Servicios Generales: Limpieza, Mantenimiento, Alimentación de pacientes y Seguridad. En concreto de lo siguiente:

- Pliegos de Prescripciones Técnicas, PCAP y Anexo I del PCAP. Ley de Contratos del Sector Público.
- Ofertas de las empresas adjudicatarias.
- Documentación de seguimiento: checks de control, Hojas de Evaluación, Actas de seguimiento del desempeño.
- Informes de Intervención sobre la ejecución de dichos contratos.
- Resultados de encuestas de opinión realizadas a pacientes y trabajadores del hospital sobre la ejecución de dichos servicios.

RESULTADOS

En un porcentaje significativo de los casos seleccionados no se cubren las expectativas y necesidades del Órgano de Contratación. Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

- Niveles de incumplimiento, : sobre todo personal y materiales, respecto a lo establecido en Pliegos, y a la oferta de la empresa adjudicataria; también en relación con puesta en marcha de mecanismos de seguimiento de la ejecución.
- Se acreditan ejemplos de escasa profesionalidad en el desempeño del trabajo. Entre otras causas por:
 - Presión de la alta dirección de las empresas a los encargados del contrato de Centro, en orden a no bajar de un nivel de rentabilidad/beneficio mínimo.
 - Nivel de capacitación por debajo del adecuado en el personal de la plantilla con la que se ejecuta el servicio. Por distintos motivos: nivel de retribuciones no competitivo, sensación de falta de riesgo en sus actuaciones en el personal subrogado...
- Interpretación interesada del Riesgo y Ventura por parte de las empresas. Solo se pone de manifiesto cuando no se alcanza el beneficio esperado. Ejemplo: experiencia de una misma empresa que gestiona dos contratos en el mismo centro con rentabilidades diferentes. Quejas ante una mínima pérdida y silencio ante una alta rentabilidad.
- Falta de Recursos y formación necesaria para llevar a cabo la Supervisión/seguimiento del Contrato por parte del Órgano de Contratación Exige más tiempo del inicialmente previsto.
- Nula capacidad de influencia de la Gerencia en las condiciones de contratación y remuneración de los trabajadores afectos a los contratos. Ejemplo: sentencia judicial que reconoce un plus de peligrosidad en el contrato de limpieza.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se pueden concretar las siguientes propuestas de mejora:

- Revisión de contenidos de pliegos:
 - PPT, en aspectos tales como exigencia de acreditación/experiencia profesional de los recursos afectos al contrato, sobre todo en nuevas contrataciones de personal. Y de la experiencia con que cuentan los software ofertados para el seguimiento de la ejecución (muy relevante en el mundo actual).
 - Anexo I del PCAP, en los siguientes contenidos:
 - Valoración de ofertas: concretar y simplificar los aspectos más relevantes de ejecución del contrato. En asuntos como las condiciones especiales de ejecución, intentar concretar cifras e ir más allá de una exigencia de declaración.
 - Sistema de penalización. Recoger aquellos aspectos claves de la ejecución del servicio cuidando de hacer operativo el seguimiento del contrato.
- Necesidad de implantar un sistema completo y ágil de seguimiento del contrato, con exigencia de información periódica sobre cuenta de resultados de la empresa adjudicataria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



339

139 ENFERMERA EXPERTA EN MATERIAL SANITARIO Y EQUIPAMIENTO SANITARIO COMO HERRAMIENTA DE SOPORTE PARA LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS

García Casellas, M¹; Azor Portoles, R¹

¹ Institut Català Oncologia (ICO)

INTRODUCCIÓN

La figura de enfermera experta en recursos materiales (RRMM), se ha ido consolidando en numerosos centros hospitalarios del país. Su actividad aporta eficiencia en la gestión de recursos, hecho que la ha convertido en figura imprescindible del sistema sanitario.

Su integración y dependencia jerárquica y funcional presenta variabilidad en función de cada centro sanitario, sin existir consenso sobre un modelo óptimo.

En este trabajo, describiremos la implementación de la figura de enfermera experta en RRMM con un modelo de integración y dependencia "híbrida" entre Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión que ha facilitado su desarrollo de forma coordinada y alineada a las necesidades existentes.

OBJETIVO

Describir experiencia de implementación de la figura de enfermera experta en RRMM. en nuestro centro hospitalario y los beneficios de un modelo de integración "híbrido" de esta figura.

MATERIAL

En la década de los años 80 se inicia la creación de una figura, dentro de las organizaciones sanitarias, que facilite una gestión eficiente de los recursos clínicos y material sanitario. Se valora a las enfermeras como el profesional más capacitado para desarrollar esta nueva actividad. Se produce la incorporación progresiva en los grandes centros hospitalarios del país de la figura de Enfermera Experta en RRMM.

Las principales competencias asignadas se definen en torno al uso racional y eficiente de los recursos materiales y evaluación continua de los productos sanitarios vigentes y de nueva aparición, en beneficio de la seguridad del paciente y de los profesionales y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Se definen aspectos sobre formación y cargo recomendables para los profesionales que pasan a realizar esta actividad, sin consenso sobre la idoneidad de asignar esta figura a la línea de la dirección de enfermería o de la dirección de gestión.

En el año 2022 se decide implementar y desarrollar la figura de Enfermera Experta en RRMM en nuestro centro, definiéndose un modelo con dependencia jerárquica de la dirección de enfermería y funcional la dirección de recursos del centro, que se valoró el más ajustado a las necesidades y rol esperado para esta figura.

Durante el período de 2022 a 2024 se ha consolidado la implementación de la actividad de esta nueva figura y sus competencias.

RESULTADOS

La incorporación de la figura de enfermera experta en RRMM se ha consolidado sin incidencias.

Se ha valorado una mejora en la comunicación entre el área asistencial y el área de compras y gestión, gracias al rol de mediación / facilitador desarrollado.

Se ha reforzado el soporte a Compras en aspectos de gestión incidencias de suministro, valoración de alternativas, incorporación de nuevos productos etc.

Se ha colaborado en aspectos técnicos y de valoración de ofertas para la renovación y publicación de licitaciones de material sanitario y equipamiento clínico.

La dependencia jerárquica e integración dentro del organigrama de la Dirección de Enfermería ha facilitado una mayor comunicación y coordinación, en trabajos y proyectos de implementación de nuevas acciones, formaciones, mejoras de material, etc.

CONCLUSIONES

Se valora la figura de la enfermera experta en recursos materiales por su contribución a la eficiencia y mejora en la gestión de material sanitario y recursos clínicos dentro del sistema sanitario.

Su rol y actividad están consolidados en la mayoría de grandes centros sanitarios del país, pero existe variabilidad en su asignación o integración dentro de la estructura de dirección de los centros.

La experiencia de un modelo de integración y coordinación mixto entre Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión del centro se ha valorado positivamente como facilitador para un óptimo desarrollo de la actividad de esta figura de nueva implementación.

153 ESTUDIO DE FACTURAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, UN ASUNTO EFICIENTE

Robles Ezcurra, M¹; Gómez Sánchez, MC¹; López Zamora, C¹; Gutiérrez García, MJ¹; Vilches Alonso, F¹; Quesada Torres, JA¹

¹ Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

En la legislación española se contempla que un servicio público de salud reclame a los terceros obligados al pago, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas. Las asistencias por accidentes de tráfico representan la mayor fuente de ingresos de los servicios de facturación (cobro) a terceros de un servicio público de salud. El coste de estas asistencias, pueden ser de dos tipos: si la compañía del seguro del vehículo siniestrado pertenece a la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), es según su convenio (el de Asistencia Sanitaria del Sector Público y el de Emergencias Sanitarias); si no pertenece a UNESPA, es con la orden de precios públicos vigente del servicio público de salud. Los conceptos, por tarifas aplicables a las asistencias de accidentes de tráfico, en el Convenio UNESPA de Asistencia Sanitaria del Sector Público contempla los siguientes conceptos: urgencia; hospitalización; rehabilitación; transporte sanitario; unidades de lesionados medulares; unidades de grandes quemados. Y en el Convenio UNESPA de Emergencias Sanitarias contempla los siguientes: módulo transporte terrestre, servicios urbanos e interurbanos; módulo transporte interhospitalario de críticos; precio por km de transporte interhospitalario de críticos; módulo transporte aéreo; módulo transporte aéreo interinsular.

OBJETIVO

Demostrar la eficiencia, respecto a las asistencias del 061, que representa para un servicio público de salud, la revisión de las facturas y de sus respectivas asistencias, ya cobradas, por los accidentes de tráfico.

MATERIAL

Se han utilizado tres bases de datos de un servicio público de salud: la hospitalaria, la del 061 y la de gestión económica. Se han revisado todas las facturas y sus respectivas asistencias hospitalarias y del 061, ya cobradas, correspondientes a los accidentes de tráfico producidos en el periodo del 01-06-2022 al 31-5-2024, en un servicio público de salud.

RESULTADOS

El número total de facturas cobradas por los servicios de facturación (cobro) a terceros de un servicio público de salud en el periodo de estudio fue de 24.656; de ellas, 5.159 facturas fueron realizadas por el departamento de facturación (cobro) a terceros del 061. Analizadas las asistencias hospitalarias de las 19.497 facturas restantes, emitidas por el resto de departamentos de facturación (cobro) a terceros del servicio público de salud, se pudieron realizar 588 nuevas facturas (174.968,65 euros), que correspondían a asistencias del 061 que no se habían realizado en su momento, y que de no haber sido revisadas, nunca se hubieran descubierto.

CONCLUSIONES

La revisión de las facturas por asistencias sanitarias de accidentes de tráfico en un periodo de dos años en un servicio público de salud ha supuesto un incremento de un 11,39% (174.968,65 euros), en la facturación (cobro) a terceros por ese concepto, en el departamento del 061 de ese servicio público de salud.

169 FACTURACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO POR VIRUS SARS-COV2 EN PERSONAL DE UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Robles Ezcurra, M¹; Gómez Sánchez, MC¹; Bernal Saura, M¹; Parada Avileo, V¹; Carrasco Polinio, JM²; Vilches Alonso, F¹

¹ Servicio Murciano de Salud; ² Mútual Ibermutua

INTRODUCCIÓN

Según el artículo número 83 de la Ley General de Sanidad, "Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente... A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados." En el artículo número 9 del Real Decreto-ley 19/2020, por el que se adoptan medidas para paliar los efectos del COVID-19, se considera como accidente de trabajo, las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2. Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social participan en la gestión de las contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) del personal al servicio de las empresas asociadas a ellas. Los servicios públicos de salud se distribuyen, en sus funciones asistenciales y administrativas, en distintos departamentos, cada uno de los cuales tiene su servicio de facturación o cobro a terceros.

OBJETIVO

Demostrar la eficiencia, de la figura del Coordinador Facultativo Sanitario de Facturación a Terceros (CFSFT) de un servicio público de salud (SPS), en la facturación de todas las asistencias sanitarias de todos los accidentes de trabajo, reconocidos como enfermedad por virus SARS-CoV2 (COVID), del personal de un SPS.

MATERIAL

Todos los casos COVID, reconocidos como accidente de trabajo, de todo el personal del SPS, que se han producido entre el 01/03/2020 y el 31/12/2022; la mutua del SPS, los ha comunicado a la Dirección General de Recursos Humanos del SPS, y ésta, al CFSFT del SPS para su facturación. Se ha facturado en función del departamento administrativo donde fue asistido el trabajador. A cada servicio de facturación, el CFSFT, le ha indicado, con los precios públicos vigentes de ese SPS, lo que tenía que facturar por trabajador, tras el análisis de todas las asistencias sanitarias dependientes del SPS, mediante diversas bases de datos: de recursos humanos; de información sanitaria (atención primaria, hospitalaria, centros concertados, 061); de gestión económica; de gestión poblacional.

RESULTADOS

Se comunicaron 1186 bajas por accidente de trabajo por COVID, en 1184 trabajadores del SPS. De todas las asistencias facturadas: las del 59,76% del personal (707), pertenecían a un sólo servicio de facturación; las del 37,1% (439) a dos; las del 2,95% (35) a tres; y el 0,16% 2 a cuatro. Los servicios de facturación realizaron un total de 2322 facturas, por una cuantía de 1.047.645,66 euros. De ellas, sólo hubo conflicto con la mutua en 27 casos, lo que representó un 1,16% del total.

CONCLUSIONES

1. La figura del Coordinador Facultativo Sanitario de Facturación a Terceros en un servicio público de salud, ha permitido conocer todas las asistencias sanitarias, relacionadas con las enfermedades por virus SARS-CoV2, reconocidas como accidente de trabajo, de su personal, para facturarlas, aunque existía una gran dispersión de las fuentes de datos.
2. La coordinación con la mutua del servicio público de salud, ha favorecido la eficiencia, con un bajo porcentaje de conflicto.

179 GESTIÓN DE EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN PARA MEJORAR TRANSPARENCIA Y COORDINACIÓN

Baker Alonso, M¹; Guasch Llobera, J¹; Cortés García, S¹; Fernández Sánchez, A¹

¹ Hospital Universitari Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

La tramitación de un expediente de licitación en un hospital implica la interacción de diferentes equipos. La gestión de todas las fases del proceso de contratación pública, desde la fase preparatoria hasta el seguimiento de la ejecución de los contratos, resulta compleja. Es fundamental mejorar el flujo de trabajo entre los profesionales que gestionan las licitaciones. Actualmente, se carece de herramientas y circuitos eficientes que permitan llevar a cabo estas funciones de manera ágil, transparente y eficaz. Por ello, es necesario optimizar la gestión y trazabilidad de las licitaciones.

OBJETIVO

Se propone el desarrollo de una plataforma interna que gestione la trazabilidad de un contrato público de principio a fin. Esta plataforma sería accesible para todos los participantes en la preparación y ejecución de un expediente, quienes accederían a través de un usuario y contraseña.

La plataforma ofrecería diversas funcionalidades, como un muro compartido para proponer proyectos innovadores o determinar las necesidades del ejercicio vigente; un buscador por anualidades para localizar los expedientes ya licitados y sus características; un formulario para intercambiar información y documentos que garantice su trazabilidad; una herramienta de automatización de documentación recurrente en formato plantilla; y un calendario que permita estimar los plazos de cada fase de la licitación, las acciones a realizar y los responsables implicados en cada una de ellas, incluyendo las acciones relacionadas con la ejecución de los contratos por parte de los encargados.

El objetivo principal de la plataforma es optimizar la comunicación y el intercambio de información entre todos los interlocutores, así como garantizar el acceso y la transparencia de la documentación vinculada a cada expediente de contratación pública. También permitirá controlar la fase post-ejecución de los contratos, gestionando el retorno de las garantías definitivas a través de avisos automáticos.

MATERIAL

La plataforma debe ser intuitiva, fácil de usar, eficaz y eficiente. El objetivo es mejorar las herramientas de trabajo existentes, adaptándolas a las nuevas tecnologías y a la inteligencia artificial, lo que optimizará el uso de los recursos humanos.

La implementación de la plataforma constará de tres fases. La primera fase consistirá en el desarrollo de la plataforma propiamente dicha. La estructura de la base de datos será sencilla y, dado que no se requiere integración con otros sistemas, el tiempo de desarrollo se reducirá considerablemente. Se definirán los roles de los usuarios y se establecerán las vistas correspondientes para cada perfil.

La segunda fase será una prueba piloto en la que se tramitará un expediente a través de la plataforma para evaluar su correcto funcionamiento y detectar posibles áreas de mejora. A partir de la experiencia real, se realizarán ajustes en las funcionalidades de la plataforma.

La tercera fase será la formación de los usuarios. Estas formaciones constarán de un manual escrito y de sesiones presenciales que servirán para explicar a los interlocutores el funcionamiento de la plataforma y cómo acceder y utilizar sus distintas funcionalidades, en función de su rol.

RESULTADOS

La trazabilidad y transparencia proporcionadas por la plataforma optimizarán los recursos, mejorando la gestión del tiempo y el aprovechamiento de los recursos humanos. Se mejorará el circuito comunicativo y el intercambio de documentos, centralizando el acceso a la información de los expedientes y permitiendo trazar una huella digital en ellos. Además, la plataforma facilitará la recolección y explotación de datos, manteniendo un entorno más seguro y favoreciendo la protección de la información.

CONCLUSIONES

Una plataforma innovadora e inteligente es el futuro de la gestión de los expedientes de contratación pública. Al optimizar los recursos y basarse en principios de sostenibilidad, contribuirá a una gestión más eficiente, ágil y transparente de los procesos de contratación.

301 LINKEDIN, PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN LA COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

Mora Jiménez, M¹; Timón Maldonado, G¹; López Serrano, J¹; Barberá, D²; Triviño Tarradas, FDA ¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía; ²Agencia Seis60

INTRODUCCIÓN

En el panorama actual, donde la reputación digital de las organizaciones sanitarias juega un papel crucial, LinkedIn (LK) se ha consolidado como un recurso estratégico. Un hospital de tercer nivel creó su perfil en esta red social en 2019, convirtiéndolo en un pilar fundamental de su estrategia de medios sociales. El perfil de LinkedIn de este centro, con 5.436 seguidores, **representa el 7,70% de la comunidad total en redes sociales del hospital** (70.619 seguidores). Esta comunicación analiza el impacto de LinkedIn en el último año, lo compara con otras redes sociales de la organización y lo alinea con las tendencias del mercado.

OBJETIVO

El análisis se centra en evaluar el crecimiento y la participación en LinkedIn desde su implementación en 2019 hasta 2024, con especial énfasis en el último año. Los objetivos específicos son cuantificar el impacto en términos de alcance, interacción y engagement; comparar el rendimiento de LinkedIn frente a otras plataformas del hospital como Facebook, X e Instagram; y medir cualitativamente el impacto de los contenidos publicados.

MATERIAL

La metodología comprende un triple análisis basado en el Informe de Redes Sociales 2024 del hospital.

Cuantitativo: evalúa el número de seguidores, impresiones e interacciones.

Cualitativo: revisión de las publicaciones de mayor impacto (que más interacción han generado), los formatos utilizados, el tono de comunicación y su alineación con los objetivos institucionales.

Comparativo: contrasta frecuencia de publicaciones y engagement de las otras redes del hospital.

RESULTADOS

El crecimiento de LinkedIn en este centro ha sido muy notable en 2024, evidenciando su progresiva importancia en la estrategia de comunicación digital del hospital. Las cifras revelan un aumento significativo en la mayoría de los indicadores clave: en 2024, el número de seguidores fue de 5.203, lo que supone un incremento del 31%; las impresiones alcanzaron las 485.000, aumentando un 159%; las interacciones totales fueron 8.378, creciendo un 90% y se publicaron 341 contenidos, lo que representa un aumento del 22% respecto al año anterior.

Este crecimiento acelerado sitúa LinkedIn como una red estratégica para el hospital. Los contenidos generan cada vez más interés, son de mayor calidad y la audiencia está activa. Ha evolucionado más allá del networking profesional, convirtiéndose en una plataforma de contenido de valor en el ámbito profesional que genera interés y atrae tráfico relevante.

En comparación con otras redes sociales, LinkedIn muestra un crecimiento sólido y consistente. Mientras que Facebook y X presentan un crecimiento moderado, Instagram también destaca con un aumento del 66% en seguidores y el mayor engagement entre todas las plataformas del hospital.

Desde una perspectiva cualitativa, LinkedIn destaca por el equilibrio entre publicaciones de branding y valor informativo, el énfasis en el aspecto humano del hospital, contenidos informativos y educativos (sobre avances médicos, investigaciones y eventos relevantes), la utilización de formatos visuales atractivos (como videos cortos, reels y carruseles de imágenes) y un tono cercano y accesible.

CONCLUSIONES

LinkedIn se ha consolidado como una plataforma clave para el hospital desde su puesta en marcha hace cinco años. El crecimiento constante en alcance y engagement, especialmente notable en el último año demuestra su eficacia como herramienta de comunicación institucional.

La estrategia de contenido, enfocada en la humanización y la difusión de innovaciones y logros del centro y sus profesionales, ha fortalecido la reputación del hospital, reforzado su imagen institucional y diversificado su audiencia. LinkedIn ha contribuido significativamente al posicionamiento del HURS como referente sanitario, generando confianza entre profesionales, pacientes y la comunidad en general.

401 PROYECTO PILOTO G12-SAYGON IMPLEMENTACIÓN DE TURNOS DE 12 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL.

Garcerán Azorín-Gómez, JE¹; Sayed Ávila, S¹; Espí Senent, GA³

¹IB-SALUT; ²ASEF. Hospital Can Misses; ³ASEF. Hospital Formentera

INTRODUCCIÓN

- **Objetivo:** Mejorar la calidad asistencial y las condiciones laborales en el Servicio de Urgencias del Hospital.
- **Motivación:** Necesidad de optimizar la gestión de recursos humanos y responder a las demandas de pacientes y profesionales.

OBJETIVO

- **Optimizar la atención sanitaria**, reduciendo tiempos de espera y mejorando la seguridad del paciente.
- **Mejorar las condiciones laborales** para atraer y fidelizar médicos especialistas.
- **Facilitar la conciliación laboral y personal** del personal sanitario.

MATERIAL

- **Ámbito:** Hospital.
- **Población:** Pacientes del Servicio de Urgencias y facultativos especialistas.
- **Metodología:** Implementación de un modelo voluntario de turnos de 12 horas.
- **Condiciones laborales:**
 - Opción de elegir entre turnos de **12 horas** o el modelo actual.
 - **Cómputo anual** de 1.533 horas, con retribución adicional por horas extras.
 - **Productividad variable** de hasta 500 €/mensuales, vinculada a indicadores de gestión.

RESULTADOS

- **Optimizar la atención sanitaria**, reduciendo tiempos de espera y mejorando la seguridad del
- **Para los trabajadores:**
 - Reducción del agotamiento profesional y síndrome de burnout.
 - Mayor flexibilidad y conciliación familiar.
 - Condiciones más atractivas para captar y retener médicos.
- **Para los pacientes:**
 - Mayor seguridad y calidad asistencial.
 - Reducción en tiempos de espera.
- **Para la gestión del hospital:**
 - Optimización de recursos y eficiencia operativa.
 - Mejora en la coordinación con otros servicios hospitalarios.

CONCLUSIONES

- **Innovación en la gestión hospitalaria**, con un modelo flexible que convive con el esquema actual.
- **Mejora en la calidad asistencial**, garantizando atención eficiente y segura.
- **Impacto positivo en la sostenibilidad del sistema sanitario**, facilitando la captación y fidelización de profesionales.
- **Evaluación continua**, con seguimiento de indicadores clave como satisfacción del personal, tiempos de espera y seguridad del paciente.

419 SCIROCCO ENCUESTA DISEÑADA ESPECÍFICAMENTE PARA EVALUAR LA MADUREZ DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN INTEGRADA CON LOS STAKEHOLDERS.

Rosendo Fernández, JM¹; Esperon Güimil, JA¹; García Fernández, A¹; Castaños Zamanillo, A¹; Muñoz Espasandin, A¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; ¹ Instituto de Investigación Galicia Sur

INTRODUCCIÓN

La evaluación en línea de SCIROCCO tiene 12 dimensiones críticas: "Preparación para el cambio", "Estructura y gobernanza", "Infraestructura digital", "Estandarización y simplificación", "Financiamiento", "Eliminación de inhibidores", "Enfoque poblacional", "Empoderamiento ciudadano". 'Métodos de evaluación', 'Amplitud de ambición', 'Gestión de la innovación' y 'Creación de capacidades'. Cada dimensión comienza con una breve descripción, seguida de una escala de respuesta de seis puntos, que va desde 0 (que representa "no cumplido" o "no presente/disponible") hasta 5 (que representa "totalmente cumplido" o "totalmente presente/disponible").

OBJETIVO

Conseguir la mayor implicación en Galicia en contestar el cuestionario SCIROCCO para analizar las 12 dimensiones críticas con respecto al cambio de la atención integrada para la gestión de personas con heridas crónicas.

MATERIAL

El enlace de la encuesta se compartió con partes interesadas clave en el campo de la atención integrada, incluidos proveedores de atención médica, formuladores de políticas e investigadores Stakeholders. La encuesta tenía como objetivo recopilar comentarios sobre las condiciones existentes e identificar áreas potenciales de mejora para garantizar una implementación exitosa de la solución de atención integrada. Si bien el enfoque principal fue involucrar a los proveedores de atención médica y a los formuladores de políticas, algunos expacientes y representantes de pacientes participaron para brindar información sobre sus experiencias con la atención integrada, asegurando una comprensión más holística de las necesidades del sistema.

RESULTADOS

Si bien la evaluación se centró principalmente en las autoridades sanitarias involucradas en el cuidado de heridas y las soluciones de atención integrada, la participación de antiguos pacientes permitió que el proyecto incorporara algunas perspectivas de los pacientes. Los comentarios de este grupo proporcionaron un punto de vista complementario, especialmente en áreas donde los pacientes interactúan directamente con los sistemas de atención social y de salud. El objetivo de este enfoque más amplio era garantizar que las soluciones de atención integrada abordaran tanto los desafíos sistémicos como las experiencias reales de los usuarios de los servicios, facilitando así un proceso de implementación más fluido una vez que el proyecto avance hacia su fase de implementación.

CONCLUSIONES

En conclusión, la encuesta en línea proporcionó información esencial sobre la preparación y capacidad para implementar el modelo de atención integrada. Se garantizó una evaluación integral del sistema actual al involucrar a un grupo diverso de stakeholders, desde formuladores de políticas hasta expacientes, y centrándose en dimensiones clave como la infraestructura digital y la gestión de la innovación. A pesar de algunos desafíos para obtener respuestas de todos los participantes invitados, los esfuerzos para involucrar a los stakeholders, crearon una base sólida para los próximos pasos en la perspectiva de la atención integrada.

En conclusión, la encuesta en línea proporcionó información esencial sobre la preparación y capacidad para implementar el modelo de atención integrada. Se garantizó una evaluación integral del sistema actual al involucrar a un grupo diverso de stakeholders, desde formuladores de políticas hasta expacientes, y centrándose en dimensiones clave como la infraestructura digital y la gestión de la innovación. A pesar de algunos desafíos para obtener respuestas de todos los participantes invitados, los esfuerzos para involucrar a los stakeholders, crearon una base sólida para los próximos pasos en la perspectiva de la atención integrada.

474 EVOLUCIÓN DEL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS REUMATOLÓGICAS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

Abad Sazatornil, MR¹; Navarro Aznarez, H¹; De La Llama Celís, N¹; Abad Bañuelos, B¹; Manero Ruiz, FJ¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet. SALUD

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las enfermedades inmunomediadas musculoesqueléticas ha sufrido un gran cambio en las últimas décadas con la incorporación de nuevos fármacos que actúan frente a citoquinas específicas y terapias orales dirigidas. Habitualmente, la innovación terapéutica viene acompañada de un incremento del gasto farmacéutico por lo que, la incorporación de estrategias para reducir el impacto económico es clave para poder ofrecer el mejor tratamiento disponible a nuestros pacientes sin comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario.

OBJETIVO

Evaluación del gasto medio por paciente y año con enfermedades inmunomediadas reumatológicas, análisis del arsenal terapéutico utilizado e implantación de estrategias de ahorro.

MATERIAL

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Población: pacientes diagnosticados de enfermedades inmunomediadas musculoesqueléticas tratados con terapias biológicas (TB) y moléculas dirigidas en un hospital de tercer nivel entre enero de 2015 y diciembre de 2024. Variables: coste-medio/paciente/anual de TB y moléculas dirigidas ajustado a tiempo (evitando sesgo de periodo en tratamiento o adherencia), número de pacientes tratados, tipo de terapias, porcentaje de seguimiento de la pauta indicada en ficha técnica.

RESULTADOS

Gasto/medio/anual/paciente: 2015 (9.245,54€, n=635), 2016 (8.552,81€, n=661), 2017 (8.365,20€, n=735), 2018 (7.728,35€, n=800), 2019 (6.663,56€, n=902), 2020 (5.589,17€, n=904), 2021 (4.859,99€, n=943), 2022 (4.440,59€, n=995), 2023 (3.999,08€, n=1067), 2024 (3.678,30€, n=1155). Número de tratamientos disponibles: 2015: 12, 2016: 13, 2017: 21, 2018: 21, 2019: 25, 2020: 25, 2021: 29, 2022: 31, 2023: 32, 2024: 34. Porcentaje de pacientes según vía de administración: vía intravenosa 22.2% en 2015 vs 8% en 2024, vía subcutánea 77.8% en 2015 vs 79% en 2024 y vía oral, 0% en 2015 vs 13% en el 2024. En el año 2014 se publicó en nuestra Comunidad Autónoma un protocolo de uso de "terapias biológicas y sintéticos de diana" en enfermedades reumáticas inflamatorias que posicionaba el uso de los diferentes fármacos atendiendo a criterios de eficacia, seguridad y eficiencia, este protocolo se ha ido revisando a lo largo del tiempo de acuerdo a la evidencia disponible. En el año 2016 se comercializaron los primeros fármacos biosimilares de etanercept y en 2018 de adalimumab. El porcentaje de pacientes en tratamiento con anti-TNFα con dosis optimizadas (% dosis inferior al 85% teórico) ha variado de un 42% en 2015 al 46% en el 2024.

CONCLUSIONES

La incorporación de los fármacos biosimilares al arsenal terapéutico supone una medida de ahorro muy importante que permite contener el gasto farmacéutico en este tipo de pacientes. Cabe destacar el incremento, en los últimos años de las terapias autoadministradas por los pacientes. Los protocolos de uso de los fármacos, el trabajo conjunto y el conocimiento por parte de todo el equipo multidisciplinar del coste medio por paciente de las diferentes alternativas disponibles, así como la optimización de las dosis en los pacientes candidatos a la misma, hace que se pueda incorporar la innovación terapéutica sin comprometer la sostenibilidad del sistema público de salud.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



347

501 PLAN DE NEGOCIO PARA LA SOSTENIBILIDAD Y CRECIMIENTO PARA LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Pérez-Arechaederra, D¹; Cuchí Alfaro, M²; Ballesteros Ortega, D²; Flambert, J¹; Figueira, H¹; Ferrier, V¹

¹ ESCP Business School; ² Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta esencial para la formación continua del personal sanitario, la mejora de la seguridad del paciente y la innovación en los procesos asistenciales. Sin embargo, muchos centros hospitalarios carecen de un modelo económico que garantice la sostenibilidad y la escalabilidad de sus unidades de simulación. En este contexto, se presenta una estrategia integral de negocio desarrollada para un hospital público de alta complejidad, con el fin de transformar su unidad de simulación en un centro autosuficiente y referente en educación médica.

OBJETIVO

Diseñar un modelo de negocio dual que permita garantizar la sostenibilidad financiera, la expansión operativa y la proyección internacional de un centro de simulación clínica, mediante la diversificación de fuentes de ingresos, el uso de tecnología avanzada y una estrategia de marketing orientada tanto al entorno hospitalario interno como a clientes externos del ámbito sanitario y académico.

MATERIAL

Se realizó un análisis estratégico con enfoque consultivo, estructurado en cuatro bloques principales:

1. Identificación de modelos de ingresos complementarios: alquiler de espacios físicos y comercialización de software de simulación basado en inteligencia artificial (IA).
2. Diseño de estrategias de marketing interno y externo para fomentar la adopción y visibilidad del centro.
3. Planificación operativa mediante herramientas digitales de bajo coste para la gestión eficiente de recursos.
4. Proyección financiera con escenarios de ingresos y gastos simulados a través de modelos en Excel, incluyendo hipótesis de escalabilidad y recomendaciones de financiación.

RESULTADOS

El modelo identifica dos fuentes de ingresos complementarias:

- **Alquiler de la unidad de simulación** para formación, investigación o certificación, dirigido a hospitales, universidades y entidades del sector salud.
- **Plataforma digital de formación por simulación con IA**, ofrecida bajo modalidad SaaS, escalable a nivel internacional y con distintos planes de suscripción adaptados a diferentes perfiles de clientes.

Se propone una estrategia de precios diferenciada por tipo de cliente y uso, con tarifas especiales para instituciones públicas y académicas.

A nivel financiero, el software de IA se perfila como el principal motor de crecimiento, con un margen escalable que permite alcanzar rentabilidad a medio plazo, mientras que el alquiler físico garantiza ingresos inmediatos con base en la ocupación.

En marketing, se definen acciones internas para generar adopción del personal sanitario, y externas, centradas en eventos, publicaciones científicas y demostraciones dirigidas a tomadores de decisión. Además, se sugiere una expansión internacional priorizando países hispanoamericanos con necesidades de formación especializada.

CONCLUSIONES

El desarrollo de una estrategia integral que combine activos físicos y digitales permite transformar una unidad de simulación tradicional en un centro sostenible, innovador y con proyección internacional. El modelo propuesto demuestra viabilidad operativa y financiera, y puede ser replicado en otros hospitales de alta complejidad que busquen consolidarse como referentes en formación médica. La clave del éxito radica en la diversificación de ingresos, la orientación a la demanda real del sector sanitario y la adopción de herramientas tecnológicas accesibles que permitan la mejora continua basada en datos.

504 BENCHMARKING EN EL USO DE SIMULACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA: NUEVAS TECNOLOGÍAS DE SIMULACIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO

Pérez-Arechaederra, D¹; Cuchí Alfaro, M²; Palimar Laxmish, S²; Ferrier, V¹; Pazos, L²; Ballesteros Ortega, D²

¹ ESCP Business School; ² Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta esencial en la educación médica moderna, permitiendo la adquisición segura y eficaz de competencias técnicas y no técnicas. Contando con la inversión realizada en los últimos años en tecnologías de simulación, sería interesante saber cuáles son las tendencias de la industria y el estado actual de su implementación en nuestro país.

OBJETIVO

Analizar las tendencias actuales del mercado de la simulación clínica y la salud digital, su marco regulatorio en Europa, y los desafíos y oportunidades que enfrentan los centros hospitalarios y académicos en su implementación.

MATERIAL

Se desarrolló una revisión de literatura técnica, normativa y de mercado a nivel europeo y nacional. Asimismo, se aplicó un análisis comparativo entre hospitales líderes en simulación clínica en España, considerando diferentes factores tales como su infraestructura, nivel tecnológico, alianzas estratégicas y estructuras organizativas.

RESULTADOS

El mercado global de la simulación sanitaria muestra un crecimiento sostenido impulsado por la integración de tecnologías como realidad virtual (RV), realidad mixta (RM) e inteligencia artificial (IA). Estas herramientas permiten entrenamientos personalizados y análisis en tiempo real del desempeño clínico. En España, se observa una expansión significativa de centros de simulación en instituciones públicas y privadas, impulsada por demandas regulatorias y académicas. Sin embargo, persisten barreras estructurales como limitaciones de espacio, falta de personal especializado y ausencia de modelos de gestión estandarizados.

CONCLUSIONES

La simulación clínica representa una oportunidad estratégica para transformar la formación sanitaria. Su adecuada implementación, apoyada por marcos normativos claros y tecnologías emergentes, puede contribuir de forma significativa a la mejora de los sistemas de salud, elevando la calidad, la seguridad y la eficiencia en la atención médica.

5 "OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA".

Ruiz Tunon, C¹; Ruiz Alonso, S¹; Estévez Muñoz, JC²; Ruiz Tuñón, C²; Cerdeño Arconada, JD³; Herrera Municio, P²; Pascual Sánchez, S²

¹ Sermas; ² Gerencia Atención Primaria. Sermas; ³ Unidad de Continuidad Asistencial SERMAS

INTRODUCCIÓN

La Hidradenitis Supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta al 1% de la población y, debido a su diagnóstico tardío, los pacientes suelen presentar complicaciones graves. Se caracteriza por la formación de abscesos, nódulos y fistulas en áreas como axilas, ingles y región perianal. Impacta profundamente en la calidad de vida de los pacientes y genera elevados costes debido a múltiples visitas médicas y hospitalizaciones. La clave para evitar complicaciones y reducir gastos es el diagnóstico precoz, ya que los retrasos en el mismo empeoran las secuelas físicas y emocionales del paciente. En la actualidad, la atención prestada es insuficiente, y aunque el uso de terapias biológicas se ha incrementado, muchos pacientes aún carecen de tratamiento adecuado. Es fundamental mejorar el proceso asistencial y trabajar conjuntamente entre niveles asistenciales.

OBJETIVO

Optimizar el proceso asistencial entre los servicios de Dermatología y Atención primaria (AP) para la detección y derivación precoz de los pacientes con HS, poniendo en marcha una solución digital específica para la derivación y un plan formativo que permita conseguirlo.

MATERIAL

Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de dermatología, AP y sistemas de información del servicio de salud para analizar las áreas de mejoras de la ruta asistencial y consensuar criterios clínicos comunes de diagnóstico, derivación, manejo y tratamiento, así como la definición de indicadores de seguimiento que permitirán calcular el impacto de las medidas tomadas. Llegado a este consenso, se crearon grupos de trabajo por área sanitaria participante con el fin de personalizar el proyecto en cada una de ellas. Se desarrolló una prestación digital específica de la patología en el sistema informático de AP dotada de un formulario específico, con el fin de agilizar la derivación de estos pacientes a los responsables clínicos de HS de los servicios de dermatología y reducir a su vez la lista de espera. En paralelo, se está trabajando en la creación de un plan de formación continuada, buscando incrementar el conocimiento de la patología, un mayor compromiso en la identificación de pacientes con HS, en ambos niveles asistenciales y en el uso de métodos diagnósticos complementarios como la ecografía para evaluar la localización exacta, el tipo de lesión cutánea, su extensión anatómica y el grado de actividad inflamatoria. Ayuda a descubrir lesiones subclínicas no identificables en la exploración física general y llegar antes a una aproximación diagnóstica y estadiaje más preciso y rápido. Requiere implementar programas de autoformación en el manejo de la técnica.

RESULTADOS

Beneficios esperados:

- **Aumentar diagnóstico de los pacientes con HS:** En los primeros datos basales confirmamos que tenemos infradiagnóstico, representando a un 0,1% de la población cuando la prevalencia nacional se estima entre 1-2%.
- **Reducción de costes:** Disminución de hospitalizaciones y tratamientos costosos mediante la prevención y el manejo proactivo.
- Con la utilización de la Ecografía:
 - **Reducción de tiempo hasta diagnóstico.**
 - Aumento de confirmaciones diagnósticas.

Con la puesta en marcha de la solución digital (formulario específico y envío de imágenes) se pretende **que el dermatólogo pueda hacer una primera valoración antes de 72 h.** y si precisa seguimiento hospitalario, se gestione directamente con el paciente.

CONCLUSIONES

Con el proyecto buscamos optimizar el diagnóstico y derivación de los pacientes con Hidradenitis supurativa, reduciendo el tiempo de diagnóstico, agilizando la derivación desde Atención primaria a Dermatología, reduciendo el tiempo en la toma de decisiones clínicas y acortando listas de espera.

La coordinación entre niveles asistenciales es clave para optimizar el circuito de esta patología y las soluciones digitales nos permiten ofrecer equidad en toda la comunidad autónoma de una forma estandarizada, ordenada y permitiéndonos medir el impacto de las soluciones implementadas.

9 ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA: TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA HUMANIZACIÓN Y LA EFICIENCIA

Lopera Moreno, A¹; Segura Ruiz, R¹; Castro Ruiz, MJ¹; López López, D¹; García Martínez, E¹; Roldán Romero, E¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN

En los hospitales de tercer nivel, la accesibilidad de los pacientes y sus familiares a las secretarías de las distintas unidades asistenciales es un factor clave para garantizar una atención eficiente y humanizada. Sin embargo, diversas barreras han dificultado este acceso, generando obstáculos en la gestión de trámites esenciales

OBJETIVO

Con el objetivo de mejorar esta situación, la Comisión de Humanización llevó a cabo un análisis integral para evaluar las deficiencias existentes y promover soluciones efectivas.

MATERIAL

Se implementó un enfoque metodológico en dos etapas. Primero, desde la Dirección del centro hospitalario, se solicitó a cada unidad la formulación de un protocolo de accesibilidad para sus respectivas secretarías. Luego, se desarrolló una herramienta de auditoría destinada a evaluar el grado de cumplimiento de los estándares establecidos en dichos protocolos.

- Se realizó una revisión exhaustiva de los protocolos propuestos, con el fin de unificar criterios y garantizar su aplicabilidad en todas las unidades.
- Se aplicó la herramienta de auditoría en cada secretaría, permitiendo analizar el nivel de adherencia a los lineamientos establecidos.
- Se organizaron sesiones de reflexión con el personal administrativo y clínico para sensibilizarlos sobre la importancia de la accesibilidad en la experiencia del paciente.

RESULTADOS

- Se identificaron variaciones significativas en la implementación de los protocolos entre unidades, lo que destacó la necesidad de estandarizar los procedimientos.
- La auditoría reveló deficiencias en la visibilidad de la información, los canales de comunicación y la eficiencia en los tiempos de respuesta.
- Se observó un cambio positivo en la actitud del personal, con una mayor disposición a mejorar sus prácticas en favor de los pacientes.
- Como consecuencia, los pacientes y sus familias experimentaron una notable mejora en la facilidad para gestionar trámites administrativos, optimizando su experiencia hospitalaria.

CONCLUSIONES

La implementación de protocolos de accesibilidad, combinada con una evaluación sistemática de su cumplimiento, ha permitido generar conciencia sobre la importancia de la humanización en la atención hospitalaria.

La estandarización de procesos administrativos y la realización de auditorías periódicas son estrategias esenciales para consolidar un sistema accesible y eficiente.

Se recomienda continuar con programas de formación y sensibilización para el personal sanitario, con el propósito de fortalecer la accesibilidad como un pilar fundamental en la humanización de la atención sanitaria.

12 ACOMPAÑAMIENTO 24/7 PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A CUIDADORES DE PACIENTES EN SEDACIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA

Sala Moliné,¹; Pastor Asperó, MC¹; Pascuet Gonfaus, M¹; Boix Gravalosa, I¹; Boumsahi Ouhaï, N¹

¹ Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa

INTRODUCCIÓN

La atención a los pacientes en situación terminal es cada día un asunto de mayor importancia para el sistema sanitario y para la sociedad. El trabajo en cuidados paliativos (CP) requiere una formación continua para ofrecer una asistencia integral a la unidad paciente familia y nos invita a reflexionar sobre nuestras creencias, actitudes y miedos ante la muerte.

El Programa de Atención Domiciliaria de Equipos de Soporte (PADES) implementado en Cataluña es un recurso de ámbito domiciliario que da soporte social y sanitario a personas con enfermedad paliativa, entre otras. Este recurso está formado por equipos interdisciplinarios de profesionales especializados formados por graduados en medicina, enfermería, trabajo social y psicología. El equipo se responsabiliza de que el paciente reciba en todo momento la asistencia que precisa y en el lugar adecuado.

OBJETIVO

El objetivo principal es implementar un servicio de acompañamiento telefónico 24h / 7 días para mejorar la atención, orientación y apoyo emocional a cuidadores de pacientes en sedación paliativa domiciliaria.

Los objetivos específicos son:

- Proporcionar información y asesoramiento técnico sobre el manejo de síntomas y administración de medicación en pacientes en sedación paliativa.
- Ofrecer apoyo emocional a los cuidadores ayudándolos a afrontar el proceso de final de vida del paciente, reduciendo el estrés y/o carga emocional.
- Minimizar la derivación innecesaria al servicio de urgencias.
- Evaluar el impacto del servicio y la percepción de los cuidadores mediante indicadores de calidad.

MATERIAL

La población de estudio son los pacientes con enfermedad terminal avanzada en situación de últimos días (SUD), incluidos en programa PADES, junto con sus cuidadores.

El diseño del estudio es un proyecto de intervención con evaluación cuantitativa y cualitativa en el ámbito de atención domiciliaria, a través del contacto telefónico.

Los indicadores de evaluación cuantitativa:

- Número de llamadas recibidas vs Número de llamadas atendidas.
- Número de pacientes en SUD Vs. Número de consultas telefónicas realizadas.
- Número de pacientes en SUD Vs. Número de consultas atendidas en el servicio de urgencias.
- Número de consultas técnicas VS. Número de consultas que precisen apoyo emocional.

Los indicadores de evaluación cualitativa:

- Tiempo dedicado a la atención del cuidador.
- Encuestas de satisfacción dirigidas a los cuidadores.
- Entrevistas para explorar la percepción del servicio.

RESULTADOS

Los resultados esperados son:

- Control del estrés y sobrecarga del cuidador.
- Garantizar la calidad de la atención domiciliaria.
- Asegurar la confianza y seguridad del cuidador en el manejo del paciente en sedación.
- Facilitar la accesibilidad y continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

Optimizar los recursos en atención paliativa domiciliaria mediante la ampliación del horario de acceso telefónico, lo cual permite que la enfermera de la unidad de hospitalización de pacientes de CP brinde apoyo continuo a los cuidadores.

La implementación de un servicio de atención telefónica 24/7 a cuidadores de pacientes terminales en domicilio contribuye a reducir las visitas y traslados innecesarios al servicio de urgencias, favoreciendo la permanencia y el fallecimiento en el hogar, al tiempo que disminuye la ansiedad y las preocupaciones del cuidador principal.

Al proporcionar un recurso accesible y de apoyo continuo, se da respuesta a una de las principales preocupaciones de los cuidadores y se contribuye a que los pacientes puedan permanecer en su entorno familiar hasta el final.

15 ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS CUESTIONARIOS EORTC AL CATALÁN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Giménez, E¹; Galán, G¹; Oliver-Seguí, A¹; Martínez, A¹; Far, M¹; Benavente, S¹

¹ Hospital Universitari Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

Los hospitales dirigidos a la atención basada en valor utilizan crecientemente los cuestionarios de calidad de vida para la práctica clínica habitual. La adaptación cultural siguiendo los principios ISPOR son una guía para este proceso.

OBJETIVO

Describir como se realizó la adaptación cultural de 8 de los cuestionarios de la European Organisation For Research and Treatment of Cancer (EORTC) castellano español al catalán en un hospital terciario catalán.

MATERIAL

Se solicitó a EORTC los métodos y circuito a aplicar incluyendo la involucración de profesionales asistenciales de enfermería, médicos, quirúrgicos y radioterapia según el caso de las correspondientes especialidades y del equipo especializado en cuestionarios en salud de Sistemas de Información del hospital. Ello incluye la traducción y consenso, la retro-traducción y segundo consenso, el reporte hacia EORTC y crítica y validación por su parte, la validación cognitiva con pacientes, el reporte hacia EORTC y su crítica y validación final. Estas validaciones incluían guardar coherencia con los cuestionarios ya adaptados culturalmente. Todos los profesionales y pacientes involucrados eran nativos bilingües. Los únicos cuestionarios disponibles en catalán eran el orientado al cáncer de próstata y el general, y se validó los cuestionarios de cáncer de mama de 23 ítems (no el de 45), de pulmón de 13 y 29 ítems, de cabeza y cuello de 35 y 43 ítems, y los disponibles únicos de cáncer de cérvix, endometrio y el dirigido a pacientes ancianos. Los cuestionarios orientados al paciente con cáncer colorectal y ovario están en proceso de adaptación cultural.

RESULTADOS

Las adaptaciones culturales fueron cada vez más ágiles porque el canal de comunicación con EORTC y sus expectativas e inquietudes eran cada vez más conocidas por el equipo especializado en cuestionarios de Sistemas de Información. La experiencia no fue diferente según tipo de profesional asistencial involucrado. El primer consenso fue la fase principal con discrepancias comparado con la retro-traducción. Las discusiones se basaron habitualmente en palabras concretas y su significado en la pregunta; por ejemplo, sentir, tener o sufrir un síntoma, o la utilización de la palabra pecho o mama según el ítem, siempre pensando que el cuestionario va dirigido a pacientes. La fase cognitiva llegó a la saturación de información siempre con pocos pacientes (<5-10). La aportación principal fueron cambios mínimos ortográficos. En pocos casos los profesionales o pacientes hicieron sugerencias que no se pudieron cambiar porque planteaban el cambio o la supresión de un ítem, ya que algunos ítems resultaban decepcionantes o molestos (ejemplo: asociados a sexualidad). EORTC, salvo excepción y para salvar la coherencia histórica de sus cuestionarios, no suele aceptar estos cambios, si bien los registra y acumula conocimiento para cuando se crean nuevos cuestionarios.

CONCLUSIONES

Los ocho cuestionarios están disponibles en los dos idiomas para la práctica clínica habitual lo que permite una gestión centrada en la diversidad del paciente. La inclusión de los profesionales en esta formalización implica una cultura científica en los centros, así como incrementa las opciones de los equipos de sentirse partícipes de la transformación cultural ligada al uso de cuestionarios en consulta.

24 ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN EN LA CONFIGURACIÓN DE LA COMPRA DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES DE ADALIMUMAB DESDE UN ÓRGANO DE CONTRATACIÓN PÚBLICO REGIONAL DURANTE EL PERÍODO 2014-2024

García Lorenzo, A¹; García-López, V¹; Guiu-segura, JM¹; Moratalla-Rolanía, A¹; Hors-Comadira, P¹

¹ Consorci de Salut i Social de Catalunya

INTRODUCCIÓN

En Europa, los hospitales públicos suelen adquirir productos biológicos y biosimilares que ya no cuentan con patentes mediante procedimientos de licitación. Factores como la cantidad de competidores de biosimilares y las estrategias de precios de las empresas originales pueden influir significativamente en la competencia de precios y la aceptación de los biosimilares. Los fármacos anti-TNF alfa como adalimumab son un caso relevante para su análisis dentro de un órgano de contratación público regional.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar los procedimientos de licitación, los consumos y la dinámica de precios del medicamento adalimumab durante el período de 2014 a 2024.

MATERIAL

Se realizó un análisis retrospectivo basado en los datos de licitación incluyendo los precios publicados del medicamento de referencia y biosimilares del medicamento adalimumab durante el período indicado para las presentaciones farmacéuticas comercializadas de las dosis de 20, 40 y 80 mg. Los datos de licitación sobre el biosimilar y el medicamento de referencia de adalimumab de 2014 a 2024 se obtuvieron de la base de datos interna del órgano de contratación público regional. Para el análisis de la evolución de los precios se han tenido en cuenta los precios máximos de licitación de los acuerdos marco por procedimiento abierto. Los datos clínicos y terapéuticos adicionales se obtuvieron de bases de datos oficiales de salud.

Resultados:

Durante el periodo 2014-2024 se publicaron ocho licitaciones para adalimumab: seis como acuerdo marco abierto (75%), una por procedimiento negociado de exclusividad (25%) y un contrato específico de sistema dinámico de adquisición (25%). Estos procedimientos tuvieron una vigencia inicial media de 11,25 meses (± 2 meses) con un promedio de duración de las prórrogas de 26 meses (± 11 meses). El presupuesto base de licitación (PBL) promedio de 46.804.391€ (mínimo: 4.762.248,50€; máximo: 170.910.425,26€). La participación de las empresas se situó en un rango de 1-6 en los distintos concursos del período. El número más elevado de ofertas para el periodo 2014-24 fue para la dosis de 40 mg (jeringa y pluma precargada) sumando un total de 38 vs 2 para la dosis de 20 mg jeringa precargada. En relación con los precios, en el año 2014 la dosis de 40 mg en las presentaciones de jeringa y pluma precargada y el vial se licitó a un precio máximo/unidad de 509€; en 2019, con los biosimilares en el mercado, la dosis de 40 mg jeringa precargada el precio unitario máximo de licitación fue de 448€ (-12% vs 2014) y 457€ para la dosis 40 mg pluma precargada (-10% vs 2014) y 896€ para la dosis de 80 mg en pluma y jeringa precargada para el medicamento de referencia; en 2021, la dosis de 40 mg (jeringa y pluma precargada) se licitó a un precio máximo de 70€ (-86% vs 2014), la dosis de 80 mg (pluma y jeringa precargada) ascendió a 280€ (-69% vs 2019); en 2024, la dosis de 40 mg en jeringa y pluma precargada se licitó a un precio máximo unitario de 50€ (-90% vs 2014) mientras que la dosis 80 mg pluma precargada el importe máximo fue de 150€ (-83% vs 2019). El 90% de las licitaciones analizadas entre 2014-2024 incluyeron criterios MEAT (oferta económicamente más ventajosa) de calidad, trazabilidad y sostenibilidad ambiental y social.

CONCLUSIONES

Entre 2014 y 2024, la estrategia de adquisición de adalimumab se diseñó de acuerdo con la dinámica del mercado, haciendo hincapié en las reducciones de precios de licitación debido a los biosimilares. Para el periodo indicado, se estimó un ahorro para la dosis de 20 mg de 65%, para 40 mg le correspondería un 80,6% y para 80 mg, el 76%. El 90% de las licitaciones incluyeron criterios MEAT, priorizando la calidad, la trazabilidad y la sostenibilidad, haciendo de estos factores parte integral del proceso de adjudicación.

36 APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS CLAVES EN LA GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO HOSPITALARIA

Tabernilla Zubieta, A¹; Ortega Guerrero, N¹; Capote Zurera, S¹; Castro Palomo, E¹; Bonilla Damia, Fv; Alcalá Ruiz, M¹

¹ Hospital Universitario Virgen del Rocío -SAS

INTRODUCCIÓN

La gestión hospitalaria en la cadena de suministro enfrenta múltiples desafíos en la actualidad, desde la optimización de recursos hasta la mejora en la calidad en la prestación del servicio. Esta comunicación aborda estrategias innovadoras aplicadas en hospitales para mejorar la eficiencia operativa en la cadena de suministro y la satisfacción del servicio peticionario. La implementación de nuevos métodos y modelos de gestión han demostrado un impacto positivo en la gestión en la cadena de suministro hospitalaria, siendo Proyecto Integral de Demanda Estructurada (PIDE) una herramienta clave para la optimización del proceso trabajando con una filosofía de mejora continua sobre la aplicación y los distintos procesos que en ella se contienen.

OBJETIVO

Disminución en la pérdida de información centralizando la gestión de la cadena de suministro de almacenes.

Adquirir y proporcionar recomendaciones prácticas para la mejora continua.

Mejora de la eficiencia en el proceso de centralización en la gestión de la cadena de suministro del propio hospital.

Fomentar nuevas ideas que allanen el camino a la propagación de iniciativas de mejora que tengan impacto directo en la calidad de la prestación del servicio en la gestión hospitalaria.

MATERIAL

El Proyecto Integral de Demanda Estructurada (PIDE) es un gestor genérico de peticiones que atiende a las necesidades del personal que compone el servicio sanitario de una determinada provincia.

La herramienta Proyecto Integral de Demanda Estructurada (PIDE) permite generar y gestionar formularios de solicitud de los distintos procesos, valiéndose de un control dinámico por estados.

Para este proceso, la herramienta cuenta con una segmentación por perfiles y roles, los cuales van a permitir la intervención de las distintas personas partícipes del proceso, siendo su objetivo sistematizar y facilitar el proceso.

Con este método se consigue una mayor transparencia en todas las etapas, un mayor control, aumento de la productividad y reducción de aquellos procesos que no aportan valor añadido.

RESULTADOS

- Incremento en la eficiencia operativa de las solicitudes recibidas.
- Mejora en la calidad del servicio y en la rapidez en dar respuesta al solicitante.
- Optimización de recursos propios del hospital.
- Digitalización e innovación en salud.
- Agilización sistemática de la burocracia sanitaria.
- Automatización de procesos y generación de evidencias para un correcto seguimiento de estos.

CONCLUSIONES

Las estrategias innovadoras en la gestión hospitalaria son clave para enfrentar los desafíos actuales en la gestión en la cadena de suministro de almacenes. La inclusión de aplicaciones tecnológicas y enfoques centrados en la optimización pueden marcar una diferencia significativa en la calidad y eficiencia en los hospitales.

48 AUTOCUIDADOS Y TELEMONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO INTEGRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Martín Sánchez, EM¹; Valencia Matos, R¹; Garrucho Moreno, J¹; Sánchez Díaz, A¹; Ortega Jiménez, VM¹

¹ Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

El paradigma clínico dominante se caracteriza por la existencia, cada vez mayor, de pacientes con edad avanzada en los que se van acumulando problemas de salud crónicos. En este contexto, se hace necesario que los modelos sanitarios sean capaces de prestar una asistencia ubicua, personalizada y proactiva con papel activo del paciente junto a sus cuidadores. Los sistemas de información asistenciales pueden y deben ser herramientas fundamentales, como motores para lograr ese cambio.

OBJETIVO

Contar de forma real con el paciente y sus cuidadores como parte activa de los equipos de atención, fomentando los autocuidados e incluyendo los registros que hacen éstos en la historia clínica electrónica, para que los profesionales puedan tomar decisiones y centrarse en los pacientes que más lo necesitan.

MATERIAL

1. Indicación/activación del autoseguimiento o la telemonitorización.

Para activar el autoseguimiento es necesario que el profesional valore la pertinencia y la capacidad para realizarlo con o sin ayuda de sus cuidadores. El plan de autocuidados debe consensuarse con el paciente ya que se trata de tareas que debe hacer él en casa para contribuir a mejorar su estado de salud.

2. Autoseguimientos en ClicSalud+, el portal del paciente del servicio sanitario.

En ClicSalud+, el paciente crónico con autoseguimiento activo tiene el plan de cuidados pactado con sus profesionales.

Por un lado, el paciente se encuentra con las tareas de autocuidados. De entrada, ve las tareas previstas para el día y hora actual, con la posibilidad de consultar, pero no registrar, las pasadas (incluyendo la información registrada) y las futuras para ver las tareas que están por llegar.

Estas tareas de paciente incluyen mediciones como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno, la glucemia y el peso, y que pueden programarse en distintos momentos del día, y formularios de autoseguimiento diseñados para detectar síntomas y signos de descompensación precoz.

El paciente también puede hacer registros de mediciones y formularios fuera de lo programado en el plan de cuidados.

Los registros de los pacientes se incorporan a su historia clínica y generan notificaciones y recomendaciones de cómo deben actuar, y alertas o alarmas a los profesionales, incluidos los profesionales de Emergencias Sanitarias en el caso de las alarmas para actuar sin demora.

Por último, se incorpora una funcionalidad de mensajería entre profesionales y pacientes.

3. Telemonitorización.

La "Telemonitorización" consiste en poner a disposición de los pacientes crónicos complejos un kit de dispositivos (bascula, tensiómetros y pulsioxímetro) para que los datos de las constantes obtenidos se registren directamente en la historia del paciente. En esta modalidad de telemonitorización también se generan notificaciones a los pacientes y alertas o alarmas a los profesionales si los registros están fuera de los valores considerados normales para cada paciente de forma personalizada.

RESULTADOS

Los autoseguimientos y la telemonitorización de pacientes crónicos complejos en nuestra comunidad están en su fase inicial de arranque lo que no ha permitido realizar aún ninguna valoración de resultados. Se pretende aumentar la calidad de vida y evitar ingresos y reingresos hospitalarios de forma eficiente permitiendo a los profesionales situarse, por fin, alrededor de un paciente activo, y adecuando la intensidad de cuidados a las necesidades reales de los pacientes.

CONCLUSIONES

La mayor barrera es la brecha digital que afecta a los pacientes diana del proyecto, pacientes mayores generalmente, debiéndose apostar por la capacitación digital del paciente y el apoyo inicial en cuidadores con capacidades digitales.

La protección de datos en salud debe ser de nivel de seguridad alto siendo otra barrera significativa encontrada en el arranque.

49 AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CITAS HOSPITALARIAS, PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS, MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE UN ROBOT DE LLAMADAS.

Plaza Ochoa, M¹; Abad González, A¹; García Romero, A¹

¹ Hospital Universitario del Sureste

INTRODUCCIÓN

La gestión de citas hospitalarias es un proceso complejo que requiere eficiencia para reducir inasistencias y mejorar la comunicación con los pacientes. Hasta el momento, la notificación de citas se realizaba a través de correo postal y, en caso de urgencia, mediante llamadas manuales realizadas por el personal administrativo. Esto limitaba la capacidad de trabajo, ya que un administrativo solo podía gestionar un número reducido de llamadas al día. En este contexto, el hospital ha desarrollado una solución integral que automatiza la notificación de citas médicas mediante una aplicación propia con una API que integra tanto los sistemas de información hospitalaria (HCE) como un robot de llamadas adquirido externamente. Este sistema permite informar a los pacientes sobre la creación, modificación y cancelación de citas, así como recordarles sus citas próximas, asegurando una comunicación efectiva y reduciendo la carga administrativa.

OBJETIVO

- Diseñar un proceso eficiente de notificación de citas hospitalarias mediante la integración de sistemas digitales.
- Reducir la tasa de inasistencias y mejorar la planificación de recursos.
- Minimizar la carga de trabajo del personal administrativo en la gestión de citas.
- Implementar un sistema capaz de interactuar con los pacientes y registrar sus respuestas de manera estructurada.

MATERIAL

El hospital ha desarrollado una aplicación con una API que permite la comunicación entre el sistema de gestión de citas (Selene), el robot de llamadas y el personal administrativo. El proceso se estructura en dos ámbitos principales:

- 1. Notificación periódica de citas:** La aplicación extrae diariamente de Selene las citas creadas, modificadas o canceladas el día anterior. Posteriormente, el sistema gestiona la comunicación con los pacientes mediante el robot de llamadas, que realiza hasta tres intentos en distintos horarios. Durante la llamada, el sistema puede registrar hasta 60 tipos de respuestas distintas.
- 2. Reprogramación urgente de citas:** En casos de cambios de agenda con poca antelación, el personal administrativo puede, a través de la aplicación, lanzar una llamada automática a los pacientes afectados, agilizando la gestión y reduciendo el impacto en la atención.

Todas las respuestas obtenidas se registran en la aplicación, lo que permite a las administrativas gestionar los cambios solicitados por los pacientes, generar nuevas llamadas automáticas o contactar manualmente cuando sea necesario. Esta integración asegura un control centralizado y una mejor trazabilidad de las interacciones con los pacientes.

RESULTADOS

Desde su implementación, el sistema ha permitido:

- Un aumento significativo en la tasa de confirmación de citas.
- Reducción en el número de inasistencias, optimizando la ocupación de las consultas.
- Disminución de la carga de trabajo del personal administrativo, liberando tiempo para otras tareas esenciales.
- Mayor satisfacción de los pacientes al recibir recordatorios y opciones para gestionar sus citas de manera más flexible.

CONCLUSIONES

La implantación de este sistema ha demostrado ser una solución eficiente y efectiva para la gestión de citas hospitalarias. La automatización del proceso, mediante la integración de la API con los sistemas de información hospitalaria y el robot de llamadas, ha mejorado la comunicación con los pacientes, reducido la carga administrativa y optimizado la organización de los recursos hospitalarios. Este sistema representa un avance significativo en la digitalización de la sanidad y sienta las bases para futuras mejoras en la gestión automatizada de la atención al paciente.

51 AUTOMATIZACIÓN Y GESTIÓN POR VALOR EN ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA: EFICIENCIA, SEGURIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Díaz, V¹; Díaz Ruipérez, V¹; Carrasco Benitez, P¹; Díaz Pedregal, FA¹; Pérez López, B¹

¹ G.A.I. Guadalajara- SESCOAM

INTRODUCCIÓN

La central de esterilización desempeña un papel crucial en la garantía de la seguridad quirúrgica y la optimización de los recursos hospitalarios. La transición de un modelo de gestión manual a un enfoque basado en la gestión por valor y la automatización ha permitido mejorar la eficiencia operativa, minimizar errores y optimizar la trazabilidad de los procesos. Este estudio analiza los efectos de dicha transformación en la gestión de costes, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del hospital.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de un modelo de gestión por valor en la central de esterilización mediante la automatización de procesos, la optimización del flujo de trabajo y la mejora en la gestión de inventarios y costes hospitalarios.

MATERIAL

Se ha realizado un estudio comparativo retrospectivo sobre los procesos de esterilización en los periodos 2022 (modelo manual), 2023 (transición de modelo) y 2024 (modelo automatizado). Se analizaron tres áreas clave:

- **Eficiencia operativa:** Medición de tiempos de inactividad, reducción de re-trabajos y optimización de flujos de trabajo.
- **Calidad del proceso:** Evaluación de la trazabilidad del instrumental, disminución de errores en la esterilización y mejora en la seguridad del paciente.
- **Gestión económica:** Análisis de la redistribución de costes, optimización del inventario y su impacto en la sostenibilidad financiera del hospital.

RESULTADOS

Eficiencia operativa: La automatización ha permitido la integración de sistemas de gestión en tiempo real, asegurando la disponibilidad del material y reduciendo los tiempos de inactividad.

Calidad del proceso: La implementación de sistemas automatizados de trazabilidad ha garantizado el cumplimiento de los protocolos de esterilización, minimizando la variabilidad del proceso y mejorando la seguridad del paciente.

Gestión económica: Si bien el incremento de la actividad quirúrgica ha supuesto una mayor inversión en material, la automatización ha mejorado el control del gasto, permitiendo una gestión más eficiente de los recursos y una planificación optimizada.

CONCLUSIONES

La implementación de un modelo de gestión por valor en la central de esterilización ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la eficiencia operativa, garantizar la calidad del servicio y optimizar la gestión de costes. La automatización ha permitido una mejor planificación de los recursos, una reducción en la variabilidad del proceso y una mayor fiabilidad en la trazabilidad del instrumental. Aunque el impacto económico a corto plazo no es cuantificable debido al incremento en la actividad quirúrgica, el nuevo modelo permite un control más preciso y una gestión hospitalaria sostenible a largo plazo.

56 CANALIZACIÓN INTERHOSPITALARIA DE PACIENTES A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (SELENE) EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Jiménez Molina, JL¹; Jiménez Palma, JA¹; García Gambín, F¹; Miranda López, C¹; Hernández Martínez, L¹; Tomás Lizcano, A³

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud; ²Hospital Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

Históricamente, las solicitudes interhospitalarias de citación en consultas o de ingreso de los pacientes del Servicio Murciano de Salud se realizaba mediante la cumplimentación en papel del denominado Modelo I. En este impreso, además de los datos de identificación del paciente y del facultativo y servicio solicitante, se indicaba el Servicio clínico de destino, la prestación solicitada y la prioridad clínica. Esta solicitud se acompañaba de un informe clínico del paciente.

Desde el 15 de enero de 2024 se ha establecido un circuito de derivación interhospitalaria que elimina la solicitud y documentación en papel y lo realiza a través de la Historia Clínica electrónica (SELENE), concretamente a través del denominado módulo de Canalizaciones.

OBJETIVO

El objetivo de este nuevo módulo de canalizaciones de pacientes es evitar el envío de documentación e informes en formato papel e incluirlo en la propia historia clínica del paciente.

Con este nuevo formato se asegura la transmisión correcta de todos los datos de filiación y clínicos del paciente y se garantiza la trazabilidad de las derivaciones de pacientes entre los distintos hospitales.

MATERIAL

Desde el 15 de Enero de 2024 se ha establecido un circuito de derivación interhospitalaria que elimina la solicitud y documentación en papel y lo realiza a través de la Historia Clínica electrónica (SELENE), concretamente a través del denominado módulo de Canalizaciones.

En la historia clínica se ha habilitado una "pestaña" de gestión interhospitalaria de pacientes denominada Canalizaciones (figura 1). A través de este apartado de la historia se solicitan todas las posibles prestaciones que precise el paciente. A las solicitudes anteriores se le puede adjuntar cualquier Informe clínico, o resultados de pruebas u otras exploraciones complementarias realizadas al paciente.

A partir de la aceptación de dicha canalización, todos los datos de filiación y clínicos del paciente están disponibles en el hospital de destino, recibándose de forma diferenciada según se trate de actividad ambulatoria, hospitalización o pruebas diagnósticas.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha del módulo de canalizaciones se han realizado un total de **7782** derivaciones, de las que **781** han sido para hospitalizaciones de pacientes en otros centros y el resto son solicitudes de pruebas diagnósticas y otros procesos. La distribución de derivaciones de hospitalización aparece en la Tabla 1.

Servicio Destino	Nº
CONSULTAS	743
HOSPITALIZACION	781
PETICION	24
PROCESOS FACTURABLES	5829
PRUEBAS	405
Total	7782



CONCLUSIONES

La creación del módulo de Canalizaciones en la historia clínica electrónica ha supuesto una mejora significativa en la derivación interhospitalaria de pacientes. Entre los aspectos más relevantes que aporta se encuentra la inmediatez de transmisión de la información, la seguridad y la trazabilidad de las derivaciones. Otro aspecto importante es la disponibilidad y posibilidad de búsqueda de expedientes antiguos, siempre en el entorno de la historia clínica del paciente.

La implantación del módulo de canalizaciones permite conocer el estado de todas las peticiones realizadas a otros centros, dentro y fuera del sistema, realizar un seguimiento y control de estas, evitar duplicidades y generar indicadores estadísticos para su posterior y evaluación.

59 CARPETA COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, REHABILITACIÓN, RAQUIS, Y LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Magaña Orta, S¹; Magaña Orta, S²; Soto Arriazu, R²; Gómez Ochoa, I²; Sanz Gálvez, M¹; Urmeneta Aguilar, S²

¹ Servicio Navarro de Salud; ² Hospital Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

El Área de Salud de Tudela (Navarra) cuenta con un hospital de referencia que es el Hospital Reina Sofía, y siete Zonas Básicas de Salud con el correspondiente centro de salud y consultorios adscritos a cada una de dichas zonas. En cada uno de los centros de salud, se ha abierto una unidad periférica de rehabilitación, cumpliendo así con los objetivos establecidos en el Plan de Mejora de la Capacidad Funcional del SNS-O. Existe un gimnasio de fisioterapia en cada centro de Salud.

En el SNS-O, se creó recientemente un grupo de trabajo multidisciplinar que elaboró unos criterios de derivación directa desde Atención primaria a fisioterapia individual y grupal.

De esta manera, los médicos/as de familia, hacen derivaciones directas a Fisioterapia, citando directamente a estos pacientes en las agendas de Atención Primaria destinadas a esta especialidad.

OBJETIVO

Implementar una línea de trabajo innovadora de revisión de derivaciones de los médicos de familia cuyo objetivo es acelerar la citación y rebajar el número de pacientes en lista de espera, con el consiguiente beneficio para el paciente.

Se pretende lograr un abordaje multidisciplinar entre los equipos de Atención Primaria, la Sección de Rehabilitación y el Servicio de Admisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Por parte de soporte informático, se ha creado una carpeta compartida entre el servicio de Rehabilitación, la Subdirección de Atención primaria del área y los jefes administrativos de las siete zonas básicas. En esta carpeta compartida, los jefes administrativos introducen todas las derivaciones que hay cada día dirigidas al servicio Rehabilitación.

El equipo de profesionales implicado en el proceso de revaloración de derivaciones a Rehabilitación y Raquis ha realizado una revisión de cada volante y ha dado respuesta a cada uno de ellos de forma individualizada.

Estos volantes son revisados por el Jefe de Rehabilitación, el cual según los criterios de inclusión y exclusión de los distintos programas que actualmente están implementados en el Área de Salud de Tudela, decide si se mantienen y quedan incluidos en alguno de los programas de Fisioterapia de Atención Primaria individual o grupal o se mantiene la lista de espera de rehabilitación raquis con su reserva correspondiente y cotejando siempre que no exista ninguna duplicidad. Al finalizar la revisión, los resultados de este proceso son recibidos por el jefe administrativo de la Zona Básica correspondiente, para que haga el trámite administrativo correspondiente en cada caso. El equipo de admisión, ha trabajado y realizado una gestión eficiente de las agendas de Rehabilitación y Raquis.

Los Programas de Fisioterapia en Atención Primaria que están implantados en el Área de Salud de Tudela son los siguientes:

- Grupos de fisioterapia grupal de baja complejidad: de columna cervical, lumbar y hombro.
- Derivación a fisioterapia individual (Consulta de fisioterapia): en 8 procesos muy prevalentes y con gran capacidad de resolución con fisioterapia.

RESULTADOS

Optimizar la derivación. Se consigue reducir las derivaciones, canalizar a cada paciente al recurso más adecuado y conseguir reducir lista de espera y los tiempos de atención.

Mejorar la capacidad resolutoria en atención primaria evitando desplazamientos de los pacientes al hospital de referencia ya que son atendidos en su centro de salud.

CONCLUSIONES

La descentralización de la asistencia hospitalaria hace que se mejore la capacidad de resolución en Atención Primaria. Todo esto va asociado a una mejora de la comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria. Lleva asociado aumento de la calidad de los volantes, se optimizan los recursos y supone nuevos desafíos organizativos desde el punto de vista de la innovación.

69 COMISIÓN DE TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A EDAD ADULTA COMO GARANTÍA DE CONTINUIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL.

Fernández Ramos, JA¹; Roldán Romero, E¹; Segura Ruiz, R¹; Castro Ruiz, MJ¹; Antón Gamero, M¹; García Martínez, E¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

El cambio del entorno pediátrico al ámbito de la atención del paciente adulto supone una disrupción en la vivencia de los cuidados del adolescente con patología crónica y sus cuidadores. El riesgo de desconexión con el sistema sanitario, la ruptura de continuidad de cuidados o la repercusión psicoemocional son amenazas presentes en el paso al entorno sanitario del paciente adulto.

En este contexto, la creación de una comisión de transición (CT) se plantea como una herramienta clave para gestionar el cambio de manera ordenada y diligente, poniendo el foco en la humanización del proceso y la coordinación entre distintos niveles asistenciales. Se aborda la experiencia de la creación de la CT en un área sanitaria de referencia, hospital y distrito sanitario, en el que se han identificado oportunidades de mejora en la eficiencia y calidad asistencial.

OBJETIVO

Describir la experiencia en el inicio y desarrollo de una CT. De manera indirecta, evaluar el impacto de la elaboración de procedimientos en diferentes patologías en la accesibilidad, coordinación, humanización y eficiencia del proceso.

MATERIAL

La Dirección Asistencial estableció en primer lugar una relación de profesionales involucrados en el proceso de la transición, tanto de atención primaria como especializada. La CT se compuso inicialmente por un equipo multidisciplinar integrado por directivos, profesionales de las unidades implicadas, tanto clínicas como transversales, enfermeras gestoras de casos, enfermera escolar, trabajadores sociales, unidad de calidad y profesionales de soporte TIC.

RESULTADOS

La CT arrancó con un análisis situacional empleando como herramienta un análisis DAFO. Del mismo, se planteó y enumeró una serie de objetivos específicos de cada una de las unidades implicadas en función de las necesidades tras el análisis realizado y de los recursos existentes. Con diferentes enfoques, se presentaron las acciones más destacables a diferentes niveles:

- Organizacional: desarrollo de modelo básico que incluye los requisitos mínimos para realizar una transición adecuada, agendas multidisciplinarias orientados a pacientes crónicos complejos en diferentes especialidades, establecimiento de circuitos para urgencias, soporte de unidades transversales como radiodiagnóstico y análisis clínicos.
- Estructural: desarrollo de espacios comunes de encuentro entre pacientes, familias y profesionales sanitarios, considerando acciones dirigidas a la humanización del entorno.
- Asistencial: desarrollo de procedimientos específicos por patología, formación en la relevancia de la transición adecuada y en patologías minoritarias
- Relacional: actividades de promoción de salud, desarrollo de escuela de pacientes, interacción con asociaciones de pacientes

Se establecieron una serie de acciones concretas bajo el mismo esquema, en las que se conformaba el ámbito de actuación, profesionales implicados, responsables de la acción, un cronograma y otras claves para el desarrollo de la acción. Se plantean reuniones periódicas con el objeto de lograr una CT dinámica y activa con actualizaciones según la evidencia científica.

CONCLUSIONES

La implementación de una CT en un área de salud puede ser una estrategia efectiva para mejorar la eficiencia operativa. La integración de equipos multidisciplinarios y el análisis DAFO permitieron identificar áreas de éxito y oportunidades de mejora. El modelo de la CT puede ser exportable como estrategia de gestión, adaptándola a las particularidades del entorno y a las necesidades. Es destacable la relevancia de proporcionar formación continua y de fomentar una cultura organizacional abierta a la mejora e innovación para sostener los beneficios alcanzados a largo plazo. Esta experiencia refuerza la idea de que una CT en el ámbito de atención primaria y atención especializada, gestionada de forma estructurada y participativa, puede traducirse en mejoras sustanciales tanto en la accesibilidad, humanización como en la eficiencia del sistema sanitario.

74 COMPRA BASADA EN VALOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: UN ENFOQUE APLICADO A LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

Martínez Segura, M¹; Pérez-Ricart, A¹; Vilar Capella, M¹; Escrich Navarro, R¹; Quiñones Ribas, C²; Aulet Lucas, S¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ²Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

INTRODUCCIÓN

La compra basada en valor prioriza el impacto real de productos y servicios en la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Para maximizar su efectividad, es crucial que evolucione hacia una compra basada en la necesidad, es decir, que cualquier adquisición responda a un problema real identificado por los usuarios, garantizando que la solución tenga un impacto positivo y medible.

Este trabajo presenta un proceso estructurado aplicado en un proyecto específico, pero su metodología es replicable en otros ámbitos sanitarios, adaptándose a las necesidades reales de diferentes contextos asistenciales. Un problema crítico abordado en este proyecto son los errores de medicación, que comprometen la seguridad del paciente. El 39% de estos errores ocurren durante la prescripción, un 12% en la validación, un 11% en la distribución y un 38% durante la administración, de los cuales el 42% son evitables.

OBJETIVO

Transformar el proceso integral de gestión de la medicación para aumentar la seguridad del paciente, garantizando la trazabilidad de los medicamentos desde la prescripción hasta su administración.

MATERIAL

Se trabajó con un equipo interdisciplinar y se aplicaron metodologías como Design Thinking y Lean Six Sigma. Se realizó un análisis detallado del estado actual de los procesos de medicación con la colaboración de más de 50 profesionales sanitarios. A través de herramientas como shadowing, entrevistas y sesiones de co-creación, se identificaron ineficiencias y oportunidades de mejora, involucrando a todos los actores clave del proceso.

Un aspecto clave del proyecto fue la identificación de los stakeholders implicados en la gestión de la medicación, asegurando su participación desde el inicio. Paralelamente, se llevó a cabo una prospección de mercado con la creación de una Consulta Preliminar al Mercado (CPM), formulando preguntas clave para evaluar la capacidad de las empresas de ofrecer soluciones adaptadas. Se identificaron limitaciones tecnológicas y organizativas existentes, diseñando una estrategia de compra innovadora basada en necesidades reales.

RESULTADOS

- Identificación de más de 130 ineficiencias en los procesos de medicación.
- Desarrollo de experimentos para validar con datos el estado futuro.
- Diseño de un proceso de licitación innovador basado en pago por resultados y en la continua innovación y desarrollo de los equipos.
- Implementación de un modelo de licitación dividido en tres lotes independientes, incentivando a las empresas a crear alianzas y colaboraciones.
- Participación del usuario real en la valoración de la muestra.
- Creación de un marco de riesgo compartido basado en indicadores de desempeño.
- Aplicación de estrategias de gestión del cambio para la adopción efectiva del nuevo modelo por parte del personal sanitario.
- Implementación con éxito y cumplimiento de los objetivos e indicadores definidos.

CONCLUSIONES

Este proyecto demuestra que un enfoque basado en necesidades reales permite diseñar procesos de compra innovadores que garantizan la aportación de valor. Es fundamental evitar replicar modelos preexistentes sin un análisis previo, asegurando que la solución se ajuste a las necesidades específicas del hospital. Además, la planificación debe anticipar futuros desafíos, evitando soluciones que impliquen procesos innecesarios.

Otro pilar clave ha sido el empoderamiento y formación de los profesionales, asegurando que las decisiones se basen en datos reales y observaciones directas. La validación mediante experimentos y observación en campo ha sido esencial para garantizar la efectividad de las soluciones. La combinación de metodologías de análisis de procesos, prospección de mercado detallada y una estrategia de compra innovadora ha permitido desarrollar soluciones adaptadas a las necesidades hospitalarias. Incorporar la compra basada en valor para dar solución y cubrir necesidades reales del proceso del medicamento ha permitido llevar a cabo la transformación del proyecto del medicamento.

78 CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN CENTRO DE SALUD

Mendo Giner, L¹; Camba Camarillo, S²; Senosiain Esparza, O²; Ruiz Pérez, V²; Ayensa Calvo, J²

¹ Servicio Navarro Salud; ² CASCANTE

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica grave. Según la American Heart Association citada por la Sociedad Española de Cardiología una de cada cinco personas tiene posibilidades de tener IC a lo largo de su vida. En España es la tercera causa de muerte cardiovascular, afecta en mayor porcentaje a los grupos de edades más avanzadas y a las mujeres. En España afecta al 6,8% de la población mayor de 45 años porcentaje que aumenta hasta el 16% a partir de los 75 años. Atención Primaria es el servicio sanitario más accesible a la población y el que debe ser responsable del diagnóstico, seguimiento de las personas con Insuficiencia Cardíaca. La aparición de nuevos fármacos que disminuyen la mortalidad cardiovascular de las personas con IC obliga a revisar y adecuar su tratamiento para mejorar la supervivencia de las mismas. En estudio previo hemos detectado que las personas de nuestra zona básica no tienen el seguimiento adecuado como proyecto de mejora hemos desarrollado una consulta monográfica de insuficiencia cardíaca en nuestra zona básica.

OBJETIVO

Implantación de una consulta monográfica de Insuficiencia Cardíaca en un centro de salud que asegure y garantice el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con Insuficiencia Cardíaca.

MATERIAL

Revisión de las historias clínicas de las personas con IC de una zona básica de salud. Población 12000 personas, en 4 poblaciones rurales. Mediciones: edad, sexo, registro disnea escala NYHA, electrocardiograma realizado (si/no), tiene realizado ecocardiograma (si/no), tiene analítica con BNP (si/no), fracción de eyección (preservada/reducida), peso, medición de microalbuminuria y presencia de insuficiencia renal (si/no), tratamiento con los siguientes grupo farmacológicos: diuréticos (si/no), Isgl2 (si/no), ARNI (si/no), IECA o ArA2, betabloqueantes (si/no,), se realizó visita presencial, motivo de la revisión presencial, se deriva a cardiología (si /no), en caso afirmativo motivo de la derivación. Registro del tipo de intervención de la unidad de IC.

RESULTADOS

En la zona básica hay 106 personas con IC, el 52% son mujeres y el 48 % son hombres. La edad desde 35 años a 97 años. El 78% tiene realizada la medición de peso, el 89,6 % tiene ECG, el 91,5% tiene ecocardiograma realizado de los cuales el 75,5% tiene fracción de eyección preservada, el 90,6% tiene BNP realizado de los que el 35,8 % es mayor de 250 mg/dl. El 49,1% tiene una NYHA II, el 12,3 NYHA III. El 39,6 % no tiene registro de insuficiencia renal, el 27,4% tiene IRC 3b y el 21,1% 3b, la microalbuminuria por encima de 30 mg/dl es 20,8 %. Tratamiento: el 86,8 lleva tratamiento diurético, el 55,6 % ISGLT2, el 14,2 % ARNI, el 65,1 IECA o ARA2, el 65,1% betabloqueantes, el 28,3% ahorrador de potasio. El 13,2 % ha precisado visita presencial para realización de revisión. El 63,2 % no ha precisado ser derivado a cardiología, las principales patologías asociadas a la IC es cardiopatía valvular 50%, fibrilación auricular 44,3%, 18,9 % cardiopatía isquémica. En el 32,1% la unidad ha tenido que realizar intervención principalmente programar analítica, electrocardiograma, cita telefónica o cita presencial.

CONCLUSIONES

La consulta monográfica en atención primaria es un cambio de modelo en Primaria que permite garantizar el correcto manejo de las personas con una patología crónica, en este caso la insuficiencia cardíaca, es un modelo aplicable a zonas rurales grandes, pequeñas y centros urbanos. La insuficiencia cardíaca es la tercera causa de mortalidad cardiovascular y con este modelo de trabajo se mejora y garantiza la calidad de la atención, con este modelo de trabajo nuestra población tiene realizadas en un alto porcentaje las pruebas diagnósticas necesarias, tiene un tratamiento ajustado a las guías de práctica clínica lo que reduce la mortalidad y los ingresos hospitalarios y además mejora en los autocuidados de su patología.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



363

87 CREACIÓN DE UN SOPORTE INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE GUARDIA HOSPITALARIA

Rollán Vallejos, J¹; Alday Carrasco, L¹; Luna Gutierrez, V¹; Ugarte Vargas, M¹; Hidalgo Rodríguez, C¹; Oreja Vázquez, ML¹

¹ OSI Barrualde Galdakao (OSAKIDETZA)

INTRODUCCIÓN

La supervisión de guardia desempeña un papel crucial en la gestión de las estructuras sanitarias fuera del horario regular. Sus principales funciones suelen incluir la gestión de los recursos humanos, la resolución de incidencias con las infraestructuras y el material, la gestión de la demanda y el registro de los eventos ocurridos. Aunque sus responsabilidades varían dependiendo del tamaño y las políticas del hospital, en general la supervisión de guardia asegura el buen funcionamiento del hospital durante los turnos de guardia. Además, actúa como enlace entre los diferentes departamentos y, en caso de necesidad, notifica a la dirección o a las autoridades pertinentes las incidencias.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una plataforma digital para:

1. Centralizar la información necesaria para la supervisión general de guardia.
2. Facilitar la comunicación bidireccional entre la supervisión de guardia (centralizada en el hospital) y las diferentes unidades asistenciales.
3. Mejorar la accesibilidad a la información.
4. Optimizar la gestión de camas.
5. Reducir el consumo de papel en la gestión diaria.

MATERIAL

El desarrollo e implementación de la herramienta se realizó en cuatro fases: fase de identificación de necesidades, fase de desarrollo, fase de implementación y fase de evaluación.

En noviembre de 2024 se realizó la identificación de necesidades mediante entrevistas con los/as supervisores de guardia, las supervisiones hospitalarias y la dirección de enfermería. Se identificaron las siguientes:

- Portabilidad para acceso desde cualquier lugar de la organización.
- Centralización de recursos de consulta
- Sistema de notificación de observaciones por unidades.
- Acceso a las aplicaciones de recursos humanos.
- Elaboración del "manual de guardia" para unificar los criterios de actuación entre los diferentes supervisores de guardia.

La fase de desarrollo siguió dos vías diferentes: Por un lado, se estructuró el "manual de supervisión de guardia". Por otro lado, se desarrolló la herramienta informática que unificaría todas las funcionalidades y que diera salida a las necesidades identificadas. Se optó por el formato informático SharePoint. Este formato reunía ventajas como: acceso desde cualquier dispositivo móvil y/o tabletas, garantías de seguridad en el manejo de datos, posibilidad de trabajo en grupo y de dar permisos de accesos de lectura y de edición dependiendo del perfil del usuario y posibilidad de integrar todas las funcionalidades descritas.

La fase de implementación se realizó de manera escalonada. En una primera instancia se dio acceso a las supervisiones de guardia para que validaran la herramienta. Posteriormente se dio acceso a los mandos de las unidades para incorporar la información relevante de las unidades.

En la actualidad nos encontramos en la fase de evaluación, que tiene como objetivo evaluar la utilidad de la herramienta mediante encuestas de satisfacción a las supervisiones y explotación de datos.

RESULTADOS

- Mejora en la Gestión: Se evidenció una mayor agilidad en la respuesta a las necesidades, una mejor trazabilidad en la gestión de incidencias y una gestión más eficiente de las camas gracias al acceso inmediato al mapa de ocupación.
- Mayor Accesibilidad: La incorporación de tabletas permitió el acceso en tiempo real a la plataforma, incluso fuera del puesto fijo de trabajo, optimizando la toma de decisiones.
- Sostenibilidad: Se logró una reducción significativa en el consumo de papel, alineándose con políticas de sostenibilidad.
- Trazabilidad y explotación de Datos: La herramienta facilita el registro y análisis de datos para la mejora continua en la gestión.

CONCLUSIONES

La implementación de dispositivos portátiles con acceso a la plataforma ha supuesto una innovación en la gestión de las guardias de enfermería. Esta iniciativa ha mejorado la eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad, optimizando la comunicación y la toma de decisiones durante las guardias, y demostrando el valor de la digitalización en la gestión hospitalaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



364

100 DEL CIBERATAQUE A LA CIBERSEGURIDAD: IMPULSANDO LA RESILIENCIA ORGANIZATIVA Y LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Homar Martí, N¹; Homar Martí, N¹; Huerta Fernández, J¹; Rodríguez De L'hotellerie De Fallois, M¹

¹ Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, en los centros hospitalarios nos enfrentamos a multitud de riesgos que amenazan a la disponibilidad de los sistemas de información, pero los referentes a la ciberseguridad tienen un gran impacto para el negocio. Inevitablemente, a medida que aumenta la digitalización, crecen las amenazas y exposición a ciberataques, poniendo en riesgo la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos de los pacientes. Incidentes relacionados con la ciberseguridad en un entorno hospitalario, evidencian la necesidad de fortalecer las medidas de seguridad y potencian la introducción de cambios en la organización para dar respuesta rápida a elementos en continua evolución.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es analizar y presentar cómo la implementación de estrategias de ciberseguridad puede actuar como un catalizador para la transformación digital y la resiliencia organizativa en entornos hospitalarios. Se pretende demostrar que, más allá de ser una medida defensiva, la ciberseguridad puede impulsar mejoras en la eficiencia operativa y en la gestión del cambio.

MATERIAL

Para abordar este estudio, se han analizado el conjunto de tareas y acciones realizadas en nuestro centro, a partir de la fecha en la que se sufrió un ciberataque, y qué consecuencias nos ha reportado en la organización.

Al detectar la amenaza las acciones que se llevaron a cabo fueron: el análisis objetivo de la situación, el aislamiento y contención, la remediación y protección, para finalmente recuperar la actividad y normalizar el funcionamiento de los sistemas. Sin embargo, para poder conseguir el éxito en cada una de estas acciones fue necesario abordar tareas de acompañamiento no solo a nivel técnico si no de procedimientos internos de trabajo, de organización de equipos de trabajo para aplicar en situaciones de crisis, así como formar y concienciar a todo el personal. Se pusieron en marcha planes de contingencia y continuidad de la actividad a través de equipos portátiles, conexiones a internet independientes, que a día de hoy están documentados y activos para poder usar en cualquier otra circunstancia que impida el manejo de alguna aplicación o de conexión a internet segura. Finalmente, se desarrolló de toda una estrategia de comunicación interna y externa, continua y transparente, que fue el elemento esencial para transmitir confianza a todas las personas y para trabajar con un objetivo común de colaboración.

RESULTADOS

La implementación de medidas robustas de seguridad ha acelerado la renovación de sistemas obsoletos que en el entorno de salud son difíciles de cambiar debido a que están ligados a entornos muy propietarios. Se ha podido aplicar procedimientos que validan antes de la compra de equipos clínicos que cumplan con todos los requisitos de ciberseguridad, encriptación y protección de datos. Además, se ha sensibilizado al personal sobre la necesidad de implementar mecanismos de protección más estrictos, como la autenticación multifactor. Esto refuerza la seguridad de la información sin comprometer la eficiencia operativa. Así como también se han creado nuevos mecanismos de detección de amenazas, y elaborado una metodología para poder tomar decisiones ágiles ante elementos sorpresa en momentos de crisis.

CONCLUSIONES

La ciberseguridad, más allá de su función protectora, se ha consolidado como un motor de cambio transformacional en nuestro centro hospitalario. Las estrategias implementadas no solo han fortalecido la protección de los datos, sino que también han optimizado procesos internos, ha consolidado los liderazgos internos ante situaciones de crisis, y se ha conseguido acercar, concienciar y aproximar a todo el personal ante la aplicación de medidas en continua evolución. De una crisis surge una oportunidad.

104 DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA: INTEGRACIÓN DE INGENIERÍA Y MEDICINA

De León Socorro, S¹; De León Socorro, S¹; Palmés Quintana, A²; Yépez Martínez, S¹; Martín Martínez, A²

¹ Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ² Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La evaluación y el registro efectivos de la asistencia obstétrica son fundamentales para garantizar la calidad del cuidado materno y neonatal. En este contexto, se presenta un proyecto innovador que ha permitido el desarrollo de un cuadro de mando integral que ya está instaurado y funcionando exitosamente en la asistencia al parto. Esta herramienta ha demostrado ser eficaz para medir resultados, establecer indicadores y detectar áreas de mejora, lo que ha llevado a un impacto positivo en la calidad de la atención proporcionada. Al contar con un sistema de evaluación robusto, los profesionales de la salud pueden identificar rápidamente áreas críticas que requieren atención, lo que permite una mejora continua en la atención brindada.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es consolidar y expandir el uso del cuadro de mando integral, comenzando por la asistencia al parto y continuando con la replicación del modelo en otras áreas de la atención obstétrica. Este enfoque integral busca crear un sistema digitalizado que integre toda la información relevante desde el inicio del embarazo hasta el posparto. De este modo, se asegura un acceso fácil y eficiente a los datos clínicos tanto para los profesionales de atención primaria como para los obstetras, facilitando la toma de decisiones informadas y el seguimiento adecuado de las pacientes.

MATERIAL

El desarrollo del cuadro de mando ha implicado un proceso complejo de integración entre ingenieros y médicos, que incluye las siguientes etapas:

1. Evaluación y Optimización del Cuadro de Mando Existente: Se realizará una revisión exhaustiva de la funcionalidad actual del cuadro de mando en la asistencia al parto, analizando los resultados obtenidos y la efectividad de los indicadores establecidos.
2. Replicación del Modelo: Basándose en la experiencia positiva obtenida, se diseñarán planes para implementar el mismo sistema en otras áreas, como el seguimiento prenatal y postnatal. Se adaptarán las métricas e indicadores a las necesidades específicas, asegurando que el sistema sea relevante y útil para todos los profesionales implicados.
3. Digitalización de la Cartilla Maternal: Se desarrollará una aplicación que permitirá a las gestantes acceder a su historia clínica y a datos relevantes de su proceso de atención. Promoverá una interacción activa entre las pacientes y profesionales, facilitando la comunicación y el seguimiento.
4. Registro Integral de Monitorización Fetal: Se integrará la monitorización fetal en el mismo programa digital, asegurando que toda la información relacionada con la gestación sea recopilada y accesible en tiempo real para los profesionales. Esto mejorará la coordinación entre los equipos de atención y permitirá una respuesta más rápida ante cualquier eventualidad.

RESULTADOS

Se anticipa que la consolidación del cuadro de mando en la asistencia al parto y su expansión a otras áreas obstétricas mejorará significativamente la gestión de la atención obstétrica. El uso de esta herramienta permitirá un acceso más eficiente a la información, facilitando la toma de decisiones informadas y la atención coordinada. Además, se espera que la implementación de este sistema contribuya a la mejora continua de la calidad en la atención materno-infantil, al identificar áreas de mejora y promover prácticas basadas en evidencia.

CONCLUSIONES

El desarrollo de un cuadro de mando integral en la asistencia obstétrica ha demostrado ser un avance significativo en la gestión de la atención materno-infantil. La experiencia positiva en la implementación del cuadro de mando para la asistencia al parto sienta las bases para replicar este modelo en otras áreas. Esta integración de herramientas digitales además empodera a las gestantes proporcionándoles acceso a su información clínica, mejorando la calidad de la atención y garantizando un cuidado más personalizado.

111 DETECTOR DE TEJIDOS CUTÁNEOS (DTC) INTELIGENCIA ARTIFICIAL, REDES NEURONALES Y DEEPLARNING, PARA LA TOMA DE DECISIÓN DEL CUIDADO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS.

Rosendo Fernández, JM¹; García Fernández, A¹; Esperon Güimil, JA¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La inteligencia Artificial (IA) ha mostrado resultados prometedores en la predicción de lesiones y la interpretación de imágenes en el campo de la medicina. Por medio de algoritmos, se ha logrado predecir lesiones en pacientes con alta precisión. Además, la capacidad de la IA para el reconocimiento de patrones ha sido un gran apoyo en la identificación de patologías de la piel, y tejidos presentes en el lecho de la herida y también en patologías músculo-esqueléticas presentes en imágenes de resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.

OBJETIVO

Desarrollo de un DTC para ayudar en la toma de decisión en el tratamiento local con apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH)

MATERIAL

Módulo de aprendizaje profundo y red neuronal, este módulo es un sistema secuencial de dos etapas. La primera etapa se encarga de localizar todas las posibles lesiones en la imagen de entrada. La segunda etapa toma las lesiones encontradas como entrada y genera una máscara correspondiente a cada tipo de tejido en ellas. A este último proceso se le llama segmentación. La segunda red se entrena sobre los siguientes tejidos: Necrótico: conjunto de células muertas. Esfacelos: conjunto de células desvitalizadas (pero no muertas). Granulación: tejido normal presente durante las primeras etapas del proceso de cicatrización. Eritema: enrojecimiento e inflamación de la piel. Epitelio: piel que está casi curada. Maceración: Suavización y descomposición de la piel debido a la exposición prolongada a la humedad

RESULTADOS

Se obtienen métricas de clasificación en la detección de tejidos, necrótico 0,91, esfacelo 0.96, granulación 0.90, epitelial 0.80, y macerado 0.81

CONCLUSIONES

DTC es un sistema genérico para la detección de lesiones de la piel, evaluación y recomendación de tratamiento. Esta arquitectura basada en el aprendizaje profundo y en redes neuronales, demostró claramente el potencial de estas tecnologías cuando se aplican a la salud. El bajo tiempo de procesamiento, los resultados de la clasificación de tejidos obtienen porcentajes muy elevados en cuanto a detección.

116 DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE LA FACTURACIÓN A TERCEROS

Pérez Torrente, P¹; Garrido Martín, J¹; García Madrid, C¹; Conesa Faura, E¹; Ruiz Castellano, E¹; Romero Pelegrín, JA¹

¹ Servicio Murciano de Salud - Área II

INTRODUCCIÓN

La facturación a terceros es una actividad que contribuye a la sostenibilidad económica de un sistema sanitario público y que se lleva a cabo en virtud de lo establecido en el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Existe un desconocimiento, por gran parte de la ciudadanía y por algunos/as profesionales pertenecientes al Servicio de Salud, sobre los distintos supuestos en los que procede la facturación de las asistencias sanitarias y sobre la forma en la que deben actuar en cada uno de los casos.

A esto se une la actual escasez de medios disponibles para obtener información sobre esta materia, lo que hace necesaria la adopción de medidas para su divulgación, actualización y mayor accesibilidad.

OBJETIVO

Los objetivos son:

- Difundir conocimientos a los/as pacientes y/o usuarios/as, de forma que conozcan los supuestos en los que procede y los trámites a realizar, facilitándoles el cumplimiento de sus obligaciones.
- Dotar de material de apoyo para la correcta realización de las tareas administrativas a los/as profesionales del Área de salud, así como poner a su disposición toda la documentación específica necesaria.

Todo ello en aras conseguir una mayor eficacia, eficiencia y agilidad en el procedimiento de facturación a terceros.

MATERIAL

Se procedió al diseño y creación de una web del Área de Salud, ubicada en el portal sanitario regional, distribuida en cuatro categorías con el siguiente contenido:

1. Ciudadanía: Información sobre el tipo de financiación correspondiente, trámites a realizar, acceso a los formularios necesarios y un apartado de preguntas frecuentes, todo ello desglosado en un apartado para cada uno de los supuestos en que las asistencias sanitarias son facturables
2. Profesionales: Formularios y documentos necesarios, un apartado de preguntas frecuentes y 6 guías individualizadas de actuación sobre la materia, destinadas a distintos servicios hospitalarios y a los centros de atención primaria.
3. Normativa: Recopilación de la legislación vigente que es de aplicación.
4. Encuesta de satisfacción: Para obtener un feedback que nos lleve a una mejora continua del procedimiento y del servicio prestado.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son:

- La web recibió 672 visitas durante el año 2024.
- Según los resultados de la encuesta de satisfacción, se valora positivamente la información publicada, la adecuación del canal, la simplicidad de su uso, y la recomendarían a otra persona.
- El personal de administración del Área de Salud nos transmite que les resulta una herramienta útil para del desempeño de sus tareas.
- Personal del servicio de salud de otra Comunidad Autónoma ha accedido a ella y nos han expresado su satisfacción por la información que está disponible en la web.

CONCLUSIONES

La creación de la web es una medida que contribuye a ampliar y reforzar la transparencia de esta actividad pública, a la mejora de la eficacia de la fase de toma de datos del procedimiento al permitir optimizar y homogeneizar la forma de actuar de los/as profesionales que intervienen en ella, y a proporcionar conocimientos a los/as usuarios/as para que realicen correctamente los trámites necesarios.

A su vez, esta herramienta permitirá ir implementando progresivamente más funcionalidades, relacionadas con la administración electrónica, para facilitar a los/as ciudadanos/as el cumplimiento de sus obligaciones.

120 DISEÑO DEL MODELO PROPIO DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA ASISTENCIAL

López San José, R¹; Cruzado Punter, E¹

¹ *Servicis Assistenciaus Integrats D'Aran*

INTRODUCCIÓN

La atención intermedia es un recurso clave en la gestión sanitaria, proporcionando una transición asistencial eficiente entre la hospitalización aguda y el domicilio, así como una alternativa a la hospitalización convencional para determinados pacientes derivados desde Atención Primaria. Su adecuada estructuración permite reducir la presión hospitalaria, optimizar los recursos sanitarios y mejorar la continuidad asistencial.

OBJETIVO

Diseño e implementación de un modelo optimizado de atención intermedia que contemple **dos rutas asistenciales principales**:

- 1. Derivación desde hospitalización de agudos** para pacientes que requieren un periodo de recuperación antes del alta definitiva.
- 2. Derivación desde Atención Primaria** como alternativa a la hospitalización convencional, evitando ingresos innecesarios y reduciendo la presión sobre los servicios de Urgencias.

Se plantea la evaluación del impacto del modelo en términos de eficiencia asistencial, optimización de recursos y mejora en la coordinación entre niveles asistenciales.

MATERIAL

Para la implementación del modelo, se han desarrollado e introducido las siguientes estrategias:

- **Definición de criterios clínicos de ingreso y derivación** desde hospitalización y Atención Primaria.
- **Protocolos de coordinación** entre Atención Primaria, hospitalización y atención intermedia para garantizar una transición fluida.
- **Caracterización de los recursos médicos y de enfermería** necesarios en función de la carga asistencial y las necesidades específicas de los pacientes, así como de otros profesionales como los del ámbito social facilitando un abordaje integral de los pacientes con necesidades socio-sanitarias.
- **Monitorización de indicadores clave**, incluyendo tasas de ocupación, derivaciones evitadas a hospitalización y Urgencias, y satisfacción de pacientes.

RESULTADOS

Las primeras observaciones sugieren una mejor adecuación de los recursos disponibles y una mayor eficiencia en la derivación de pacientes.

Se prevé:

- Reducción de ingresos hospitalarios evitables.
- Mejora en la percepción de los profesionales en cuanto a la planificación al alta permitiendo un mejor abordaje integral de los casos complejos.
- Mejora en la satisfacción de los pacientes y sus familias, derivada de una mayor continuidad asistencial, una atención más personalizada y una mejor comunicación con los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

El diseño e inicio de la implementación de un modelo optimizado de atención intermedia con **rutas de ingreso diferenciadas** representa una estrategia prometedora para mejorar la eficiencia asistencial. La optimización de los recursos de profesionales sanitarios, junto con el trabajo transversal con profesionales del ámbito social, favorece una gestión más coordinada y efectiva, traduciéndose en un menor coste por ingreso con una mejor recuperación del paciente al alta.

133 EL PROTOCOLO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE REPUTACIÓN E IMAGEN.

López Serrano, J¹; Mora Jiménez, M¹; Timón Maldonado, G¹; Triviño Tarradas, FDA¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

En el contexto hospitalario, la gestión de actos/eventos y el protocolo institucional son fundamentales para fortalecer la imagen y las relaciones del centro. Apostar por una Unidad de Protocolo dentro de un servicio de comunicación y Relaciones Institucionales dirigida por un/una profesional en la materia, puede optimizar la planificación y ejecución de los actos, garantizando un desarrollo profesional acorde a las normativas.

OBJETIVO

Analizar y presentar el Protocolo y la Organización de Actos en un hospital público, mostrando su necesidad y valor estratégico.

MATERIAL

Se realizó un estudio del centro y del servicio mostrando las funciones de la Unidad de Protocolo. Se presenta una encuesta realizada al equipo directivo y a responsables del centro sobre la utilidad del Protocolo: El análisis del tema combina metodología cualitativa y cuantitativa.

RESULTADOS

El 90% de los encuestados considera necesario el Protocolo. Se identifican funciones clave como la imagen corporativa, las precedencias, el asesoramiento y la formación de los responsables del centro. Fundamental coordinación entre Protocolo y Comunicación, así como con la dirección del centro. Mejora la calidad de los actos organizados debido a la profesionalización de la actividad.

CONCLUSIONES

El Protocolo es esencial en hospitales públicos, potenciando la comunicación y consolidando la imagen. Su profesionalización e integración en la estrategia comunicativa son cruciales. El centro sirve como modelo pudiendo aplicarse las conclusiones en otros hospitales públicos, evidenciando la necesidad de formación en protocolo para directivos. El Protocolo fortalece la conexión hospital-sociedad, transmitiendo valores y mejorándotelas la reputación.

Este abstract destaca:

- El Protocolo como impulso estratégico para la reputación.
- La importancia de la integración del protocolo en la comunicación.
- El valor del centro como modelo.
- La necesidad de profesionalización y formación.
- La conexión hospital-sociedad.

135 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE... ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?

Sánchez Fernández, LS¹; Rivera Romero, O³; Suarez Mejías, C²

¹ Servicio Andaluz de Salud; ² Servicios Centrales SAS; ³ Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Cada día, los entornos sanitarios dependen más de la tecnología para poder ofrecer un servicio de calidad a sus pacientes. En el ámbito de los sistemas de información sanitaria, los errores o el mal funcionamiento de cualquiera de los elementos utilizados pueden provocar problemas de seguridad en la atención a los pacientes. Centrándonos en servicios más concretos como la farmacia, el laboratorio o la radiología, la dependencia tecnológica es del 100%.

Por ello, disponer de planes de contingencia claros, realistas y contrastados debe ser uno de los puntos clave a trabajar dentro de estos servicios clínicos.

Este estudio ha tratado de recoger la bibliografía existente en la actualidad para extraer conclusiones sobre buenas prácticas para elaborar estos planes.

OBJETIVO

El entorno clínico suele asumir que los planes de contingencia deben ser elaborados por los informáticos, sin darse cuenta de que quienes realmente conocen las posibles debilidades y puntos críticos de sus procesos son ellos.

Por otro lado, el área clínica no suele tener conocimientos suficientes sobre las tecnologías que pueden utilizar.

El personal informático, consciente de la criticidad de estos sistemas, los diseña tolerantes a fallos internos, pero a veces no llega a analizar qué otros puntos posibles de fallo que afecten al proceso deben contemplarse.

Por tanto, la elaboración de estos planes de contingencia debe realizarse en estrecha colaboración entre el personal clínico y el informático.

Todo ello nos ha llevado a realizar una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes al respecto, con el fin de poder realizar propuestas sobre metodologías de generación de estos planes.

MATERIAL

Se han realizado diferentes entrevistas con jefes de servicio de las áreas indicadas anteriormente. Con ellos se ha revisado su plan de contingencia actual.

La búsqueda en PubMed con la cadena «("Contingency"[Title] AND ("Plan*" [Title] OR "Strategy" [Title] OR "management" [Title]) AND ("Technology" [Title/Abstract] OR "Digital" [Title/Abstract] OR "IT" [Title/Abstract] OR "Internet" [Title/Abstract] OR "electronic" [Title/Abstract]))» muestra 65 posibles artículos relacionados con este tema.

RESULTADOS

Revisando el contenido de estas publicaciones observamos que 59 de ellas no tienen material relacionado con el tema, 3 de ellas lo tratan indirectamente y sólo 3 de ellas tratan sobre planes de contingencia en sistemas de información sanitaria.

Observamos que los años de publicación principales oscilan entre 2004 y 2017.

En cuanto al contenido, revisados estos artículos, ninguno de ellos hace un estudio específico del impacto de estos fallos en el ámbito de la atención clínica.

De la revisión de los planes de contingencia analizados se han observado: diferencias de criterios en cuanto a la criticidad, variabilidad en el uso de conceptos comunes y puntos de mejora importantes.

CONCLUSIONES

Las publicaciones científicas parecen haber dado un poco la espalda a la aplicación de planes de contingencia relacionados con el uso de sistemas de información en el ámbito sanitario. Las publicaciones encontradas son antiguas y poco centradas en este tema.

Toda la literatura encontrada ha sido producida en América, cuya normativa sanitaria es diferente a la europea.

Por este motivo, parece de interés realizar actividades adicionales para poder obtener un análisis más exhaustivo:

- Realizar búsquedas de artículos que puedan tener contenido que haga referencia a los posibles efectos de la detención o la falta de servicio de un sistema de información sanitario, especialmente en relación con la afectación a los pacientes y usuarios, aún cuando el objetivo principal del artículo no sea discutir este tópico.
- Analizar posibles estándares internacionales que se puedan utilizar para recopilar más información a este respecto.
- Realizar una propuesta metodológica de aplicación en el ámbito de la atención hospitalaria y poner en práctica esta propuesta para analizar mejoras reales en los servicios sanitarios europeos.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



371

144 EQUIDAD EN EL ACCESO A LA INNOVACIÓN: DIGITALIZACIÓN CONSENSUADA DE PROMS EN REUMATOLOGÍA

Reina Sanz, D¹; Alzaga Reig, X²; Surís I Armangué, X³

¹Hospitalario Universitario Moisés Broggi; ²Área de Sistemas de Información Servicio Catalán de la Salud; ³Gerencia de Procesos Integrados en Salud. Área Asistencial Servicio Catalán de la Salud

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son muy prevalentes en la población y tienen un impacto socioeconómico en la comunidad y directo en el deterioro de la calidad de vida. El uso de los PROM (**Patient-Reported Outcome Measure**) contribuye a una mejora en el seguimiento del paciente reumático ya que permite valorar el impacto de los tratamientos y monitorizar el seguimiento clínico, al recoger datos específicos sobre la respuesta terapéutica y la percepción de la misma por los pacientes.

OBJETIVO

El objetivo principal es contribuir a la optimización del seguimiento y la gestión de casos de los pacientes con espondiloartritis (EspA), fomentando el uso de PROMs a través de su digitalización, integrada con la historia clínica.

Como objetivos secundarios nos planteamos favorecer la equidad territorial aumentando el acceso a la aplicación de salud comunitaria y mejorar los niveles de adherencia a nivel regional.

MATERIAL

Se realizó una reunión de consenso dentro del grupo de trabajo de espondiloartritis de la sociedad autonómica, con expertos reumatólogos, enfermeras, sistemas de información y un representante del Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor.

El consenso se llevó a cabo teniendo en cuenta dos dimensiones: la facilidad de reporte por parte del paciente y la utilidad clínica de la información reportada.

RESULTADOS

Los PROM priorizados fueron:

- EVA de la enfermedad (Escala Visual Analógica)
- EVA de fatiga (Escala Visual Analógica)
- Índice de Salud de la Sociedad Internacional de Evaluación de la Espondiloartritis (ASAS HI)
- BASDAI 8 (Índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath)
- BASFI (Índice funcional de la espondilitis anquilosante de Bath)
- PSAID 12 (Impacto de la enfermedad en la artritis psoriásica, 12 elementos)
- HAQ (Cuestionario de evaluación de la salud)
- FACIT-fatiga (Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas)
- SF36 : (Estudio de resultados médicos (MOS), formulario abreviado de 36 ítems).

La digitalización de estos cuestionarios se realizará en la plataforma de formularios IS3. Se crearán con estructura de datos openEHR y se implementarán en el catálogo de la aplicación PROMs-HES. Esta herramienta integrada en los centros de atención de primaria y hospitales de uso público permitirá prescribir PROM, consultar los resultados y realizar el seguimiento de su estado y evolución en el tiempo con la finalidad de poder tomar decisiones terapéuticas de forma anticipada. El ciudadano podrá dar respuesta al formulario a través de la plataforma de salud volcándose el contenido en su historia clínica.

CONCLUSIONES

En los próximos diez años, en España uno de cada cuatro ciudadanos tendrá una enfermedad reumática.

Actualmente hay 5,6 millones de usuarios en el portal del paciente lo que permite un amplio uso del portal y facilita el acceso de la innovación asistencial de los usuarios de la región sanitaria.

La digitalización de los PROM nos brinda una gran escalabilidad incorporando una mayor equidad en el acceso en la innovación asistencial y salvando la dispersión geográfica.

La explotación de resultados en salud permitirá, mediante indicadores a nivel comunitario, obtener datos para generar nuevas estrategias en innovación asistencial.

El impacto socioeconómico de la medida y uso de los PROM es positivo para el sistema de salud, como ya se ha demostrado en el seguimiento de los pacientes oncológicos.

Mejorar la detección y el manejo temprano de cambios en la enfermedad y complicaciones, puede reducir ingresos en urgencias y hospitalización y el uso de otros recursos sanitarios.

Este proyecto se ha podido llevar a cabo gracias al trabajo coordinado entre clínicos y sistemas de información de la región sanitaria.

147 ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO E INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Pérez Bendicho, P¹; Rodríguez Mena, D¹

¹ HCU LOZANO BLESA

INTRODUCCIÓN

Hace tiempo que los dirigentes de los Servicios de Salud están empezando a darse cuenta de que la mejora de los mismos pasa por incrementar su eficiencia, logrando así mejores resultados con los mismos o menos recursos. Se busca optimizar el flujo de trabajo y la cadena de valor llevando a cabo las tareas en condiciones óptimas y trazables, eliminando todo lo que no aporta valor. Lo que, sumado al creciente interés por la Humanización y la Gestión basada en Valor, nos obliga a buscar fórmulas que permitan su adopción y aseguren su mantenimiento en los centros sanitarios sin depender de personas concretas.

OBJETIVO

Planificación estratégica para la mejora de procesos y fomento de la calidad y seguridad asistencial, estableciendo soluciones sólidas que permanezcan en el tiempo y sean un motor de mejora continua en la organización.

MATERIAL

Se realizó la fase de desarrollo dónde se expuso la idea y se concretó el Plan general (objetivos, análisis interno y externo, benchmarking, análisis de recursos y capacidades, formulación de la estrategia adaptativa, propuesta de valor, plan de acción y matriz de priorización).

En la actualidad se están materializando las primeras acciones del plan y se ha adoptado la metodología LEAN como uno de los pilares principales.

RESULTADOS

Siendo una propuesta continua en el tiempo y a largo plazo, en el presente documento se reportan los logros alcanzados hasta este momento:

- Creación de una figura de gestión dedicada en exclusiva a la Mejora de Procesos.
- Reorganización de dependencias jerárquicas para alinear bajo un mismo paraguas áreas muy interrelacionadas: Procesos, Calidad y Sistemas de información para la gestión.
 - Desarrollo de planes estratégicos para cada una de las áreas.
- Plan de difusión de la filosofía KAIZEN, la metodología LEAN y sus herramientas.
- Inicio de proyectos de optimización y/o mejora de procesos asistenciales.

CONCLUSIONES

Si bien, la vorágine del día a día en centros que no cierran nunca, la alta rotación del personal, el bajo nivel de explotación de datos o el lastre del "siempre se ha hecho así", dificulta enormemente el poder realizar análisis objetivos de los procesos e implementar mejoras optimizadas de forma sostenida en el tiempo, la adopción de soluciones disruptivas y la colaboración entre centros que ya se han embarcado en esta misión, revierte en beneficios casi inmediatos tanto para la organización como para el paciente: reducción de listas de espera, reducción de costes operacionales, aumento de la seguridad de la práctica asistencial, aportar valor desde la perspectiva del paciente y/o la optimización del capital humano ya que se equilibra la cadena productiva evitando sobrecargas de puestos concretos.

166 EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS EXTERNAS: EVALUACIÓN DE SU PERCEPCIÓN

Mínguez Platero, J¹; Burdeos Palau, E¹; Fernández Martínez, J¹; Calatayud Tortosa, C¹; De La Cámara De Las Heras, JM¹; Ribes Abel, RI¹

¹ Hospital Universitario de La Ribera

INTRODUCCIÓN

La experiencia del paciente es un pilar fundamental en la mejora de la calidad asistencial. Comprender cómo perciben los usuarios la atención permite, no solo identificar áreas de mejora, sino también reforzar aquellas prácticas que generan un impacto positivo en la satisfacción del paciente. Actualmente, las herramientas digitales ofrecen nuevas oportunidades para obtener información en tiempo real y mejorar la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios. En este estudio, se implementa una estrategia de evaluación accesible y sencilla, con el propósito de recopilar datos clave que orienten la toma de decisiones y favorezcan la mejora continua de la atención a los usuarios en consultas externas.

OBJETIVO

Evaluar la percepción de los pacientes atendidos en consultas externas, identificando fortalezas y oportunidades de mejora en la atención recibida mediante una encuesta de satisfacción anónima y fácilmente accesible

MATERIAL

Se ha diseñado una encuesta de satisfacción a la que los pacientes pueden acceder mediante un código QR con su dispositivo móvil. Dicho código está ubicado en el pie de página de la cita que reciben. La encuesta es anónima y consta de tres ítems:

1. Identificación del servicio donde el usuario ha sido atendido.
2. Evaluación de la satisfacción mediante una escala visual (desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho).
3. Campo de texto libre para comentarios o sugerencias.

La información llega en tiempo real a través de correo electrónico que conecta con un Formulario Microsoft Office 365 y se analiza y gestiona desde la Unidad Funcional de Calidad y Seguridad del Paciente. Todas las respuestas se remiten a los profesionales, en caso de que éstos estén identificados, o a los Jefes de Servicio o supervisores de Enfermería.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha de esta herramienta en febrero del 2024, se han recogido un total de 280 opiniones. Los datos reflejan una aceptación positiva del sistema, con una alta tasa de respuestas en servicios como Cirugía Ortopédica y Traumatología, Oftalmología o Dermatología con un mayor volumen de atención. El 74,32% de los pacientes valoran favorablemente su atención y destacan aspectos como la amabilidad del personal y la claridad en la información recibida. No obstante, con esta herramienta también se han identificado oportunidades de mejora en tiempos de espera y comodidad de las instalaciones.

CONCLUSIONES

1. Esta nueva herramienta es económica, reproducible y permite conocer la percepción de los pacientes en tiempo real.
2. Ha facilitado la retroalimentación rápida para los servicios, permitiendo la implementación de mejoras basadas en la opinión del usuario.
3. Además, ha servido como un elemento motivador para los profesionales al recibir valoraciones positivas y sugerencias constructivas.
4. La accesibilidad y simplicidad del formato han favorecido una alta participación, lo que refuerza su utilidad como herramienta de evaluación continua en la mejora de la calidad asistencial.

183 GESTIÓN DE VACACIONES Y SUPLENCIAS: EFICIENCIA EN EL CONTROL DE GASTOS DE PERSONAL

Rubio Navarro, MJ¹; Pellicer Orenes, F¹; Sellés Nohales,¹; Gracia López, MT¹; Alcántara Zapata, FJ¹; Agüera Ros, M¹

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2024, nuestra Gerencia de Área fue informada de una reducción del 8% de su presupuesto para sustituciones y vacaciones. Con el objetivo de ajustarse al nuevo presupuesto, se precisaba de una herramienta que pudiera permitir, casi en tiempo real, un seguimiento detallado y personalizado de estos conceptos, optimizando la planificación y garantizando el control eficiente del gasto.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una herramienta automatizada en Excel para el control y seguimiento de sustituciones y vacaciones, que permita la toma de decisiones que garantice la no superación del presupuesto asignado.

MATERIAL

- Descarga y Actualización de Datos:
 - Semanalmente, se realiza una descarga de datos de Saint8 (programa informático de la nómina) con información del personal activo, excluyendo ausencias por comisión de servicio o promoción interna. Esta descarga se copia y pega en el archivo Excel.
- Organización y Procesamiento de Datos:
 - Agrupación de Puestos: Se agrupan los tipos de puestos en categorías más generales para simplificar el análisis. A cada categoría se le asigna una clave única.
 - Contratos: Creación de claves para Contratos (sustituciones o vacaciones). Se consideran IT, permisos reglamentarios y liberaciones sindicales en el caso de sustituciones.
 - Áreas y Ámbitos: Creación de claves para distinguir entre atención primaria y hospitalaria, así como entre facultativos, personal sanitario y no sanitario.
- Generación de informe dinámico:
 - Configuración de Filtros: Se crea una nueva hoja en Excel donde se colocan los filtros interactivos. Estos filtros permiten seleccionar el tipo de análisis (sustituciones o vacaciones), el ámbito de aplicación (atención primaria u hospitalaria) y la categoría del personal (sanitario, no sanitario o facultativos).
 - Tablas: En esta hoja, se presenta una tabla que muestra información sobre días sustituidos, saldo disponible y estimación anual de consumo de días. Esta tabla se actualiza automáticamente en función de los filtros aplicados.
 - Gráficos de Control: También se incluyen gráficos interactivos que permiten anticipar posibles desviaciones:
 - Gráfico de líneas: Muestra la evolución del gasto acumulado frente al saldo disponible, permitiendo detectar desviaciones.
 - Gráfico de barras: Representa el presupuesto, el gasto acumulado, el saldo restante y la estimación de gasto anual.
- Análisis de costes:
 - Hoja de Resumen Económico: Se incluye una hoja que desglosa el gasto por agrupador de puesto, mostrando los días sustituidos, el coste por día, el gasto acumulado y el presupuesto disponible, tanto para sustituciones como para vacaciones.

RESULTADOS

La implementación de la herramienta ha proporcionado los siguientes beneficios:

- Reducción del riesgo de sobrepasar el presupuesto: Gracias a la estimación anual y los gráficos interactivos, se han identificado desviaciones con antelación, lo que ha permitido ajustar la planificación y evitar excedentes. Como resultado, el riesgo de exceder el presupuesto asignado se ha reducido.
- Optimización de la planificación: Ha permitido realizar una distribución eficiente de los recursos dentro del presupuesto asignado.
- Seguimiento efectivo de gastos y presupuestos: El resumen económico permite visualizar claramente los días sustituidos y el coste asociado, lo que facilita la toma de decisiones y mejora la eficiencia en la gestión del presupuesto.

CONCLUSIONES

- Control exhaustivo: La herramienta permite un seguimiento detallado de sustituciones y vacaciones.
- Prevención de desviaciones: Identifica posibles excedentes de presupuesto con antelación.
- Optimización de recursos: Facilita una planificación eficiente y ajustada al presupuesto.
- Transparencia y claridad: Mejora la supervisión y el control del gasto en tiempo real.
- Automatización y eficiencia: La automatización de la importación de datos reduce errores y ahorra tiempo.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



375

193 GESTIÓN QUIRÚRGICA DIGITAL INTEGRADA: RFID Y CONTROL DE INVENTARIOS AUTOMATIZADOS

Tarragó Aymerich, M¹; Mañes Gallardo, L²

¹Laboratorios Hartmann; ²Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

En el entorno quirúrgico la falta de disponibilidad de material supone un grave riesgo para la seguridad del paciente, del profesional y la eficiencia del hospital. Para solucionar este problema implementamos un sistema de gestión de inventarios integrado que combina varias tecnologías de control de stock para conseguir que el material esté siempre disponible en las cantidades y forma requeridas. Así mismo, es fundamental asegurar la disponibilidad de esta información por parte del Hospital para habilitar la toma de decisiones. El proyecto implementa la integración de identificación por radio frecuencia (RFID) y armarios de control de inventarios de manera que el Hospital disponga de los datos para imputación a paciente y de disponibilidad de los materiales de manera automática y en tiempo real.

OBJETIVO

Diseñar e implementar un sistema que permita al Hospital conocer los inventarios y los consumos de materiales para intervenciones quirúrgicas diferenciando dos tipos: materiales con identificación única, habilitando el control de consumo por paciente; materiales sin identificación única. Integrar el sistema con la plataforma del Hospital para habilitar el control de aprovisionamientos en su sistema.

MATERIAL

Material y método: el proyecto integra dos sistemas complementarios para el control de inventarios de material quirúrgico y el registro automático de consumos.

Control de inventarios con RFID: para el seguimiento de materiales que requieren identificación única, se implementa un proceso de etiquetado automático y la integración de los sistemas de información con el Hospital, permitiendo un seguimiento preciso de las mercancías desde el centro logístico hasta el consumo en el quirófano.

Control de inventario con armarios inteligentes: para materiales que no requieren identificación única, se instalan armarios con sensores que proporcionan información de inventarios en tiempo real. Los datos de estos armarios se integran también en la interfaz del Hospital y permitirán conocer el consumo diario.

RESULTADOS

Se consigue modificar la cadena de fabricación de producto, etiquetando de manera automática el producto que requiere identificación única con su código electrónico de producto. Se consigue diseñar un sistema que informará en salida de mercancías del almacén logístico los productos enviados al Hospital, habilitando el seguimiento de las mercancías dentro del Hospital. Se logra integrar los datos de inventarios para material sin identificación única, permitiendo al Hospital conocer los inventarios a tiempo real en su sistema también para este tipo de productos.

Este sistema ha generado una mejora significativa en la eficiencia de la gestión de materiales, reduciendo en más del 20% del tiempo de gestión de materiales por parte del personal asistencial. También permite optimizar el espacio de almacenaje, requiriendo un 25% menos de espacio debido a la estandarización de materiales y la eliminación de productos sin rotación. Se estima un incremento de rotación superior al 20%.

CONCLUSIONES

La implementación de este sistema integrado de gestión de inventarios automático ha demostrado ser una solución eficaz para la gestión de material quirúrgico. Se ha incrementado la seguridad del paciente y el profesional al asegurar la disponibilidad del material necesario para cada procedimiento. Se ha optimizado la eficiencia del sistema reduciendo el tiempo dedicado a la gestión de inventarios y las tareas administrativas del personal asistencial. También se ha habilitado el conocimiento detallado de coste por procedimiento gracias a la trazabilidad del consumo en el quirófano para materiales con RFID y proporcionando al hospital datos clave para una mejor toma de decisiones.

195 GHOSTING EN CONSULTAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA. PREVALENCIA Y COSTE DEL NO-SHOW

López Gobernado, M¹; López García, E²; Villalba Gil, D³; Hernández Bartolomé, J³

¹ Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León; ² Gerencia Atención Primaria ASVAO; ³ Hospital Clínico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN

El ghosting en el contexto hospitalario se puede definir como el absentismo injustificado a consultas médicas programadas. Se estima que la falta de asistencia a las visitas de los pacientes le cuesta al sistema de salud de EE. UU. 50 mil millones de dólares y las citas perdidas en atención primaria en el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido se estiman en de 216 millones de libras al año. Diversos estudios han identificado predictores de inasistencia debido a características sociodemográficas.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia y estimar el coste económico del absentismo de las citas de consultas externas hospitalarias en un Servicio Regional de Salud (SRS).

MATERIAL

Se recogen los datos del Sistema de información Regional de absentismo entre los meses de enero y diciembre de 2024. Se realiza análisis estadístico descriptivo de datos cuantitativos y medidas de dispersión por especialidad médica de todo el SRS. A partir de los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios del SRS se estima mediante una simulación de Monte Carlo el coste del absentismo por servicio y el total del SRS.

RESULTADOS

El número de consultas que no fueron atendidas durante el año 2024 fue de 316.812. La tasa total de “no show” del servicio regional es de 7,31% (DE: 3,30). La mayoría de las especialidades se encuentran en un rango intermedio, con tasas que oscilan entre 3% y 9%, esto incluye especialidades comunes como Medicina Interna, Cardiología, Traumatología, y Neurología. Cirugía Cardíaca (min) 1,22% y Oncología Médica 2,13% tienen las tasas más bajas no presencialidad, esto podría deberse a la gravedad percibida de las condiciones que se tratan en estas especialidades, lo que lleva a una mayor adherencia por parte de los pacientes. Destaca la especialidad de psiquiatría (máx) donde 176 pacientes de cada mil, no acuden a consulta. Para los servicios de ginecología (>4M€) y oftalmología (>4M€) se estima el mayor coste por absentismo. El coste anual estimado para todo el SRS es de 47 millones de euros anuales.

CONCLUSIONES

La inasistencia de pacientes a consultas médicas provoca ineficiencias productivas y económicas. Este problema en las organizaciones sanitarias implica la infrautilización de recursos, esfuerzos adicionales en reprogramaciones y costes de oportunidad. Además, puede afectar la salud de los pacientes. Los modelos predictivos pueden ayudar a mejorar la toma de decisiones y atender mejor las necesidades organizativas.

203 HOSPITAL PROMOTOR DE LA SALUD DE TERCER NIVEL

Vallés Ruiz, N¹; Granados Ulecia, C¹; Alcina Terual, A¹; Garcia Mingorance, A¹; Tur Monteo, M¹; Vargas Trigueros, MI¹

¹ SON ESPASES

INTRODUCCIÓN

Un hospital promotor de la salud es una institución que no solo trata enfermedades, sino que también fomenta hábitos saludables entre sus pacientes, trabajadores y la comunidad. Su enfoque se basa en la prevención, la educación y la promoción de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de la población. Hemos empezado este proyecto en nuestro hospital para implementar medidas al respecto y obtener sus beneficios, los cuales son activos en salud.

OBJETIVO

1. Integrar la promoción de la salud en la atención médica.
2. Capacitar al personal de salud en estrategias preventivas.
3. Involucrar a los pacientes en su propio bienestar.
4. Desarrollar programas para la prevención de enfermedades.
5. Crear un entorno hospitalario saludable y sostenible.

MATERIAL

- Implementación de programas de educación en salud para pacientes y comunidad.
- Capacitación del personal en promoción de la salud.
- Creación de espacios libres de humo y fomento de una alimentación saludable.
- Alianzas con instituciones para fortalecer la prevención de enfermedades.
- Monitoreo de indicadores de salud en la población atendida.

RESULTADOS

- Mayor concienciación de pacientes y personal sobre la importancia de hábitos saludables.
- Reducción de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad y sedentarismo.
- Mejora en la calidad de vida de los pacientes a través de educación y prevención.
- Mayor satisfacción de los trabajadores al promover un ambiente saludable.

CONCLUSIONES

Los hospitales promotores de la salud generan un impacto positivo en la comunidad al priorizar la prevención y el bienestar. Implementar este enfoque mejora los resultados en salud, reduce costos asociados a enfermedades crónicas y fortalece el compromiso del hospital con la sociedad.

206 HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA Y CAMAS SOCIOSANITARIAS GESTIONADAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL III

Vicente Mochales, MC¹; Romero Pareja, R¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Madrid cuenta con una amplia red de hospitales de media estancia

El artículo 14, de la prestación sociosanitaria, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establecen las claves de continuidad asistencial para la atención a pacientes, generalmente crónicos.

Así, determina que:

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.
2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:
 - a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
 - b) La atención sanitaria a la convalecencia.
 - c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Desde el servicio de Trabajo social en coordinación multidisciplinar se gestiona la derivación a diferentes centros para asegurar la recuperación de los pacientes tras un proceso agudo y asegurar su retorno al domicilio en las mejores condiciones de recuperabilidad posibles

OBJETIVO

Describir el perfil y características de la muestra de la población derivada a Hospitales de media Estancia y residencias de mayores que garantizan los procesos de rehabilitación, continuidad de cuidados y otras prestaciones del SERMAS en un hospital de nivel III de la Comunidad de Madrid

MATERIAL

Se presentan los datos obtenidos desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2025 a través de un registro EXCEL realizado por las trabajadoras sociales del Servicio de trabajo social. Finalmente, se realizará una comparativa de estos datos desde 2020 hasta la actualidad.

Se presentan los datos en un análisis descriptivo analítico realizando un análisis comparativo desde 2020 hasta la actualidad

RESULTADOS

Se han gestionado 313 derivaciones de hospitales de media estancia; se han trasladado 249 y ha habido 42 denegaciones

Residencias de mayores: 264 derivaciones. 229 a residencias de carácter temporal y 35 de emergencia social.

CONCLUSIONES

Los hospitales de media estancia y camas sociosanitarias, en general, son esenciales para garantizar los procesos de los y las pacientes tras un proceso de hospitalización en un hospital de agudos y claves para la continuidad asistencial. Son pieza esencial en la planificación al alta hospitalaria y en el retorno al domicilio.

Una adecuada gestión de estas prestaciones asegura una mejor recuperación del paciente y optimiza los tiempos de ingreso en los hospitales de agudos.

Estos impactan en la calidad de vida del paciente y reducen los niveles de estrés en los cuidadores

Son una pieza fundamental del sistema sanitario para garantizar la eficiencia, la sostenibilidad y la calidad de la atención sanitaria.

210 IDENTIFICACIÓN DE ASISTENCIAS PRESTADAS A PACIENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA), LIQUIDABLES SEGÚN ORDEN DEL 24 DE MAYO DE 2024 DE PRECIOS PÚBLICOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Bellido Toré, M¹; Alarcón Díaz, JF²; Vidao Ferriz, MDM²

¹ Servicio Andaluz de Salud; ² H.U. Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

La publicación el 24 de Mayo de 2024 de la nueva Orden de Precios Públicos aplicable en el Sistema Sanitario Público de Andalucía para terceros obligados al pago, ha presentado un reto en la identificación de asistencias sanitarias prestadas a los pacientes, principalmente en el cambio de criterio de liquidación, orientado a GRDs (Grupo Relacionado de Diagnóstico) codificado para los pacientes, en vez de por Estancias y la Excepciones (prótesis quirúrgicas, medicamentos, determinaciones analíticas ...) que anteriormente estaban incluidas en los precios públicos por estancia anteriormente mencionados.

OBJETIVO

Detección de asistencias sanitarias y excepciones prestadas a pacientes durante su episodio asistencial para emitir la correspondiente liquidación según nueva Orden de Precios Públicos en los diferentes tipos de expedientes administrativos (tráficos, privados, extranjeros, laborales...)

MATERIAL

Dado que la información codificada por código NUHSA de identificación de paciente se encuentra distribuida en diferentes sistemas de información, se necesita un repositorio centralizado común, que sea consultado por los profesionales vinculados a la unidad de Ingresos: Cargos a Terceros para emitir las correspondientes liquidaciones. De la misma forma, el repositorio común permite la programación selectiva de pacientes para revisión periódica de asistencia crónicas.

RESULTADOS

El repositorio centralizado con todas las asistencias prestadas identificadas por el código NUHSA único de paciente permite emitir propuestas de liquidación de todas las asistencias prestadas en una única consulta de datos. Esto simplifica la gestión de los profesionales encargados de elaborar estas liquidaciones y grabarlas en los sistemas corporativos. Además, al incluir estas asistencias en propuestas no estarán disponibles posteriormente para su posible liquidación, evitando revisiones posteriores para saber si se han liquidado o no.

CONCLUSIONES

Homogeneizar el proceso de localización de asistencias prestada implica agilidad y determinación en la emisión de liquidaciones, eliminando posibles interpretaciones personales.

215 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA METODOLOGÍA DE TRABAJO CON SISTEMA KANBAN CON RADIOFRECUENCIA (RFID) EN LA GESTIÓN DE ALMACENES

López Gómez, M¹; Madrigal Arias, R²; Peinado Hernández, A²; Garrido Valverde, J²; Timón López, R²; Ruiz De Oña Lacasta, JM ²

¹ Servicio de Salud de Castilla La Mancha. GAI Talavera de la Reina; ² Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina

INTRODUCCIÓN

Una logística eficiente no sólo impacta en los costes de un hospital, sino que influye directamente en la calidad asistencial y en la carga de trabajo del profesional sanitario. Es posible lograr numerosas mejoras transformando la metodología de trabajo en la gestión de los almacenes de un hospital con la implementación de un sistema Kanban con Radiofrecuencia.

OBJETIVO

Mejorar un aspecto fundamental de la gestión hospitalaria: la logística. Se enfoca el proyecto en tres ejes estratégicos en nuestros almacenes con el fin de lograr una optimización de espacios físicos, una reducción de carga administrativa del personal y un adecuado ajuste y control del stock.

MATERIAL

Tras una consultoría especializada se define una estrategia de optimización que hace frente a los principales problemas encontrados: espacios de almacenamientos saturados, personal sanitario y administrativo con sobrecarga logística y stock sobredimensionado con roturas de stock que dan lugar a compras no fiables. Se definen tres ejes de trabajo que hacen frente a estos problemas, conformando un equipo de trabajo multidisciplinar que afronta en primer lugar dos almacenes de hospitalización, dos de áreas especiales y uno de atención primaria. Con un rediseño integral de los almacenes y el material de cada uno de ellos y, tras lograr una integración completa con el sistema informático, se inicia la nueva metodología de trabajo que impacta notablemente en la actividad logística y asistencial.

RESULTADOS

Se logran mejoras en los tres ejes estratégicos:

1. Optimización de espacios físicos: Disminución del 73,7% de espacio destinado a almacenamiento sin comprometer el suministro con rediseño del almacenamiento en planta, reducción stock innecesario e implementación de un almacenamiento dinámico ajustado a la demanda real.
2. Reducción de carga administrativa: introducir tecnología de RFID y sistema Kanban para control de stock, eliminando el control manual y centralizando la gestión de la reposición permite eliminar tareas innecesarias y proporciona más tiempo de atención a los pacientes. En un único almacén se estima un ahorro de 398 horas anuales en tareas logísticas/administrativas.
3. Ajuste y control de stock: Este sistema ha supuesto una mejora del 100% en control de material caducado, la disminución de un 15% en la complejidad de la preparación del pedido y una reducción de consumo de stock en planta de un 16,86% con el consiguiente impacto económico. Ha disminuido la frecuencia de reposición desde el almacén general y ha mejorado la planificación de las compras, eliminando casi por completo las compras urgentes.

CONCLUSIONES

Tras analizar los avances obtenidos en la gestión logística de los cinco primeros almacenes, los datos obtenidos confirman una mejora significativa de la eficiencia de almacenamiento, reducción de stock y optimización del tiempo del personal sanitario. Con estos resultados el siguiente paso es escalar este modelo al resto de áreas del hospital y a los centros urbanos de Atención Primaria, incluyendo una sala específica para material de alto valor con imputación directa a paciente, asegurando una integración completa de la red asistencial de nuestra área sanitaria.

224 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA (PROA) EN EL CONSUMO Y COSTES DE ANTIMICROBIANOS EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: ANÁLISIS COMPARATIVO 2023-2024.

Andrés Gómez, M¹; Andrés Andrés, M¹; Cabezón Estévez, I¹; Gutiérrez Cuadra, M¹; Pereda Fernández, I¹; Avert Deweirder, L¹; Illaro Uganda, A¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Los Programas de Optimización de la Antibioterapia (PROA) tienen como objetivo mejorar la selección, dosificación y duración de los tratamientos antimicrobianos. Su implementación contribuye a reducir la aparición de resistencias bacterianas y a optimizar el uso de los recursos hospitalarios, garantizando una terapia más eficaz y segura.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del PROA en el consumo y costes de antimicrobianos en un Servicio de Hospitalización Domiciliaria (SHD) instaurado durante el año 2024.

MATERIAL

El Servicio de Enfermedades Infecciosas de un hospital de tercer nivel ha ido implantado el PROA desde el año 2010 en distintos Servicios Médicos y Quirúrgicos. En el año 2024 el PROA se comenzó en el SHD. Se realizó un análisis retrospectivo de los datos de consumo y costes de antimicrobianos utilizados en el SHD durante 2023 (sin PROA) y 2024 (con PROA). Se calculó la variación porcentual de cada antibiótico y el impacto económico general, utilizando los costes de 2024 para ambos años. Se compararon los registros de prescripción, identificando variaciones en la cantidad de dosis administradas y el gasto total en ambos años, evaluando el impacto del PROA en la racionalización del uso de antibióticos.

RESULTADOS

El análisis comparativo de los datos de 2023 y 2024 reveló una reducción global del 35,90 % en el gasto total de antimicrobianos, pasando de 264.640,978€ en 2023 a 169.605,819€ en 2024. Se observó sobre todo una disminución en el uso de antibióticos de amplio espectro y antifúngicos, lo que sugiere una posible optimización en la selección terapéutica. Las mayores disminuciones se registraron en Ceftazidima/Avibactam (-35.668,25 €, -76,14%), Ceftolozano/Tazobactam (-17.377,06 €, -67,60%), Piperacilina/Tazobactam (-15.658,72 €, -60,29%) y Tedizolid (-5.160 €, -67,92%). También se redujo el uso de Meropenem (-2.103,39 €, -24,1%), Ertapenem (-5.393 €, -13,32%) y Anfotericina B Liposomal (-11.828,67 €, -48,35%).

CONCLUSIONES

La implementación del programa PROA en el SHD redujo el uso de antimicrobianos, especialmente aquellos de amplio espectro, de última generación y antifúngicos, de alto impacto económico. Esto sugiere una mejora en la toma de decisiones clínicas y una optimización en la selección terapéutica. Estos resultados destacan la importancia de mantener estrategias de optimización que favorezcan la eficiencia hospitalaria y contribuyan a reducir el riesgo de resistencias bacterianas.

237 IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE TRAZABILIDAD TEXTIL EN EL SERVICIO SANITARIO

Calero Gimeno, R¹; Díaz Ruiz, F¹; Vargas Berzosa, M¹; Martínez Jiménez, JC¹; Serrano Ortega, JC¹; Pinto Gelvez, X¹

¹ Gerencia Atención Integrada Hellín

INTRODUCCIÓN

La lencería resulta de especial criticidad en el servicio sanitario: más allá de su coste, se requiere que esté perfecta y disponible en todo momento para el paciente y el profesional. Por ello, se ha realizado un análisis de situación adoptando como medida la implantación de un novedoso sistema de control y trazabilidad textil que logra tratar de forma unívoca el flujo de cada prenda en su ciclo de vida y lavado para mejorar los procesos de gestión.

OBJETIVO

- Ofrecer el mejor servicio a los pacientes y la mejor calidad a los profesionales:
- Dotar de una mayor dignidad y calidad a la asistencia sanitaria prestada.
- Analizar y mejorar la situación de la lencería y el servicio de lavandería.
- Mejorar la disponibilidad de lencería.
- Reducir el coste económico de lencería y lavandería.

MATERIAL

Análisis descriptivo, cuantitativo y cualitativo, basado en la exposición de un caso de éxito.

RESULTADOS

Se ha tecnificado y automatizado un servicio como la lencería, tan sensible en el ámbito sanitario. El sistema implantado permite, la lectura masiva de las indumentarias, la asignación y designación de las vestimentas o el seguimiento de la recogida de la ropa sucia. Y es que cada una de estas piezas textiles está identificada con un dispositivo electrónico de lectura. Así es como se puede desarrollar una gestión automatizada de todas las prendas mediante el software adecuado.

Mediante una aplicación informática es posible también la organización de los almacenes destinados al material textil. Una herramienta de trazabilidad que posibilita el control del tiempo que media entre que la ropa sale del hospital con destino a la lavandería y su vuelta, una vez lavada. Con este cálculo temporal se adquiere una información muy necesaria para optimizar la gestión de este servicio.

- Gestión de recepción y envío a lavandería.
- Gestión de entrega y devolución de ropa plana por departamentos del hospital con control de la entrega y cumplimiento de pactos.
- Gestión de albaranes de ropa de forma a entregar por servicio, cantidades y prendas.
- Control del tag de zona para identificar los almacenes.
- Gestión de stocks.
- Gestión de inventarios.
- Históricos de movimientos con fecha, nº de lavados y tipos de movimientos.

Con ello, se han conseguido importantes avances:

- Ha desaparecido la percepción de "falta de ropa" entre profesionales y pacientes.
- Se han evitado los problemas reales de falta de ropa y el tener que estar estrenando continuamente prendas sacándolas del almacén genera, con el coste económico que supone.
- El gasto en adquisición de ropa se ha reducido.
- Se tiene un control de stock de cada almacén en todo momento, ajustando los pactos de consumo y pudiendo hacer previsiones para periodos festivos o puentes.
- Control de las demoras en los tiempos de lavado y las roturas o deterioro de prenda, si los hubiera.
- Se ha podido estudiar la rotación de prendas por Servicio, tomando medidas para su mejor uso.
- Se dispone de informes en formato Excel para su estudio y evaluación por la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión y Servicios Generales.
- El sistema de antenas RFID permite conocer la salida de ropa de las instalaciones del hospital.

CONCLUSIONES

Se ha reorganizado todo el servicio, logrando disponer de información, control y trazabilidad de prendas para pacientes y profesionales, evitando la escasez y facilitando la gestión de stocks, almacenamiento e inventarios. Se busca que la ropa esté siempre a disposición del paciente y el profesional.

239 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ANÁLISIS INMEDIATO DE RESOLUCIÓN EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA (AIREE)

Alonso Ares, T¹; Mendoza Sánchez, CM¹; Domínguez Pérez, ML¹; Martínez Gómez, J¹; García Martínez, R¹; Muñoz Sahagún, P¹

¹ SUMMA ^{1 1 2}

INTRODUCCIÓN

El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de nuestro Servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE) atiende la totalidad de las llamadas a través de un sistema escalonado estandarizado en el que intervienen diferentes perfiles profesionales que clasifican y responden a la demanda según prioridad.

La vuelta a la normalidad postpandémica evidenció fallos multifactoriales en el proceso que si bien se subsanaban por la actuación inmediata generaban estrés profesional y tensionaban el sistema.

Se plantea un rediseño integral del proceso de atención aprovechando la oportunidad de un traslado a nuevas instalaciones.

OBJETIVO

Rediseñar el proceso de atención a la demanda del CCU para mantener y mejorar los estándares de calidad en la atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria.

MATERIAL

Selección de 2 grupos (G) multidisciplinares con experiencia en CCU con metodólogo.

Formación.

Inicio octubre 2023.

El G1 realizó análisis DAFO-CAME del CCU.

El G2 realizó Mapa de Riesgo del proceso de atención a la llamada, incorporando Debilidades y Amenazas del G1.

Valoración de: Impacto, Probabilidad, Detectabilidad de fallos y causas y Factibilidad y Relevancia de las propuestas de mejoras/ planes de acción (PA).

Diseño e implantación de PA a través de 3 nuevos G específicos participados por la dirección e informática.

RESULTADOS

Hallazgos relevantes:

DAFO CAME

Actuar sobre:

- Elevada rotación operador.
- Variabilidad en la respuesta.
- Escasa supervisión.
- Trabajo en equipo.
- Entrenamiento, habilidades, comunicación.
- Seguimiento incidentes tiempos.

MAPA DE RIESGO

Se desagregó el proceso en 13 fases. Se identifican 61 riesgos y > 60 causas.

Causas de riesgo Muy Alto ≥75

- Agotamiento profesional por sobretriaje.
- Falta de personal, sobre todo médicos.
- Error en regulación médica/triaje enfermera por falta de información adecuada.

Riesgo entre 60-74

- Exceso de trabajo que recae sobre parte de los trabajadores de un turno.
- Repercusión de saturación de unidades hospitalarias (epidemias, etc).
- Desbordamiento en atención a la demanda, falta de tiempo..
- Olvidos relevantes por no seguir orden en procedimiento regulación/triaje.
- Asignación de recurso/resolución inadecuada.
- Falta información a tiempo real de recursos ajenos que pueden mejorar cadena de supervivencia..

Acciones implantadas del 22/05 a actualidad

- Revisión árbol lógico (método agile).
- Reorganización: Equipos de colaboración. Desagregación perfiles (médico colaborador, enfermera coordinación, perfil locutor (urgencias, emergencias, supervisor),...).
- Unificación procedimientos regulación y triaje: AIREE.
- Cambio formación: entrenamiento, habilidades, supervisión en CCU.
- Geoposicionamiento recursos ajenos.

CONCLUSIONES

El abordaje con rigor metodológico a través de 5 grupos multidisciplinares ha facilitado la identificación y priorización de debilidades, amenazas, riesgos y causas en el proceso de atención a la demanda sanitaria y tomar decisiones e implantar acciones basadas en información y hechos, rediseñando y mejorando el proceso de atención. Extrapolable a cualquier CCU.

243 IMPLEMENTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN HOSPITALES: EVALUACIÓN POST-IMPLEMENTACIÓN.

Varela-Rodríguez, C¹; Giménez-García, E³; Illa, C³

¹Hospital Universitario ¹² de Octubre; ²H. U. Vall d'Hebrón; ³IQVIA

INTRODUCCIÓN

La Asistencia Sanitaria Basada en Valor (ASBV) se consolida como estrategia fundamental para mejorar la eficiencia y calidad en los sistemas sanitarios. Su objetivo es alinear los costes con obtener resultados en salud importantes para el paciente y la mejora de su experiencia, favoreciendo un uso eficiente de recursos. La implementación y consolidación requieren una evaluación detallada de buenas prácticas, barreras y facilitadores extrapolables.

OBJETIVO

Se evalúa el impacto de implementar la ASBV en hospitales en resultados clínicos, eficiencia operativa y experiencia del paciente. Se busca también identificar los principales obstáculos en su adopción y definir estrategias que faciliten la integración en otros centros.

MATERIAL

Se realizó una búsqueda bibliográfica narrativa de acciones o proyectos ejecutados en hospitales que se asocian al desarrollo de ASBV. Los indicadores del impacto incluyeron aquellos de actividad asistencial como estancias hospitalarias o tasas de reingreso, complicaciones postoperatorias y supervivencia, así como medidas de resultados en salud declarados por pacientes (PROM; Patient-Reported Outcome Measures) o de experiencia del paciente (PREM; Patient-Reported Experience Measures). Asimismo se valoraron otras casuísticas de eficiencia operativa como la evolución de tiempos de espera.

Se profundiza el análisis de los resultados obtenidos considerando como referencia cuatro modelos de éxito internacionales: el Grupo Santeon (Países Bajos), la Cleveland Clinic (Estados Unidos), la Martini-Klinik (Alemania) y el Instituto Karolinska (Suecia).

RESULTADOS

La implementación de ASBV generó mejoras relevantes en distintos ámbitos. En términos de uso de recursos, se observa una reducción de los reingresos evitables de pacientes crónicos, en complicaciones postoperatorias y una disminución de hospitalizaciones innecesarias. Asimismo, se cuantifican y observan mejoras en la calidad de vida de pacientes con patologías complejas. Adicionalmente, los cuestionarios PREM reflejaron aumentos en la satisfacción del paciente, destacando una percepción más positiva en la accesibilidad y personalización de la atención. Finalmente se observó una satisfacción elevada también profesional.

Desde el punto de vista económico, la implementación de la ASBV permitió ahorros anuales estimados en millones de euros con la detección y reducción de duplicidades y pruebas innecesarias. Asimismo, la optimización de la planificación quirúrgica redujo tiempos de espera para intervenciones.

Los factores clave para el éxito tras años de ASBV reportados incluyen la medición sistemática de resultados y costes por paciente, la estructuración de equipos multidisciplinares en torno a patologías específicas y la incorporación de plataformas digitales concentradas y que faciliten la toma de decisiones en tiempo real. Asimismo, los éxitos comentados se asociaron a transformaciones organizativas, destacándose la necesidad de formación continua del personal y la alineación de incentivos con los resultados clínicos y la experiencia del paciente.

CONCLUSIONES

Los resultados observados demuestran que implementar la ASBV puede ser una estrategia efectiva para mejorar la calidad asistencial, la sostenibilidad económica y la satisfacción del paciente. Su replicabilidad en otros hospitales es viable, siempre que se valore la adaptación al entorno.

Para facilitar la adopción se recomienda desarrollar una estrategia basada en medir resultados, consolidar equipos multidisciplinares con liderazgo clínico y usar herramientas digitales que permitan seguimientos continuos del impacto. Además, la alineación de incentivos con los resultados obtenidos resultó clave para la sostenibilidad del modelo.

En conclusión, los datos postimplementación sugieren que la ASBV no solo optimizaría la eficiencia del sistema sanitario, sino que también promovería una atención centrada en el paciente. Su adopción debe considerarse una prioridad en la transformación de los sistemas de salud hacia modelos más eficientes, sostenibles y orientados a resultados.

[GGE1] No lo demostramos en los resultados.

249 IMPLEMENTACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL Y AUMENTADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Pedraja Vidal, J¹; Hernández-Coronado Quintero, MJ²; Rojo Santos, E¹; Higuera Pardo, S¹; Barajas Florez, K¹

¹ Hospital Virtual Valdecilla

INTRODUCCIÓN

El Hospital Virtual Valdecilla, en colaboración con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, está explorando el potencial de la Realidad Virtual (VR) y la Realidad Aumentada (AR) para transformar la atención sanitaria. Estas tecnologías permiten optimizar la experiencia del paciente, mejorar la formación de los profesionales sanitarios y aportar valor al sistema de salud mediante diversas aplicaciones innovadoras.

OBJETIVO

El objetivo de esta iniciativa es consolidar el uso de VR y AR en la práctica asistencial, utilizando estas tecnologías para mejorar la seguridad del paciente, optimizar procedimientos clínicos y humanizar la estancia hospitalaria. Además, se busca convertir a Valdecilla en un referente en la aplicación de tecnologías inmersivas en el ámbito hospitalario.

MATERIAL

A través de distintos proyectos, se han implementado soluciones basadas en VR y AR en diversas áreas del hospital:

- **Orquesta Virtual Valdecilla:** Uso de VR para mejorar la rehabilitación y el bienestar emocional de pacientes psiquiátricos mediante la inmersión en una orquesta sinfónica.
- **Radioterapia VR:** Simulación del proceso de radioterapia antes del tratamiento real, reduciendo la ansiedad de los pacientes y mejorando la adherencia al procedimiento.
- **Valdecilla Maps:** Implementación de AR para facilitar la navegación dentro del hospital mediante dispositivos móviles, optimizando la accesibilidad y desplazamientos.

Además, se están desarrollando proyectos piloto que emplean VR y AR en la simulación de procedimientos clínicos complejos y en la personalización de terapias inmersivas.

RESULTADOS

Las soluciones implementadas han demostrado un impacto positivo en la experiencia del paciente, facilitando la adherencia a tratamientos y reduciendo la ansiedad. La integración de AR en la navegación hospitalaria ha optimizado los desplazamientos de pacientes y profesionales. Asimismo, el uso de VR en la formación ha mejorado la capacitación en procedimientos clínicos y quirúrgicos, reduciendo la curva de aprendizaje y aumentando la seguridad en la práctica asistencial.

CONCLUSIONES

La aplicación de Realidad Virtual y Aumentada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla está transformando la atención sanitaria y consolidando a Valdecilla como un referente en la implementación de tecnologías inmersivas. La combinación de innovación y asistencia sanitaria está mejorando la seguridad del paciente, la eficiencia hospitalaria y la formación de los profesionales, demostrando el potencial de estas herramientas en la evolución del entorno hospitalario.

261 INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENFERMERIA.

Heras Nicolás, C¹; López Arellano, EM¹; Llorente Fernández, ME¹; Pérez Alonso, J²; Andrade Gómez, E³

¹ Servicio Riojano de Salud; ² Universidad de La Rioja

INTRODUCCIÓN

El avance y progreso digital es un hecho a nivel mundial en todos los sectores, por lo que el ámbito de la salud no podía quedar excluido, con una tendencia actual hacia la digitalización de los procesos de salud. Cada vez más, se intenta tecnificar e informatizar todos los procedimientos llevados a cabo en la prevención, asistencia y recuperación de los individuos con patologías, impulsar la medicina de precisión y proactiva, empoderar al paciente y su entorno, crear métodos de predicción y sistemas de ayuda a la decisión clínica, entre otros avances, y todo ello como parte de un sistema disruptivo reciente como la Inteligencia Artificial.

OBJETIVO

1. Conocer las aplicaciones de Inteligencia Artificial que pueden desarrollarse en la práctica enfermera.
2. Conocer los beneficios que puede reportar al trabajo de Enfermería el uso de estos sistemas.
3. Profundizar en una de las vertientes de uso, como la monitorización remota junto a sistemas de aprendizaje automático, en cuanto a ventajas para el paciente, el profesional y el propio sistema de salud.

MATERIAL

Realizada una revisión bibliográfica del impacto de la Inteligencia Artificial en el Proceso de Atención a Enfermería, siguiendo la declaración PRISMA.

Se planteó una pregunta PICOST y se consultaron 5 bases de datos de prestigio científico con el mayor grado de evidencia posible.

RESULTADOS

La Enfermería es el sector sanitario más numeroso, llegando a cifras en torno a 27 millones en el mundo, por lo que sus decisiones pueden ser clave en la implantación de estas herramientas en los sistemas de salud.

Estas aplicaciones pueden aportar beneficios en su práctica habitual, ayudando en la toma de decisiones, en la predicción de resultados, utilizando mecanismos de aprendizaje automático (ML), y fomentando prácticas proactivas y de prevención.

CONCLUSIONES

La enfermería también puede aprovechar las funcionalidades de la IA en su papel de educadora, tanto a sus iguales, mediante técnicas de simulación o realidad virtual, como a sus pacientes.

La monitorización y seguimiento remoto, es otra vertiente de uso de la IA que puede beneficiar a los tres pilares de la atención sanitaria: profesional (en este caso Enfermería), paciente y sistema sanitario, ya que puede prevenir la aparición de complicaciones, y por tanto actuar de forma precoz, generando menor demanda asistencial, disminuyendo ingresos, anticipando complicaciones y recaídas, lo que repercute en un mejor uso de los recursos y una gestión del propio sistema sanitario más eficiente y efectiva.

Pese a los múltiples beneficios, su uso no está exento de preocupaciones y cierto rechazo debido a la carencia de regulación tanto a nivel político y legislativo, sin olvidar algunos riesgos éticos como la privacidad, confidencialidad o dignidad, que pueden suponer cierto freno en el uso de estos sistemas. Por este motivo, en marzo de 2024 el Parlamento Europeo ratifica la 1ª Ley de IA, pionera a nivel mundial y será referente en otras jurisdicciones.

284 LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA HOSPITALIZACIÓN EN RESIDENCIAS COMO MODELO ALTERNATIVO A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Cuchi Alfaro, MI¹; De Andrés Gimeno, B¹; Bermejo Boixareu, C¹; Medina Cuenca, P¹; Delgado San Martín, M¹; García Pondal, J¹

¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

La hospitalización en residencias de mayores (HaR), es un modelo asistencial alternativo que proporciona tratamiento de nivel hospitalario en el domicilio del paciente. Se ha puesto en marcha una nueva unidad de HaR, y la evaluación de la satisfacción del paciente y la familia es crucial para valorar su desarrollo.

OBJETIVO

Analizar los niveles de satisfacción de los pacientes y sus familias tras el ingreso en una unidad de HaR de reciente creación.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante cuestionarios estructurados que evaluaban diversos aspectos de la experiencia en una unidad de HaR durante los cinco primeros meses de su creación. El 1 de octubre de 2024 se creó la planta de hospitalización virtual de pacientes institucionalizados que fueron tratados en su residencia con tratamiento de uso hospitalario. El sistema informático del hospital ha añadido una planta de hospitalización nueva donde figura la historia clínica del paciente, petición de pruebas y resultados, interconsultas a otros especialistas, constantes y evolutivos diarios, e informe de alta, igual que en una planta de hospitalización convencional. Los pacientes han sido valorados por el personal del hospital (médico y enfermería) como si se tratara de una planta más del hospital. Al alta de la hospitalización virtual se entregaba al paciente/familiar el mismo cuestionario de satisfacción que se realiza a los que ingresan en la hospitalización convencional. Las variables de satisfacción evaluadas incluyeron la satisfacción global, la información recibida de médicos y enfermeras, la seguridad percibida, la amabilidad y buen trato del personal, los profesionales que necesitaban mejorar, las áreas que necesitaban mejoras y el dolor medido mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para identificar tendencias y factores clave de la satisfacción.

RESULTADOS

Durante dicho período de tiempo ingresaron 106 pacientes en la planta de HaR. Los pacientes ingresaron desde el servicio de urgencias, desde una planta de hospitalización, o el 44% desde su propia residencia evitando el traslado a urgencias también. La edad media de los pacientes atendidos fue de 88,7 años y el 82% fueron mujeres. La estancia media fue de 7,05 días. Se han recogido 94 cuestionarios de satisfacción. En la valoración global de satisfacción y recomendación a un amigo el 85% de los encuestados puntuaron 10 sobre 10 puntos. El 100% de los profesionales médicos y de enfermería se identificaron. Los familiares y/o pacientes no consideraron que dichos profesionales necesitaran ningún tipo de mejora. El 98% de las encuestas puntuaron con un nueve, o un diez, el trato y amabilidad. De los 94 residentes: 92 se sintieron seguros, o muy seguros, con la atención recibida. El 65% tuvieron un EVA de cero durante el proceso de hospitalización.

CONCLUSIONES

La introducción de la unidad de HaR ha sido muy bien recibida por los pacientes y sus familias, lo que demuestra su potencial como alternativa viable a la atención hospitalaria tradicional, así como su necesidad de desarrollo. La evaluación continua y la optimización del servicio serán esenciales para garantizar la mejora continua y la alta calidad.

285 LA GESTIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD TRANSVERSAL DE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

Prada De Medio, E¹; Gómez Santillana, M¹; Calero Paniagua, I¹; Gómez García-Consuegra, A¹; Hervás Laguna, MJ¹; Ballesteros Cavero, JA¹

¹ Gerencia Atención Integrada Cuenca

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inmunomediadas (EIM) son enfermedades sistémicas y complejas que requieren dispositivos asistenciales que se adapten al perfil de necesidades de los pacientes, entre los que cabe destacar la necesidad de una atención personalizada por su médico habitual, rápida para resolución de imprevistos, así como controles en períodos cortos de tiempo.

Así, desde hace varios años la atención de estos pacientes se está realizando en muchos Hospitales de forma cada vez más organizada y multidisciplinar con un liderazgo en la gestión del proceso desde los Servicios de Medicina Interna. Ello ha incrementado sin duda los niveles de eficacia y eficiencia en la atención al paciente con EIM.

Se trata de patologías con una prevalencia notable (6.4%) con un impacto importante en los pacientes, los cuales sufren un deterioro en su calidad de vida, afectando incluso a su desarrollo personal y laboral.

Por este motivo, es necesaria una reorganización asistencial, y una correcta transmisión de los conocimientos mediante la puesta en marcha de una Unidad Transversal de Enfermedades Inmunomediadas (UTEIM).

OBJETIVO

Los objetivos que buscábamos con la implantación de la UTEIM eran los siguientes:

1. Dar una respuesta profesional de calidad a la demanda social existente de atención a los pacientes con Enfermedades Inmunomediadas (EIM).
2. Favorecer un manejo integral e individualizado de los pacientes afectos de este tipo de enfermedades.
3. Optimizar el número de visitas a consultas y centros sanitarios, con el objetivo de reducir ausencias laborales y menoscabo de la actividad laboral de los pacientes, que frecuentemente están en esa edad.
4. Reducir el número de peticiones de pruebas complementarias innecesarias, en pacientes con Enfermedades Inflammatorias e Inmunomediadas.

MATERIAL

Se modificaron los circuitos de derivación de los pacientes según el ámbito donde surgía la necesidad: Consultas externas, Planta de hospitalización, Contestación a interconsultas de otras Unidades y servicios hospitalarios, Atención Primaria y Hospital de Día, estableciendo vías de comunicación rápidas y eficientes, agilizando la cita de aquellos pacientes que así lo requerían y estableciendo que profesional debía atender determinadas patologías evitando visitas médicas no productivas.

RESULTADOS

La implantación de la UTEIM ha mejorado la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales y entre los diferentes especialistas que antes atendían a los pacientes con una EIM, clasificando a los pacientes según su patología, priorizando aquellas que según criterio clínico debían ser vistas con mayor celeridad y por tanto mejorando sensiblemente la calidad asistencial ofrecida.

En cuanto a la demora en la atención sanitaria, como se puede ver en la tabla, desde la implantación de esta Unidad en mayo de 2024 y a pesar de haber un facultativo especialista en reumatología menos, el número de pacientes sin cita ha descendido, sobre todo desde Octubre que fue cuando finalizó el periodo vacacional.

FECHA	Nº PACIENTES SIN CITA REUMATOLOGÍA
15 -may-24	73
01 - jun -24	51
15 -jun-24	38
01 - jul -24	64
15 -jul-24	56
01 - ago-24	43
15 -ago-24	39
01 - sept-24	8
15 -sept24	25

FECHA	Nº PACIENTES SIN CITA REUMATOLOGÍA
01 - oct -24	52
15 -oct- 24	66
01 - nov -24	0
15 -nov-24	0
01 - dic -24	0
15 -dic-24	0
01 - ene-24	0
15 -ene-24	0
01 - feb -24	0
15 -feb-24	1

CONCLUSIONES

La implantación de la UTEIM ha supuesto una mejora tanto cualitativa como cuantitativa en términos de resultados asistenciales porque se ha mejorado y agilizado el circuito tanto externo como interno, enfocándolos en las necesidades de los pacientes, hay que tener en cuenta que los meses de verano (Julio y Agosto) se incrementó el número de pacientes sin cita por el periodo vacacional.

288 LA IMAGEN EN NÚMEROS. CÓMO REALIZAR UNA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

Paniagua Bravo, A¹; López Velayos, C¹; Marugan Romero, L¹; Ossaba Vélez, S¹

¹Unidad Central de Radiodiagnóstico

INTRODUCCIÓN

Las pruebas de imagen se han convertido en un pilar esencial del proceso diagnóstico. Por su carácter de servicio central, los departamentos de radiología pueden ser causa de demoras generalizadas o bien actuar como facilitadores del buen funcionamiento del centro sanitario. Por ello, resulta fundamental su coordinación con el resto de los servicios y son necesarios unos indicadores clave que permitan su monitorización y desarrollar un proceso de mejora continua.

OBJETIVO

El principal objetivo es establecer los indicadores clave que permitan monitorizar el adecuado funcionamiento de un servicio de diagnóstico por imagen, mostrando la información más relevante de cada una de las fases del proceso (peticiones, lista de espera, cita, realización de pruebas y lectura de los informes radiológicos) que permita una adecuada interpretación y análisis de la situación sin caer en un exceso de datos.

MATERIAL

Partiendo de la actividad asistencial de los servicios de radiología de seis centros hospitalarios, se han definido, junto con las Direcciones Médicas, los indicadores más relevantes para una adecuada monitorización. A partir de los datos de distintos sistemas de información (HIS, RIS), durante el ejercicio 2024, se ha elaborado un cuadro de mandos que permita su obtención rápida y su seguimiento, teniendo en consideración los factores más relevantes:

1. Peticiones, atendiendo al porcentaje de normales y preferentes y a la correcta cumplimentación de la fecha de indicación.
2. Frecuentación por modalidades (radiología convencional, tomografía computarizada, ecografía, resonancia magnética, mamografía) y por servicios peticionarios (atención primaria y los diferentes servicios hospitalarios).
3. Listas de espera por modalidades, diferenciando exploraciones normales y preferentes.
4. Actividad realizada por modalidades y comparativa con el mismo periodo del año anterior.
5. Tasa de absentismo (pacientes no presentados).
6. Tiempo de disponibilidad del informe (tiempo entre la realización de la prueba y la validación del informe del radiólogo) por ámbito (hospitalización, urgencias y consultas).

RESULTADOS

Se han detectado asimetrías entre centros en muchos de los indicadores analizados. Desde el porcentaje de peticiones preferentes (oscila entre 15 y 33% según el centro), de peticiones asociadas a primeras consultas (rango entre 60 y el 98%), peticiones con fecha de indicación ahora (67-16%) y en la frecuentación, que se ha desglosado por servicios peticionarios para detectar las desviaciones más relevantes sobre la media. Consecuentemente, también se han detectado diferencias en los datos de lista de espera incluso en centros semejantes con un nivel de actividad similar.

CONCLUSIONES

La monitorización de ciertos indicadores clave permite evaluar el correcto funcionamiento de un Servicio de Diagnóstico por Imagen y un mejor aprovechamiento de los recursos, con impacto favorable en la lista de espera. La realización de *benchmarking* entre centros aporta además niveles de referencia y ayuda a detectar puntos de mejora.

307 MEDIDAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

Martín Ramiro, J¹; Martín Ramiro, J²; Gómez Santana, A³

¹ SERMAS; ² Hospital Universitario Severo Ochoa; ³ Hospital Universitario Infanta Sofía

INTRODUCCIÓN

Dentro de los procesos asistenciales hospitalarios, la calidad debe ser el objetivo principal de todas las acciones desarrolladas y el principal leitmotiv de los actores implicados. La calidad percibida por el usuario es una parte importante y además se convierte en la carta de presentación del centro de cara a la sociedad.

Los centros públicos compiten en desigualdad de condiciones con los centros privados a la hora de ser evaluados por los receptores de la asistencia, sobre todo en centros hospitalarios del grupo II, en aspectos extra asistenciales como son los relacionados con la hostelería y comodidades facilitadas en las habitaciones lo cual conlleva una peor valoración por parte del usuario independientemente de la calidad de la asistencia prestada.

OBJETIVO

Desarrollar en un hospital del grupo II perteneciente al SERMAS, con 386 camas en habitaciones dobles, una serie de medidas encaminadas a mejorar la calidad percibida por el usuario final.

MATERIAL

Durante el año 2020 y mediante la realización de encuestas dirigidas al alta, así como una tormenta de ideas entre usuarios y profesionales se detectaron aquellos puntos de mejora que permitieran optimizar las condiciones de ingreso y la satisfacción al alta del usuario, lo cual fue monitoreado mediante la puntuación obtenida en el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) estudio de referencia en el sector sanitario.

Dentro de las áreas de mejora detectadas, se implementaron aquellas que fueran factibles, excluyendo las que requiriesen acciones sobre la estructura física del hospital. Entre ellas destacan la creación de un área específica en urgencias para la atención del paciente geriátrico y frágil, creación de un programa de ejercicio físico en pacientes oncológicos, dar la posibilidad, a los pacientes quirúrgicos, de anesthesiarse escuchando su música favorita, detección diaria de los pacientes ingresados que cumplen años recibiendo una felicitación en su bandeja del desayuno, reducción de las demoras quirúrgicas y de primeras consultas a menos de 45 días optimizando agendas y ocupación de quirófanos, reducir el nivel de ruidos en las plantas, ofrecer la posibilidad de un préstamo de libros y zona de estar fuera de las habitaciones de hospitalización.

RESULTADOS

El MRS del año 2022 situó al hospital en el número 38 de los 100 mejores hospitales de España, siendo esta la primera vez que entraba en este ranking.

CONCLUSIONES

La realización de sencillas medidas, fruto del esfuerzo personal de los profesionales y direcciones de los centros, dan la posibilidad de ofrecer unos servicios donde aunemos la calidad asistencial con la calidad percibida, lo cual redundará en una mayor satisfacción del usuario final.

309 MEJORA A TRAVÉS DE LA GESTIÓN CLÍNICA: PROYECTOS ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Berrozpe Villabona, C¹; Gracia Casado, GL²; Trillo Martínez, ML²; Real Campaña, JM²

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

En un hospital de tercer nivel, la Gestión Clínica juega un papel fundamental en la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia. A través de la inclusión de proyectos asistenciales en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC), se reconoce la iniciativa de los profesionales y su implicación activa en la resolución de problemas estratégicos y optimización de los procesos. Este enfoque permite que las propuestas de los profesionales contribuyan a la mejora de la atención al paciente estando alineadas con los objetivos del hospital.

OBJETIVO

Describir la metodología establecida para la evaluación y validación de los proyectos asistenciales en el marco de los AGC en un hospital de tercer nivel, destacando el compromiso de los profesionales asistenciales.

MATERIAL

El proceso de inclusión de los proyectos asistenciales en los AGC comienza con la valoración interna de las propuestas en cada servicio/unidad. Durante esta fase se analiza la pertinencia y viabilidad, así como su alineación con los objetivos estratégicos del hospital. Si un proyecto requiere colaboración de otros servicios/unidades, debe obtenerse su aceptación.

Una vez aprobados internamente, los proyectos se remiten a las Subdirecciones correspondientes para su evaluación estratégica. Esta valoración se centra en la identificación de los problemas que el proyecto busca resolver y su impacto en los resultados asistenciales. Además, se analiza la viabilidad económica, legal, organizativa y/o sociocultural del proyecto. Desde 2024, se ha implementado un límite de cuatro proyectos asistenciales por servicio/unidad.

Posteriormente, la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) revisa cada proyecto y, si es necesario, realiza recomendaciones técnicas para la mejora de la metodología. Después, los proyectos validados por la UCA se incorporan a la plataforma centralizada de gestión de proyectos asistenciales.

Cada proyecto tiene una duración de dos años, y su evaluación se realiza mediante una memoria de seguimiento al concluir el primer año y una memoria final al término del segundo año. La UCA se encarga de la evaluación técnica de la memoria, mientras que la Dirección valora el desarrollo e impacto del proyecto.

RESULTADOS

En 2024, se recibieron un total de 214 proyectos asistenciales para su inclusión en los AGC. Tres servicios no presentaron proyectos en el tiempo estipulado. Del total, 66 fueron rechazados (7 por haber sido presentados fuera de plazo y 59 por incumplimiento de criterios establecidos). Finalmente, 148 proyectos fueron aceptados para su inclusión en los AGC.

Actualmente, los 148 proyectos de 2024 se encuentran en fase de evaluación de memoria de seguimiento, mientras que 19 proyectos de 2023 están en fase de evaluación de memoria final.

CONCLUSIONES

Es fundamental seguir impulsando la participación de los profesionales para mantener la mejora continua y el desarrollo de iniciativas que resuelvan problemas clave en la atención sanitaria.

El objetivo de la UCA es mejorar la metodología de los proyectos asistenciales que se presentan, mediante la revisión proactiva de todos los proyectos, asesorías a demanda de los profesionales, presenciales o telemáticas, y mediante la realización de talleres y cursos de formación.

310 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL MODELO DE RECONOCIMIENTO SACYL EXCELENTE

Rubio Gil, FJ¹; Rubio Gil, FJ¹; Díez Campelo, M¹; Cañizares Sánchez, R¹; Rodríguez Laureiro, JL¹; Rodríguez Pajares, C¹; Sánchez Romero, V¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial es esencial en nuestra sociedad, pero los profesionales suelen verla como un añadido a su actividad. Es necesario promover una nueva visión de la calidad en la asistencia sanitaria y aumentar el compromiso de los profesionales con la mejora, a través de sistemas y programas de gestión clínica que fomenten la participación. Los programas de calidad no solo tienen motivaciones éticas, sino que también aumentan la efectividad clínica y la eficiencia, buscando la satisfacción de usuarios y trabajadores. Sacyl Excelente es un modelo de reconocimiento que fomenta la mejora continua en centros de salud y hospitales mediante la demostración de logros hacia la excelencia.

OBJETIVO

El objetivo es involucrar a las unidades asistenciales en la mejora de la gestión, la calidad y la seguridad, implantando un modelo orientado a la excelencia. Este modelo incluye la evaluación de resultados en salud y el reconocimiento de unidades avanzadas.

MATERIAL

El modelo desarrollado por la Dirección General de Calidad e Infraestructuras de la Consejería de Sanidad de Castilla y León es objetivo y progresivo. Las unidades son valoradas según criterios definidos, con reconocimiento basado en el grado de cumplimiento de estándares y resultados obtenidos. Es un sistema voluntario con tres niveles de reconocimiento: inicial, avanzado y excelente. El modelo incluye 78 estándares clasificados por categorías: derechos de los pacientes, atención segura, gestión de procesos y dirección de la unidad. Los estándares se diferencian por grupos según su impacto y complejidad.

RESULTADOS

Han participado 6 servicios del centro. En la primera autoevaluación, los porcentajes de cumplimiento variaron por servicio. Tras la implantación del plan de mejora, los resultados mejoraron significativamente.

Primera autoevaluación:

- Cardiología: 27 % de los estándares del grupo I, 38% de los estándares del grupo II, 71% de los estándares del grupo III y 56% de los estándares del grupo IV.
- Cirugía torácica: 57% del grupo I, 59% del grupo II, 48% del grupo III y 50% del grupo IV.
- Hematología: 21% del grupo I, 40% del grupo II, 30% del grupo III y 43% del grupo IV.
- Neurocirugía: 27% del grupo I, 17% del grupo II, 5% del grupo III y 0% del grupo IV.
- Pediatría: 60% del grupo I, 50% del grupo II, 24% del grupo III y 6% del grupo IV.
- Urgencias: 52% del grupo I, 38% del grupo II; 32% del grupo III y 22% del grupo IV.

Segunda autoevaluación

- Cardiología: 100% de los estándares del grupo I, 100% de los estándares del grupo II, 95% de los estándares del grupo III y 89% de los estándares del grupo IV.
- Cirugía torácica: 100% del grupo I, 100% del grupo II, 48% del grupo III y 50% del grupo IV.
- Hematología: 100% del grupo I, 83% del grupo II, 33 % del grupo III y 43% del grupo IV.
- Neurocirugía: 100% del grupo I, 100% del grupo II, 19% del grupo III y 6% del grupo IV.
- Pediatría: 100% del grupo I, 79% del grupo II, 29% s del grupo III y 29% del grupo IV.
- Urgencias: 100% del grupo I, 88% del grupo II, 76% d del grupo III y 44% del grupo IV

CONCLUSIONES

El sistema Sacyl Excelente evalúa no solo las acciones, sino también los resultados obtenidos. Los indicadores permiten evaluar logros en efectividad, seguridad del paciente, accesibilidad, orientación al usuario y satisfacción del paciente. En base a los resultados de la segunda autoevaluación, los servicios han solicitado el reconocimiento en diferentes niveles: cardiología nivel excelente, cirugía torácica nivel inicial, hematología nivel inicial, neurocirugía nivel inicial, pediatría nivel inicial y urgencias nivel avanzado.

323 MODELO NORMALIZADO DE CALIDAD E INOCUIDAD EN COCINAS HOSPITALARIAS: MÉTODO COCINHEX

Del Pozo Mariño, M¹; Márquez Polo, Y¹; Pérez García, A¹

¹ Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Servicios Sociales

INTRODUCCIÓN

En el nuevo y vibrante escenario de la gestión sanitaria integral adquiere gran relevancia la incorporación de procesos no asistenciales.

El trabajo en equipo, multidisciplinar normalizado, conocido, secuenciado, con liderazgo compartido y comprometido, es la dinámica del Método COCINHEX; se refiere al Compromiso en Calidad e inocuidad en las Cocinas Hospitalarias de Extremadura que asumimos. Así, la dieta de pacientes implementa conceptos de inocuidad, seguridad del paciente, calidad, humanización y control del gasto.

Ponderamos a cada paciente en su hospital y postula las bases de la mejora del sistema.

Satisface con excelencia las exigencias de las partes implicadas; a saber:

- Dietas terapéuticas, servidas en una misma bandeja, a colectividades en horarios establecidos.
- Restricciones de pacientes, alergias, intolerancias, tipo de dieta.
- Gestión, trazabilidad e intercambio de información ágil y garante.
- Necesidad de formación continua de trabajadores,
- Garantías del proveedor
- Validación, verificación, mejora de procesos.
- Altos estándares en presentación y palatabilidad propician su consumo, aceptación y restablecimiento

OBJETIVO

General:

Normalizar y optimizar calidad e inocuidad de alimentos y ser herramienta de trabajo, referencia en planificación, procesos de calidad hospitalaria, humanización, seguridad del paciente y gestión en todos los hospitales de Extremadura.

Específicos:

- Identificar: contexto, organización, organigrama, responsabilidades, recursos, procesos y peligros.
- Establecer criterios de homologación de proveedores y calidades concertadas.
- Asegurar el cumplimiento de la normativa.
- Consolidar la mejora continua.
- Aportar valor añadido y confianza.

MATERIAL

- Plan Normalizado de Trabajo Método COCINHEX.
- Memoria Gestión en Calidad e Inocuidad (MCI). Servicio Alimentación Hospitalaria (SAHE) de las 8 Áreas de Salud.
- Anexos al MCI
- Hojas registros
- Encuestas satisfacción de pacientes.
- Reuniones Equipos de Calidad - Inocuidad, Área de Salud (ECI)
- Reuniones Comisión de Calidad - Inocuidad. (CCI)

1. ESTUDIO PRELIMINAR:

- Partes interesadas. necesidades, expectativas.
- Estructura, metodología. toma de decisiones.
- Necesidades y evaluación de formación.
- Comunicación entre partes implicadas.
- Recursos humanos del SAHE.
- Recursos materiales, infraestructuras; gestión.
- Conocer y comprender el entorno del SAHE. Aspectos internos, externos, oportunidades, riesgos, objetivos
- Entorno de trabajo. Factores físicos, humanos, sociales, psicológicos, seguridad e higiene.

2. IMPLEMENTACIÓN

1 Formar ECI, seguimiento, revisión. evaluación del desempeño y eficacia; componentes:

- Dirección.
- Responsable Calidad e Inocuidad (RCI).
- Dietista.
- Jefe Hostelería.
- Jefe Cocina.
- Gobernante.

2. Establecer alcance del MCI y resultados de las auditorias.

3. Consensuar el CCI, entendido, implantado, mantenido, y revisado.

4. Elaborar el Organigrama. responsabilidades, funciones y competencias.

5. Elaborar el MCI con:

- Objetivos e indicadores, pertinentes, susceptibles de seguimiento y valoración.
- Establecer la veracidad de datos de seguimiento y medición.
- Definir las buenas prácticas en los SAHE y aspectos ambientales.
- Gestión de residuos y emisiones.
- Gestión de consumos e insumos.
- Emergencias ambientales.

6.- Marco de actuación del ECI y mejoras.

7.- Formar CCI, normalización entre ECI. Planificación de auditorías.

RESULTADOS

FASE INICIAL

HOSPITALES	IMPLEMENTACIÓN	ECI FORMADOS	I-NC GESTIONADAS	MEJORAS
HUBA	X	X	X	X
HUC	X	X	X	X
HUM	X	X	X	X
HCA	X	X	X	X
HDBVVA	X	X	X	X
HCN	X	X	X	X
HLLZ	X	X	X	X
HCC	X	X	X	X

NORMALIZACIÓN

HOSPITALES	CCI FORMADOS	EAI FORMADOS	REVISIÓN I-NC	AUDITORIAS
HUBA	X	X	X	X
HUC	X	X	X	X
HUM	X	X	X	X
HCA	X	X	X	
HDBVVA	X	X	X	X
HCN	X	X		
HLLZ	X	X		
HCC	X	X		

DESARROLLO Y MEJORAS (2025):

- Consolidación del sistema
- Estandarización interáreas.
- Encuestas de satisfacción.
- Comunicación a la sociedad.

CONCLUSIONES

- Sistema en fase definitiva de consolidación.
- Cuenta con apoyo y refuerzo institucional.
- Normalización mejora y formación continua asumidas.
- Liderazgo eficaz del RCI. Imprime carácter al equipo.
- Mejora en infraestructura y modo de trabajar.
- Transmite confianza a usuarios y profesionales.

329 NET EMOTIONAL VALUE (NEV) EN PSIQUIATRÍA: CUANTIFICANDO LA EXPERIENCIA EMOCIONAL EN EL TRASLADO

Picón Santamaría, A¹; Picón Santamaría, A²; Urdaneta Artola, E³; Zepeda Avilés, A²; Maestro Rollán, B²; Unamuno Agiriano, A²; Jaurrieta Sainz, S²

¹ Directora Gerente Hospital San Juan de Dios Gipuzkoa; ² Hospital San Juan de Dios Gipuzkoa; ³ UTIII Orden Hospitalaria San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El traslado de pacientes con patología psiquiátrica desde un hospital de larga estancia a un recurso comunitario pre-alta es un momento crítico en su proceso de recuperación. La transición puede generar tanto emociones positivas como negativas, influyendo en la adaptación y el éxito del cambio. Evaluar estas emociones es clave para mejorar la planificación y el apoyo ofrecido. En este contexto, hemos aplicado el concepto de Net Emotional Value (NEV) para medir el impacto emocional del traslado.

OBJETIVO

Determinar el impacto emocional del traslado de pacientes a una casa comunitaria pre-alta mediante la medición del NEV, analizando la evolución del estado emocional, las emociones predominantes y la percepción de preparación y apoyo.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional en pacientes con patología psiquiátrica ingresados/as en una unidad de larga estancia, a una casa comunitaria pre-alta. Se empleó un cuestionario estructurado que evaluó:

- Estado emocional antes y después del traslado (escala Likert 1-5).
- Emociones experimentadas (positivas y negativas).
- Percepción de preparación y apoyo recibido.
- Cambio global en el estado emocional.

El NEV se calculó como la diferencia entre las emociones positivas y negativas dividida por el total de emociones registradas.

RESULTADOS

- Evolución del estado emocional: La mayoría de los/as pacientes reportaron una mejora ante el traslado.
- Distribución de emociones: Las más frecuentes fueron Tranquilidad, Ilusión, Confianza en el cambio y Seguridad (positivas) y Tristeza y Ansiedad (negativas).
- Percepción de preparación y apoyo: La mayoría de los/as pacientes se sintieron bastante o muy preparados, y la percepción de apoyo fue mayoritariamente mucho o total.
- Cálculo del NEV: Se obtuvo un valor de 0.33 (33%), lo que indica que predominaron las emociones positivas sobre las negativas, aunque persisten algunas inquietudes emocionales.

CONCLUSIONES

El traslado de pacientes con patología psiquiátrica ingresados/as en larga estancia a una casa comunitaria ha sido mayormente positivo, reflejado en un NEV de 0.33. La mayoría de los/as pacientes han experimentado una mejora en su estado emocional, con una percepción alta de preparación y apoyo. Sin embargo, la presencia de algunas emociones negativas destaca la importancia de reforzar el acompañamiento emocional en futuras transiciones. Evaluaciones continuas permitirán optimizar el proceso y garantizar una adaptación adecuada.

331 NUEVA FIGURA EN LOS COMITÉS DE TUMORES: GESTORES DE CASOS ADMINISTRATIVOS

Chacón García, A¹; Afonso Rodríguez, M¹; Arroyo Rodríguez, N¹; Torres Gallego, MDM¹; González Álvarez, B¹; Basoco Jiménez, E¹

¹ Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La figura del “gestor de casos” en los comités de tumores ha sido siempre demandada por los profesionales sanitarios.

Este papel, asumido por un profesional de enfermería, conlleva una importante y cada vez más numerosa carga administrativa, que limita e interfiere de forma negativa en la calidad y cantidad de tiempo empleado en el cuidado del paciente oncológico. Estos profesionales de enfermería, que realizaban un seguimiento cercano a los pacientes oncológicos, también gestionaban directamente las citas, las cirugías y los tratamientos, no llegando en algunos centros a cubrir la demanda solicitada.

Desde el Servicio de Admisión, por sus competencias y visión transversal de los procesos hospitalarios, se plantea la posibilidad de implementar una solución estratégica a este problema detectado.

OBJETIVO

Incorporar la figura del Gestor de Casos administrativos del servicio de Admisión en todos los Comités de Tumores del Hospital.

MATERIAL

Se forma un grupo de análisis multidisciplinar con responsables del Servicio de Admisión que asisten a las reuniones de los Comités de Tumores para estudiar su funcionamiento y detectar sus necesidades.

Se definen las funciones del perfil de Gestor de Caso, así como el de las Enfermeras de Práctica Avanzada.

Se evalúan las necesidades técnicas de las salas de reuniones y de la gestión documental.

RESULTADOS

Los Gestores de caso deben gestionar las consultas y pruebas de los pacientes en el plazo definido en cada comité.

Dentro de sus nuevas competencias, informarán a los pacientes de las citas, registrarán las actividades realizadas y notificarán las incidencias.

Como nuevos miembros de los comités, realizarán la gestión documental de convocatorias y actas.

CONCLUSIONES

La incorporación de profesionales expertos de Admisión en la citación de los pacientes oncológicos permite seguir la trazabilidad de los procesos y mejorar los tiempos.

El Gestor de Caso Administrativo, libera a la enfermera de una carga administrativa que permite incrementar su valor, aumentando la disponibilidad de tiempos para la información, formación y cuidados de calidad al paciente oncológico.

335 NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS EN UN ÁREA QUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Esteban, MJ¹; Sánchez-Castañol Conesa, JA²; Gómez Alonso, MDLA²; Vega Torres, S²; Roldan Chicano, MT²; Martín Rodríguez, J²

¹ Complejo Hospitalario Universitario Cartagena

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro CHU se integran 2 HGU; uno con un decenio desde su apertura y, un segundo que, teniendo ya medio siglo de historia, ha sido sometido a un importante proceso de remodelación con la consiguiente adscripción y apertura de servicios, apostando por el hecho de garantizar una asistencia a la ciudadanía con parámetros de calidad e intentando ofrecer, a la vez, una respuesta al principio de cercanía de los servicios sanitarios.

Teniendo en cuenta, que en el área quirúrgica actualmente implementada en ambos centros, se han realizado, por un lado, significativas transformaciones basadas en la introducción de nuevos insumos tecnológicos y por otro lado, que la infraestructura quirúrgica está dotada de recursos humanos y materiales bien diferenciados, que comparten formación y rotación, para asegurar que la adquisición de los conocimientos sea la máxima posible en las distintas especialidades ante la renovación tecnológica implementada, dando respuesta al aumento de una actividad quirúrgica con mayor complejidad al menor coste; pensamos que ante este contexto situacional, las organizaciones deben comprender la forma en que se han desarrollado dichas tecnologías, la configuración en que estas se implementan en las organizaciones y las consecuencias para la gestión de los recursos humanos existentes.

OBJETIVO

Describir e identificar los factores que intervienen en la optimización de los recursos quirúrgicos, su estandarización y trazabilidad, estimando la mejora de la eficiencia y seguridad de los diferentes procesos quirúrgicos; valorando los diferentes circuitos perioperatorios de asignación de personal.

MATERIAL

Para elaborar el presente estudio se ha partido de la necesidad de gestionar los cuidados de enfermería en el área quirúrgica de un CHU.

El estudio es de carácter descriptivo retrospectivo, que recoge información acerca de la formación continuada recibida por los profesionales del área quirúrgica, las rotaciones realizadas por los diferentes quirófanos y el número de intervenciones realizadas en periodo objeto del estudio.

Además, se realizó un análisis DAFO que nos permitió realizar estrategias óptimas y eficientes para alcanzar el objetivo propuesto.

RESULTADOS

Con estas nuevas medidas de gestión de los recursos materiales y humanos hemos conseguido su optimización y además aumentar el número de la actividad quirúrgica realizada en el Complejo Hospitalario, sin que ello suponga un aumento proporcional en el coste, logrando por tanto una mejora de la eficacia, efectividad y eficiencia de los recursos.

CONCLUSIONES

Este modelo de gestión nos ha permitido mejorar y aumentar los procedimientos quirúrgicos sin aumentar el coste exponencialmente, manteniendo la seguridad del paciente y la calidad de los servicios prestados.

379 PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DEL GOBIERNO DIGITAL**Suárez Mejías, C¹**; Vargas Pina, I¹¹ Servicio Andaluz de Salud**INTRODUCCIÓN**

La gobernanza digital en las organizaciones de salud es fundamental para garantizar la seguridad, eficiencia y calidad. Un aspecto fundamental es la privacidad de los datos, ya que la información sanitaria es altamente sensible. La gobernanza digital ayuda a cumplir normativas como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR), el Esquema Nacional de Seguridad y el Espacio Europeo de Datos de Salud (EHDS), evitando filtraciones y accesos no autorizados.

Otro aspecto esencial es la Interoperabilidad y eficiencia operativa, la historia de salud de los pacientes suelen incorporar diversos sistemas. La gobernanza digital establece estándares que permiten la integración. Además, facilita el análisis de los datos para mejorar la toma de decisiones y la atención al paciente. También impulsa la adopción de tecnologías emergentes de una forma controlada y eficiente donde aporte valor para la organización.

Detectada esta necesidad, en nuestra CCAA se define el Programa de Aseguramiento del Gobierno Digital (PAGD), un marco estratégico para garantizar la correcta gobernanza de las iniciativas digitales.

OBJETIVO

El PAGD busca establecer principios y directrices que faciliten un modelo de gobernanza digital en nuestra CCAA, reduciendo la complejidad para los profesionales sanitarios y ciudadanos. Su meta es ofrecer servicios digitales homogéneos y sencillos, además de incorporar tecnologías innovadoras para mejorar la atención sanitaria. También garantiza que todas las iniciativas digitales cumplan con estándares de interoperabilidad, ciberseguridad y aprovechamiento de datos, optimizando la toma de decisiones y la prestación de servicios.

MATERIAL

Para implementar el PAGD, se ha realizado un análisis de la situación actual mediante un estudio DAFO. Se han definido 7 principios clave: la alineación estratégica, establecimiento de líneas claras de gobernanza, la promoción del liderazgo, la agilidad, la transparencia, la coordinación multiactorial y la adaptabilidad y resiliencia.

De esta forma, PAGD define objetivos que se integran de manera consistentes en los planes estratégicos, respondiendo a "done right". Los planes estratégicos definen directrices de cómo será nuestra hoja de ruta en las diferentes retos digitales, pero teniendo en cuenta dichos objetivos que le proporciona el PAGD.

RESULTADOS

El PAGD establece un marco normativo y procesos de verificación para garantizar la correcta implementación de las iniciativas digitales. En total, se han definido 45 objetivos específicos, distribuidos en los siguientes planes estratégicos:

- Infraestructuras Digitales: 5 objetivos.
- Portfolio de Soluciones Digitales: 7 objetivos.
- Gobierno de la Inteligencia Artificial: 5 objetivos.
- Acompañamiento Digital: 7 objetivos.
- Gobierno del Dato: 5 objetivos.
- Ciberseguridad: 5 objetivos.
- Recursos Humanos: 7 objetivos.
- Optimización de la Gestión SIC: 4 objetivos.

Los principales resultados obtenidos con la implementación del PAGD incluyen:

- Consolidación del liderazgo de la Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones en la transformación digital.
- Estandarización de procesos y competencias para reducir duplicidades y mejorar la eficiencia.
- Implementación de mecanismos de verificación para garantizar el cumplimiento normativo en infraestructura digital, inteligencia artificial, gestión de datos y seguridad.

Regularización y discontinuación de infraestructuras y soluciones digitales no alineadas con las normativas establecidas

CONCLUSIONES

El PAGD es un pilar fundamental en la transformación digital de nuestra CCAA, asegurando una implementación ordenada y eficiente de las iniciativas digitales. Su enfoque en la gobernanza digital permite una toma de decisiones informada, un uso seguro y eficiente de los datos y una mejor experiencia para los profesionales sanitarios y ciudadanos.

La aplicación del programa fortalecerá la ciberseguridad, optimizará el uso de tecnologías emergentes y mejorará la interoperabilidad entre sistemas. En definitiva, el PAGD sienta las bases para un sistema sanitario digital más eficiente, seguro y orientado a la innovación.

385 PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO EN TIEMPO REAL DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Soler Cera, M¹; Meroño Dueñas, O¹; Lopez Fernández, N¹; Simmo Cubel, G¹; Ochoa Vallido, E²; Olivera Sáez, E¹

¹ Hospital Universitari de Bellvitge; ² Novartis

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad coronaria aguda los pacientes que sobreviven al episodio agudo tienen más riesgo de sufrir nuevos sucesos cardiovasculares que la población general por lo que el seguimiento y control de sus factores de riesgo es un punto clave para la prevención secundaria de nuevos eventos cardiovasculares y por lo tanto para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO

La creación de un programa de seguimiento estructurado, estandarizado e integral que garantice el control de los factores de riesgo, así como la detección precoz de nuevos eventos a través de una herramienta de soporte digital (Business Intelligence Dashboard-BID) con una visión macro y micro de los resultados para alcanzar la excelencia en la gestión de pacientes y disminuir la incidencia de eventos secundarios.

MATERIAL

En la Gerencia Hospitalaria se desarrollaron las siguientes acciones: 1) diseño de un plan estratégico de ámbito territorial del Síndrome Coronario Agudo, 2) diagnóstico y rediseño del proceso de atención a estos pacientes mediante metodología Lean y 3) gestión del cambio organizacional. Una vez implementados estas acciones y habiendo determinado que uno de los puntos débiles era el seguimiento de los pacientes el año posterior a su evento coronario, se diseñó una herramienta de soporte digital (BID) que permitió a los cardiólogos la visualización automatizada de todos los pacientes con un SCA.

En esta herramienta digital se muestran: 1) datos sociodemográficos de los pacientes, 2) datos clínicos (diagnósticos previos, tabaquismo, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión arterial, IMC), 3) Resultados de salud (indicadores relacionados con la patología coronaria como retorno a urgencias, rehospitalizaciones como consecuencia del IAM, angioplastias posteriores, mortalidad, entre otros), 4) Se identifican a los pacientes fuera de rango en variables claves de seguimiento (LDL, HbA1c, Triglicéridos, Cifras tensionales), 5) y finalmente se muestra una ficha evolutiva del paciente con un resumen de la situación pasada y actual del paciente a lo largo de su seguimiento. Estos resultados de salud y parámetros de alerta se presentan estructurados en cuatro periodos de tiempo: 1) seguimiento hasta el 3er mes, 2) del tercero al sexto mes, 3) del sexto al noveno, 4) del noveno hasta el año de seguimiento.

RESULTADOS

El BID permitió de manera rápida conocer los resultados en salud de los 213 pacientes que ingresaron por un SCA en nuestro centro en el 2023: el 35% eran mujeres, el 34% mayores de 75 años y el 48% presentaron un SCAEST. Del total de 200 pacientes que cumplieron año de seguimiento, el 47% consiguieron un control de c-LDL < 55 mg/dl, pero el 13% persistían con c-LDL > 100 mg/dl y el 4,5% con HbA1c > 7.5%. El 26% de los pacientes seguían siendo obesos al año de seguimiento y un 17% aun fumaban. El BID permitió conocer con un solo click los números de historia clínica de estos pacientes para así poder realizar una intervención individualizada y valorar la situación del paciente en controles posteriores.

CONCLUSIONES

El diseño y la implementación de una aplicación digital de monitorización de los pacientes con un infarto por el servicio de cardiología en un programa territorial permite monitorizar de forma rápida, ágil y en tiempo real los resultados de salud a nivel macro, pero también a nivel micro y actuar sobre los pacientes que están fuera de rango en el control de sus factores de riesgo.

La etapa siguiente del proyecto es incluir en esta herramienta cuestionarios de calidad de vida y de experiencia del paciente que nos permita valorar indicadores de salud relacionados con la percepción de salud por parte del paciente.

386 PROGRESIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Delgado Moreno, S¹; Medina Rodríguez, MDP²; Moya Molina, M²; Corada Fernández, M²; Torres Pérez, MDLE²; Guijarro Sánchez, JL²

¹ALMIRALL; ²Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

La cirugía robótica se ha ido abriendo camino en los últimos años debido las ventajas que aporta en determinados procedimientos quirúrgicos complejos con mayor precisión, flexibilidad y control respecto a las técnicas tradicionales.

Permite a su vez, una mejor visión de la anatomía con una invasión y accesos menores, y por tanto conlleva menos complicaciones, menos dolor y hemorragia, las cicatrices son más pequeñas y menos visibles y la estancia hospitalaria más corta, con recuperación más rápida.

Teniendo en cuenta todas estas variables, debemos entender un crecimiento progresivo dentro de la actividad quirúrgica del hospital.

OBJETIVO

Conocer la actividad, procedimientos y especialidades, así como su evolución, de la cirugía robótica en un centro hospitalario y conocer entre las técnicas realizadas, aquellas que han supuesto un hito para el centro.

MATERIAL

Se ha procedido a la recogida de información y estadísticas a partir de la propia aplicación del equipo robótico y de los datos aportados por los Sistemas de Información del propio centro a través del CMBD. Se ha realizado una entrevista con los Jefes de Servicio de las especialidades implicadas para conocer un mayor detalle de los procedimientos.

RESULTADOS

La cirugía robótica se inició en el centro en 2018, como pilotaje y puesta en marcha, siendo a partir de 2019 cuando se empieza a realizar la actividad como tal.

Al principio sólo Urología intervenía, incorporándose posteriormente Cirugía General, Ginecología y Cirugía Torácica.

- **Intervenciones 2019:** 13 (Urología).
- **Intervenciones 2020:** 110 (Urología); 30 (Ginecología) y 28 de Cirugía General.
- **Intervenciones 2021:** 99 (Urología); 27 (Ginecología) y 27 (Cirugía General).
- **Intervenciones 2022:** 118 (Urología); 40 (Cirugía General); 38 (Cirugía Torácica) y 35 (Ginecología).
- **Intervenciones 2023:** 110 (Urología); 49 Cirugía Torácica); 32 (Ginecología); 28 (Cirugía General).
- **Intervenciones 2024:** 105 (Urología); 59 (Cirugía General); 53 (Cirugía Torácica) 39 (Ginecología).

Se ha dado respuesta a más de 1000 casos clínicos y se han formado en sistemas robóticos 14 cirujanos.

La especialidad de Urología de este hospital, fue la primera en incorporarse a esta actividad, siendo en la actualidad la de mayor intervenciones y que realizó, tras su inicio, los 3 tres primeros trasplantes renales robóticos situándolo a la vanguardia de la cirugía robótica nacional y europea, ya que fue el primer centro fuera de Cataluña en incorporar esta técnica, tan sólo ofrecida en cuatro catalanes, diez a nivel europeo y en el mundo, en ciertos centros de Estados Unidos e India. Realiza además Prostatectomía radical con linfadenectomía, cáncer renal, cáncer de vejiga infiltrante con cistectomía y derivación intestinal intracorpórea, trasplante renal de vivo e incontinencia colpo sacropéxica.

En este equipo se llevó a cabo la primera cirugía bariátrica robótica de la Comunidad y se realizan las cirugías de colon y esófago-gástrica con excelentes resultados.

La primera resección pulmonar con anastomosis bronquial de la Comunidad Autónoma también se realizó en este centro, y lleva a cabo el 99% de los casos de cáncer de pulmón a través de este tipo de técnica.

En cuanto a Ginecología, desarrolla la cirugía oncológica de endometrio y cérvix, la endometriosis profunda y la cirugía colposacropéxica, además de algunos casos de cáncer de ovario.

CONCLUSIONES

El hospital, tras la incorporación de un equipo de cirugía robótica, ha ido incrementando los procedimientos en la cartera de servicios, y creciendo en actividad y especialidades, marcándose además nuevos objetivos innovadores, en aras de ofrecer asistencia más precisa y segura, evitando las secuelas y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

389 PROYECTO “ACREDITACION” 2015 - 2024: ESTÁNDARES PARA UNIDADES DE CALIDAD DE CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES

Aloy-Duch, A¹; Ojeda Feo, JJ³; Santiñà Vila, M⁴; Mediavilla Herrera, I⁵

¹ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró; ³ Hospital Universitario La Paz; ⁴ Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer-Barcelona; ⁵ Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Calidad (UCA) en España, ejercen un papel clave en distintos ámbitos del sector salud, como soporte y asesoramiento de la calidad asistencial en los centros sanitarios.

OBJETIVO

Describir el proyecto de creación e implementación de estándares de calidad para UCA en centros sanitarios españoles entre 2015-2024, para el desarrollo de un proceso de acreditación.

MATERIAL

Proyecto de 10 fases con coordinadores de UCA: 1) comité científico (2015); 2) técnica metaplan (2015); 3) estudio e-Delphi 1º (online) (2016); en 2017 se investigó la 4) evidencia científica (GRADE y GRADE-CERQual), se realizó un 5) estudio de simulación, y 6) creación de una herramienta informática evaluativa; 7) estudio multicéntrico piloto 1º (2018 - 2019) (pausa por la COVID entre 2020 y 2021), 8) revisión (2022), 9) estudio Delphi 2º (2023), y 10) estudio piloto 2º (2024).

Análisis estadísticos (entre paréntesis los valores umbral óptimos): 1) el porcentaje ($\geq 70\%$), 2) la mediana (≥ 8), 3) la media (≥ 7), 4) el rango o amplitud intercuartílica (RI) (≤ 3), 5) el índice de validez de contenido (IVC) de Lawshe ($\geq 0,50$), 6) el coeficiente de validez de contenido de Aiken (V de Aiken) ($\geq 0,70$). El nivel de consenso (validez de contenido) se consideró alto si cumplían ≥ 4 de 6 pruebas, medio en 2-3, y bajo en 1 o menos; validez de constructo (Cronbach $> 0,7$), validez de apariencia con la prueba binomial, y validez de criterio (sensibilidad y especificidad). Significación estadística ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

1. Comité científico: 15 profesionales expertos (propuesta 204 estándares).
2. Técnica Metaplan: 120 profesionales (edad de 48 ± 7 años; 64% mujeres), de 14 Comunidades Autónomas (CCAA). Obtención de 157 estándares, reduciéndose hasta 110 en la revisión.
3. Estudio e-Delphi 1º en 2 rondas: 53 profesionales (edad de $48,4 \pm 8$ años; 62% mujeres, de 14 CCAA). De 110 estándares se consensaron 87 (79%). La validez de contenido adecuada (0,51 en el IVC; y $> 0,67$ en la V de Aiken); la validez de constructo adecuada (Cronbach $> 0,70$). Obtención de 96 estándares.
4. Evidencia científica (EC) de los 96 estándares: un 61% tenían una EC moderada-alta ($p = 0,032$).
5. Estudio de simulación: 63 coordinadores de UCA de 14 CCAA. Validez de contenido adecuada en la comprensión de cada estándar ($p < 0,001$) y evidencia documental ($p < 0,001$); la validez de apariencia (estándar = calidad asistencial) ($p < 0,001$); la validez de criterio (sensibilidad y especificidad) ($p < 0,001$).
6. Creación de una herramienta informática evaluativa con un ciclo de mejora continuo (programa de auditoría y acreditación), resultando un INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD ASISTENCIAL para el desempeño de las UCA.
7. Estudio multicéntrico (con la herramienta): se pilotaron 96 estándares (7 CCAA, 21 centros, 63% hospitalarios). Media de cumplimiento 55,6%, con diferencias entre ellos ($p=0,002$), sin diferencias entre CCAA ($p=0,86$), ni entre ámbitos ($p=0,97$). Validez de contenido ($p<0,001$).
8. Revisión y estudio e-Delphi 2, con 18 coordinadores de UCA de 11 CCAA:
 - e-Delphi: consenso ALTO-MEDIO en el 93% de estándares.
 - El 81% validados en contenido (comprensión 95%, y justificación documental 95%), y constructo 91%.
 - Propuesta final de 58 estándares.
9. Estudio piloto inicial de autoevaluación con la herramienta en centros voluntarios en 2024: tres centros con un 56% de cumplimiento medio.

CONCLUSIONES

El proyecto desarrollado ha sido muy útil para el desarrollo definitivo de estándares para UCA de centros sanitarios, permitiendo obtener un sistema de 58 estándares para implementar una acreditación futura para estas unidades en España.

399 PROYECTO GLAUCCARE: CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL, RESULTADOS Y EXCELENCIA EN GLAUCOMA

Pérez, M¹; Rubial-Bernárdez, F²; Camuñas-Sevilla, C³; Rodríguez-Vázquez, M⁴

¹Adelphi Targis; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España; ³Departamento de Calidad, Hospital Universitario Toledo, Toledo, España; ⁴Departamento de Market Access, Santen Pharmaceutical Spain S.L., Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En Europa, la prevalencia de glaucoma primario de ángulo abierto en las personas mayores de 40 años es del 2,5%. Es la principal causa de pérdida irreversible de visión en todo el mundo y la segunda más frecuente de discapacidad visual permanente. España tiene una mayor prevalencia de pérdida de visión (10,4%) en comparación con otros países europeos. Las personas con discapacidad visual presentan puntuaciones más bajas en la calidad de vida. Además, el glaucoma es una de las patologías con mayores costes acumulados (33 600 millones de euros). En España, el coste medio por paciente con glaucoma fue de 22.251€/año en 2021 y en el 2030 alcanzará 23.919€/año.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la implementación de herramientas para evaluar la prestación de servicios de atención oftalmológica es crucial para prevenir de la ceguera.

Con este propósito surge el proyecto **GlauCCare** iniciativa promovida por la Sociedad Española de Glaucoma (SEG), con el respaldo de SANTEN y en colaboración con un Comité Asesor formado por expertos en glaucoma y gestión y calidad. Siendo avalado por la Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares (AGAF) y Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

OBJETIVO

El objetivo del proyecto **GlauCCare** es el de mejorar la calidad asistencial para los pacientes con glaucoma. A través de una Norma avalada, orientada por la mejora continua y la excelencia, para garantizar el más alto estándar de cuidado para cada paciente.

MATERIAL

Las fases del proyecto GlauCCare fueron:

Consenso SEG: La SEG, invitó a un amplio grupo de oftalmólogos, de los cuales 36 cumplieron con los criterios establecidos por el Comité Asesor. Mediante la metodología Delphi, se lograron identificar y consensuar los indicadores clave para evaluar la calidad asistencial en glaucoma.

Norma SEG: A partir de los indicadores consensuados, el Comité Asesor trabajó en su selección y clasificación, dando forma a la **Norma de Calidad Asistencial en Glaucoma**. Este estándar establece los criterios esenciales para garantizar una atención óptima y homogénea a todos los pacientes con glaucoma.

Certificación SEG: Las unidades/centros especializados en glaucoma que deseen obtener el Certificado de Calidad Asistencial en Glaucoma podrán solicitar su evaluación. La certificadora externa e independiente Bureau Veritas será la encargada de llevar a cabo las auditorías en cada Unidad de Glaucoma, garantizando el cumplimiento riguroso de los requisitos, y asegurando un proceso de certificación imparcial y transparente.

RESULTADOS

Mediante la metodología Delphi, se identificaron 182 indicadores. Posteriormente, el Comité Asesor valoró, seleccionó y reclasificó estos indicadores, reduciéndolos a 59 indicadores.

Se realizaron varias sesiones de trabajo en las que se definieron aspectos fundamentales para cada indicador, como su forma de medición, la evidencia de cumplimiento, el nivel objetivo requerido y el método de cálculo. Todo este proceso permitió la construcción de la Norma de Calidad Asistencial en Glaucoma.

La certificación que obtendrá cada centro/unidad dependerá del número de indicadores que cumpla:

- Unidad básica: Cumple con 39/59 indicadores y requiere recertificación a los 3 años.
- Unidad especializada: Cumple con 47/59 indicadores y requiere una recertificación a los 4 años.
- Unidad especializada de alta complejidad: Cumple con 54/59 indicadores y requiere una recertificación a los 5 años.

CONCLUSIONES

Gracias al esfuerzo conjunto de especialistas líderes, la Norma **GlauCCare** busca establecer un estándar de calidad en el manejo del glaucoma. Como iniciativa pionera, proporciona una guía de referencia que permitirá a los profesionales analizar su situación y mejorar progresivamente la atención de pacientes con glaucoma. Además, esta Norma sienta las bases para optimizar el tratamiento y el cuidado de los pacientes garantizando una asistencia más eficaz y homogénea.

400 PROYECTO INTEGRAL DE DEMANDA ESTRUCTURADA (PIDE) GESTIÓN DEPÓSITOS ASISTENCIALES

Coronado Sánchez, MD¹; Capote Zurera, S¹; Castro Palomo, E¹; Bonilla Damia, F¹; Alcalá Ruiz, M¹

¹ Hospital Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

Proyecto Integral de Demanda Estructurada (PIDE) es una nueva aplicación corporativa del Servicio Regional de Salud.

Esta herramienta permite generar y gestionar formularios de solicitud de los distintos procesos requeridos, valiéndose de un control por estados para etiquetar y controlar las distintas fases por las que pasa el flujo conforme a lo estipulado para cada proceso.

Para este control de la dinámica del proceso, la aplicación cuenta con una segmentación por perfiles y roles. Estos perfiles y roles van a disponer de unos permisos específicos para cada proceso, los cuales van a permitir la intervención de las distintas personas participantes del proceso.

OBJETIVO

- Ordenar la comunicación interna en lo relativo a la petición de material de Depósito
- Unificar formulario de petición de las Unidades Asistenciales
- Ordenar y simplificar el flujo de trabajo en el Servicio de Operaciones
- Gestionar las incidencias en las entradas y salidas de material de Depósito
- Organizar y gestionar las peticiones de material de Depósito de los S.S. Asistenciales
- Potenciar la trazabilidad en la resolución de incidencias
- Explotación de datos

MATERIAL

- Análisis de los flujos, incidencias y peticiones de material
- Comunicar la necesidad al S. Informática
- Sesiones de formación a los implicados en su manejo
- Talleres de información a los usuarios
- Realización de manuales de usuarios según rol o perfil

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO - ROLES

A lo largo de la tramitación, las personas que intervienen en el proceso lo van a hacer con un cometido específico. Para diferenciar a los distintos perfiles intervinientes y los permisos de los que dispondrán en los distintos puntos de la tramitación, se hace el uso de roles. Estos roles no son más que un conjunto de permisos que se asocian a un grupo de usuarios.

En este proceso intervienen los siguientes roles:

- Responsable: Supervisor/Responsable de la UGC.
- Enfermería: Responsable de enfermería.
- Gestión depósitos: Personal de gestión de depósitos asistenciales. Este rol es el encargado de canalizar todas las peticiones.
- Jefe Servicio Operaciones: Jefe de Servicio de Operaciones.
- G. Entradas-Salidas: Personal encargado de la gestión de entradas y salidas de material.
- Subdirección Médica: Subdirector/a médico/a.
- Central Contratación: Personal de contratación.

GUÍA DE SOLICITUD - ESTADOS Y ACCIONES

El proceso de tramitación de la solicitud sigue un determinado circuito donde intervienen los distintos roles que hacen avanzar el estado de la tramitación hacia su cometido final.

Al desempeñar algún rol en un proceso es posible suscribirse y recibir notificaciones vía correo electrónico cuando las solicitudes se mueven por dicho proceso. Aunque puede variar dependiendo del proceso, estas notificaciones muestran el número de la solicitud, el nombre de la aplicación y el estado al que cambia (ver: Ilustración 22: Notificación de cambio de estado en solicitud).

RESULTADOS

- Mejora en el control y seguimiento de las incidencias
- Disminución de errores en el seguimiento de las incidencias
- Estandarización de los formularios de peticiones de material
- Mejora en el control y explotación de datos
- Aumento de la fidelidad de la información

CONCLUSIONES

Tras la implantación de PIDE para la Gestión de Depósitos Asistenciales percibimos un aumento de la fidelidad de la información recabada que facilita el control y la explotación de datos de la unidad, una ordenación del canal de comunicación, así como una mejora del seguimiento y resolución de las incidencias. Se facilita la formación de nuevos profesionales implicados en el proceso.

406 REDUCCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

Segura Ruiz, R¹; Castro Ruiz, MJ¹; Lopera Moreno, A¹; López López, D¹; Padilla Maestre, JR¹; Cuadro Calvo, G¹

¹ HU Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión (LPP) representan un desafío significativo en la seguridad del paciente hospitalizado, afectando la calidad de vida y aumentando los costos sanitarios. En nuestro Hospital se ha desarrollado e implementado el programa LPP Zero, con el objetivo de reducir la incidencia de estas lesiones. Basado en evidencia y adaptado a distintos contextos clínicos (medicina, cirugía, cuidados críticos, pediatría y paliativos), este programa enfatiza la prevención a través de estrategias de cuidado de la piel, manejo de la humedad, presión y nutrición.

OBJETIVO

El objetivo general del programa LPP Zero es disminuir la incidencia de lesiones por presión (LPP) en pacientes hospitalizados en las distintas UGC del hospital, tanto en adultos como en niños.

MATERIAL

El programa sigue un enfoque multicomponente que incluye:

- Formación del personal mediante reuniones educativas.
- Material educativo, como infografías y recordatorios.
- Auditorías y retroalimentación para mejorar el cumplimiento de protocolos.
- Análisis de barreras y facilitadores, considerando aspectos organizativos, profesionales y del paciente.
- Liderazgo y gestión de recursos, asegurando la integración de prácticas preventivas en la rutina hospitalaria.

La evaluación de la implementación se realiza a través de la monitorización de indicadores de incidencia y prevalencia de LPP, con especial enfoque en la identificación de tendencias dentro de cada unidad hospitalaria.

RESULTADOS

El análisis de la incidencia de lesiones grado I en las unidades de Medicina Interna entre julio y diciembre de 2024 mostró una tendencia descendente. Esto sugiere una mejora en la implementación de estrategias preventivas, reflejada en la reducción de estos casos. Los datos en porcentaje indican una disminución progresiva en ambas unidades, evidenciando la efectividad del programa en la prevención de lesiones tempranas.

Por otro lado, la evolución de la incidencia general de LPP en estas unidades durante el mismo período reveló una reducción significativa en la tasa de aparición de nuevas lesiones. Esto confirma que la intervención estructurada y sostenida, centrada en la educación y seguimiento del personal sanitario, impacta positivamente en la disminución de LPP en pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

El programa LPP Zero ha demostrado ser eficaz en la reducción de la incidencia de LPP en las UGC evaluadas. La disminución de lesiones grado I y la reducción de la incidencia general en las unidades de Medicina Interna destacan la importancia de la formación continua, la gestión efectiva de recursos y la concienciación del personal sanitario.

Los hallazgos sugieren que el liderazgo clínico y el monitoreo continuo son clave para mantener la efectividad del programa y garantizar la sostenibilidad de las mejoras en la prevención de LPP. Futuros esfuerzos deben centrarse en replicar este modelo en otras unidades y en optimizar estrategias para fortalecer la adherencia a las medidas preventivas.

416 SALUD EN RED - UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA COLABORAR EN LA DISCUSIÓN DE CASOS

Torres Francín, MJ¹; Benavides Moya, RG¹; Elvira Meire, MDM¹; Pallas Garcia, E¹; Romero Aguilar, N¹

¹ Hospital Universitario de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La optimización de las sesiones clínicas en los hospitales es clave en un contexto de innovación y medicina de precisión. Sin un soporte informático estructurado, la gestión de casos se realiza manualmente, generando ineficiencia y retrasos en la toma de decisiones. Para abordar esta problemática, se propone desarrollar una herramienta digital que facilite la preparación, análisis y discusión de casos clínicos de forma estructurada y accesible, promoviendo la colaboración y una gestión eficiente de la información.

OBJETIVO

- Mejorar la eficiencia de cada una de las tareas del flujo de trabajo de las sesiones clínicas, reduciendo la carga administrativa. X
- Homogeneizar y estructurar los datos presentados en las sesiones clínicas y decisiones tomadas en las mismas.
- Almacenamiento e intercambio seguro.
- Fomento de la colaboración.
- Interfaces intuitivos y de fácil uso.
- Virtualización de sesiones.
- Contemplar la posibilidad de participación de profesionales internos y externos a la organización.
- Monitorización de uso.

MATERIAL

La herramienta se ha diseñado internamente (Departamento de Sistemas de Información y equipo de clínicos) con el soporte técnico de una empresa externa.

Se ha definido el circuito funcional para la estructuración de la herramienta recurriendo a sesiones de trabajo conjuntas entre clínicos y técnicos, que posteriormente se ha trasladado a la herramienta.

Solicitud

- El proceso se pone en marcha ante una solicitud de revisión por clínico
- Creación de solicitudes para revisión en sesión clínica
- Acceso a información previa
- Visualización de informes o anotaciones en curso clínico.

Planificación

- Gestionar las convocatorias desde un punto de vista clínico y administrativo.
- Revisión de casos para priorización.
- Definición de agenda.
- Inclusión de casos y miembros por convocatoria.
- Convocatoria.

Estudio

- Revisión de cada caso para facilitar la sesión.
- Participación en chat de discusión.
- Adjuntar más información, si se estima oportuno

Sesión

- Revisión y discusión de los casos.
- Acceso a imágenes médicas (PACs) mediante integración con visualizadores de imágenes
- Acceso por videoconferencia (TEAMS)
- Emisión de informe de conclusiones y anotación en curso clínico (SAP Asistencial)
- Generación de acta
- Convocatorias de sesiones urgentes no planificadas
- Una vez definido el circuito, se ha trabajado en el desarrollo informático que diera soporte a este flujo de trabajo. Se ha priorizado crear un sistema robusto, acorde a los estándares de la organización y que facilite las tareas de ampliación, evolución y modificaciones futuras.

RESULTADOS

En 15 meses se ha procedido a la recogida de requerimientos (análisis funcional), desarrollo y en estos momentos (febrero 2025) se ha iniciado la fase de despliegue realizando pruebas de funcionamiento con casos reales en patologías específicas.

Se espera la apertura a los diferentes servicios del hospital durante el mes de marzo.

CONCLUSIONES

La herramienta mejora la organización y gestión de sesiones clínicas, ofreciendo un entorno estructurado y seguro para la discusión de casos. Se espera que su uso contribuya a:

- Reducir tiempos de gestión y toma de decisiones clínicas.
- Mejorar la accesibilidad y participación profesional.
- Aumentar la trazabilidad en la toma de decisiones.
- Fomentar la colaboración entre especialidades y profesionales externos.
- Su impacto en la eficiencia asistencial y la calidad en la atención será evaluado en su expansión a otros servicios.

420 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL DE PACIENTES CON DESCOMPENSACIÓN AGUDA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Delgado Mejía, E¹; Pou Goyanes, JA¹; Massot Rubio, MM¹; Moragues Palou De Comasema, A¹; Grau Sepulveda, A¹; Murillas Angoití, J¹

¹ Hospital Universitario Son Espases

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene gran impacto en la salud pública. La prevalencia de la IC sintomática es del 10% en mayores de 70 años, es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años en países occidentales, la tercera causa de muerte cardiovascular y es el GRD asociado a mayor coste económico, por su elevada prevalencia y asociación a discapacidad.

El primer mes después del alta de un ingreso por IC es un período crítico, se estima que entre el 9,6 y el 32,6% de los pacientes precisarán un reingreso por causa cardiovascular.

Se plantea la hipótesis de que un seguimiento telefónico estructurado y automatizado mediante inteligencia artificial podría permitir la detección de los signos de descompensación, reduciendo los reingresos hospitalarios por esta causa.

OBJETIVO

Reducir los reingresos por descompensación aguda de la IC en el primer mes post-alta a través de la detección precoz de signos de descompensación mediante un seguimiento telefónico estructurado con inteligencia artificial.

MATERIAL

La empresa Tucuvi ha desarrollado una herramienta virtual llamada "LOLA", registrada como producto sanitario, Medical Device 1A, capaz de realizar llamadas automatizadas a pacientes con patologías crónicas para detectar descompensaciones, evitar ingresos, reducir visitas, mejorar resultados en salud y la experiencia del paciente. LOLA es capaz de mantener una conversación real con el paciente (machine learning), adaptándose al nivel cognitivo/sensorial y recogiendo respuestas de forma estandarizada, independientemente de la forma en la que estén expresadas, incluso con capacidad de repreguntar. El Proyecto Piloto AZerca IC - Son Espases, patrocinado por AstraZeneca, ha integrado el asistente virtual LOLA para el seguimiento remoto de pacientes con IC durante los primeros 30 días del alta.

En la fase de implementación se configuraron alertas del protocolo y definieron acciones a realizar por el equipo clínico. En la fase de lanzamiento, se incluyeron progresivamente los pacientes dados de alta del hospital en la plataforma de Tucuvi Health Manager para que LOLA pudiera realizar el seguimiento.

LOLA llama diariamente a todos los pacientes los 30 días después del alta. Si LOLA detecta un signo o síntoma de alarma, se lo comunica a enfermería, que revisa la llamada y realiza las acciones pertinentes (contacto telefónico, establecer plan de acción con equipo médico)

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo que incluye pacientes dados de alta por IC en Medicina Interna y Cardiología entre el 01/06/2024 y el 31/12/2024.

RESULTADOS

Se han incluido 86 pacientes. El 96% se ha adherido al programa durante todo el periodo.

El tiempo de trabajo liberado estimado de personal sanitario con la automatización de las llamadas ha sido de 419 horas.

Del total de llamadas, el 21% ha requerido una acción urgente de enfermería al haberse detectado una alerta grave. Se han registrado 566 alertas en 1285 llamadas. El 62% de las llamadas no ha requerido revisión del equipo clínico, ya que el paciente estaba estable. Enfermería contactó con el médico referente en 8% de los pacientes. En el 84% de los casos el médico realizó algún plan de cuidados: contacto telefónico a todos, 21 ajustes de medicación, 7 citas presenciales y 2 solicitudes de analíticas. Los reingresos por causa cardiovascular fueron 1.6% y los reingresos por cualquier causa 6.4%.

CONCLUSIONES

- Lola es una herramienta efectiva en la monitorización de las descompensaciones agudas de la IC.
- Se ha objetivado una reducción del número de reingresos respecto a los descritos en la literatura, mejorando la optimización de recursos y la calidad de la asistencia sanitaria.
- Próximos pasos: extensión a pacientes en fase estable y con riesgo de descompensación e inclusión de Atención Primaria.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



407

435 TRANSFORMACIÓN DE UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Fuertes De Gilbert Rivera, B¹; Ríos Mejías, MJ¹; Berraondo Fraile, J¹; Oliver Torres, JC¹; Pérez Piñero, S¹; García Corvillo, MC¹

¹ Hospital Joan March

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional y el aumento de pacientes crónicos y su correcta atención suponen un desafío sanitario actual y ha impulsado la necesidad de transformar los hospitales sociosanitarios clásicos en hospitales de atención intermedia (HAI). Este modelo busca optimizar la atención de pacientes frágiles, pacientes crónicos complejos (PCC), pacientes crónicos avanzados (PCA) y pacientes paliativos (PAL), atendiendo a sus necesidades multidimensionales, muchas veces complejas, mejorando calidad de vida y optimizando la continuidad asistencial

La atención intermedia se define como un conjunto de servicios integrados donde se realizan cuidados integrales y multidisciplinarios destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, con varios objetivos: Promover una recuperación más rápida de la enfermedad, maximizar la autonomía del paciente, paliar sus limitaciones o sufrimientos, prevenir ingresos innecesarios en hospitales de agudos o en residencias y facilitar altas hospitalarias. La transformación de hospitales sociosanitarios en centros de atención intermedia responde a la necesidad de adaptar los recursos existentes para atender eficazmente y de manera eficiente a una población envejecida con múltiples patologías crónicas.

OBJETIVO

- Mejorar la calidad asistencial a la población crónica y frágil. Atención centrada en el paciente.
- Potenciación de equipo interdisciplinar
- Transformación estructural y funcional: Adaptar las instalaciones y servicios del hospital sociosanitario para cumplir con los estándares de atención intermedia, garantizando una atención centrada en el paciente y orientada a la recuperación funcional.
- Implementación de programas o líneas asistenciales. Definir unidades específicas en función de las necesidades de la población asegurando una atención integral y personalizada.
- Impulsar la consulta de geriatría ambulatoria y crear un Hospital de Día Geriátrico.
- Optimizar el flujo de pacientes y la gestión de camas mediante un equipo interdisciplinar.
- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales. Mejora de la comunicación con el hospital de agudos de referencia y A. Primaria, para garantizar una transición fluida y segura de los pacientes entre niveles asistenciales.

MATERIAL

El proceso de transformación de un hospital sociosanitario clásico en un Hospital de Atención Intermedia (HAI) ha seguido una metodología estructurada en varias fases, desde el análisis inicial de necesidades, identificando áreas de mejora y recursos disponibles o necesarios, la planificación estratégica con diseño de plan de transformación y la implementación de nuevos programas asistenciales y la evaluación de resultados.

1. Diseño del nuevo modelo asistencial. Desarrollo de programas asistenciales:

Se definieron varias líneas asistenciales específicas a nivel de hospitalización, alineadas con las necesidades de la población referente, cada una con su perfil de paciente y criterios de ingreso y definición de recursos humanos y materiales específicos adaptados de cada uno.

- Unidad de media estancia de convalecencia.
- Unidad de media estancia de Recuperación Funcional Geriátrica general, neurorrehabilitación y ortogeriatría.
- Unidad de Agudos/Subagudos de pacientes frágiles y geriátricos.
- Unidad de Cuidados Paliativos.
- Unidad de Cuidados Especiales
- Unidad de Patología Respiratoria crónica.

Además, se ha diseñado un nuevo circuito asistencial ambulatorio, potenciando y mejoran la organización de consultas ya existentes y creando nuevas, en varias fases de desarrollo actualmente, incluyendo:

- Consulta de Geriatría general así como monográficas de oncogeriatría, patología cognitiva y caídas, con intervención de médico geriatra y enfermería especializada.
- Hospital de Día Geriátrico (en proceso).
- Consultas de paciente respiratorio crónico con intervención de médico neumólogo y enfermería especializada.

2. **Mejora** de comunicación interna. Potenciación de valoración integral multidimensional y trabajo en equipo interdisciplinar, compuesto por profesionales de diversas disciplinas, con reuniones de equipo semanales para consensuar objetivos y plan terapéutico integral individualizado
3. Creación de un equipo interdisciplinar de gestión de camas para revisión de casos y optimizar la selección de pacientes derivados y asignación del nivel asistencial más adecuado en función del perfil clínico del paciente y sus necesidades.
4. Establecimiento de protocolos de comunicación. Mejora de comunicación externa, tanto con A. Primaria, como Hospital de Agudos (HA) y otros dispositivos asistenciales. Creación de figura de supervisora de Área de Cronicidad, que coordina a enfermera gestoras de casos de HAI y HA- Unidad de Gestión de Casos (UGC), nexo de unión. Sistemas de información compartidos y reuniones periódicas de seguimiento.
5. Reestructuración del circuito asistencial y del flujo de pacientes
 - Reorganización del circuito de admisión, priorizando pacientes frágiles, pluripatológicos o en fase de recuperación funcional.
 - Implementación de criterios de inclusión y priorización para cada unidad asistencial.
 - Valoración geriátrica y funcional precoz por parte del equipo de valoración y recaptación de pacientes en el hospital de referencia.
 - Establecimiento de un protocolo de seguimiento post-alta coordinado con CEX de HAI y Atención Primaria para evitar reingresos hospitalarios.
6. Reestructuración de infraestructuras: Adaptar las instalaciones físicas para crear espacios adecuados para cada programa
7. Formación y desarrollo de competencias del equipo asistencial
 - Formación específica en geriatría, manejo de la cronicidad y cuidados paliativos para el personal del equipo interdisciplinar tanto externa como interna
 - Talleres sobre coordinación interhospitalaria, comunicación y trabajo en equipo interdisciplinar.
 - Capacitación en el uso de herramientas digitales de gestión de casos y registro clínico compartido.
8. Implementación progresiva y monitorización de resultados.
 - Análisis semanal de indicadores clave: carga de trabajo enfermera nivel de complejidad asistencial. diagnósticos principales, dependencia funcional y cognitiva, presencia de síndromes geriátricos, tiempo de estancia, tasa de reingresos, intervención de rehabilitación y trabajo social, etc.
 - Evaluación de la satisfacción del paciente y del equipo asistencial.
 - Ajuste continuo de los circuitos asistenciales y reasignación de recursos en función de la demanda.

RESULTADOS

- La definición de las unidades asistenciales está establecida y en proceso de implementación, con Inicial buena aceptación, con impresión de mejora de la atención del paciente, al ser más especializada, específica y homogénea, mayor organización y optimización de recursos y terapias y mayor satisfacción de los profesionales, pacientes y familias.
- La gestión de camas y el análisis de la carga de trabajo y otros indicadores han permitido una distribución más equitativa de los pacientes complejos.
- Se ha logrado una comunicación fluida entre las enfermeras gestoras de casos y el equipo de gestión de camas, mejorando el perfil y el flujo de pacientes entre el hospital de agudos y el hospital de atención intermedia así como desde atención primaria
- Se ha optimizado el circuito de admisión y los traslados internos.
- Se espera que los pacientes logren una recuperación más rápida y efectiva, reduciendo la dependencia y mejorando su calidad de vida. Reducción de reingresos hospitalarios
- Fortalecimiento del trabajo en equipo: La colaboración interdisciplinar mejorará el ambiente laboral y la efectividad de las intervenciones.

CONCLUSIONES

La transformación de un hospital sociosanitario en un hospital de atención intermedia implica un cambio estructural y organizativo profundo, pero ha permitido una atención más especializada y coordinada para pacientes crónicos complejos, crónicos complejos y paliativos.

Este modelo ha mejorado la calidad asistencial, con la especialización de las unidades, optimizado el flujo de pacientes, fortalecido la comunicación entre niveles asistenciales y optimizado los recursos sanitarios. Además, ha incrementado la satisfacción tanto del paciente como del equipo asistencial, al tiempo que contribuye a la descongestión de las urgencias y de las unidades de hospitalización del hospital de agudos de referencia.

439 TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA GESTIÓN SANITARIA CON LA METODOLOGÍA BIM.

Montiel Santiago, FJ¹; Hermoso Orzáez, MJ²; Terrados Cepeda, J²

¹Hospital Universitario de Jaén; ²Universidad de Jaén

INTRODUCCIÓN

Son muchos los temas tratados sobre los beneficios y la necesidad de la Transformación Digital de la Sanidad, con el desarrollo de servicios digitales e inteligentes, interoperabilidad de la información sanitaria e impulso a la analítica de datos, para generar un valor tangible no solo para pacientes y usuarios, sino también para los profesionales y gestores sanitarios, sin embargo la aplicación de la metodología BIM en la optimización de procesos y mejora de la eficiencia en la gestión hospitalaria es un aspecto menos conocido por los gestores sanitarios.

OBJETIVO

Introducir las posibilidades actuales de generación de valor, con la Transformación Digital que implica la aplicación de la metodología BIM en la gestión de edificios sanitarios.

MATERIAL

El uso de la metodología BIM como solución innovadora para maximizar la eficiencia, optimizar procesos y reducir tiempos de inactividad en la gestión sanitaria.

RESULTADOS

A través del gemelo digital de un edificio hospitalario, se obtiene una base de datos inteligente y un modelo 3D de un edificio sanitario, donde una organización sanitaria puede adoptar soluciones innovadoras, que maximizan la eficiencia y optimizan los procesos, aportando valor a la gestión sanitaria.

CONCLUSIONES

El uso de la metodología BIM, a través de gemelos digitales, sensores inteligentes, monitorización de infraestructuras, e impulsados por la Inteligencia Artificial, no solo mejora la productividad y la eficiencia de las organizaciones sanitarias, sino que aporta valor a pacientes, usuarios, profesionales y gestores sanitarios, al mismo tiempo que aumenta la sostenibilidad y seguridad de los edificios sanitarios. Sin embargo, la aplicación de esta metodología a la gestión sanitaria, no es sencilla, dado que requiere apostar por un cambio de concepto y forma de trabajo, que afecta por este orden a personas, procesos y herramientas.

440 TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SALUD: REDES SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE VALOR, APLICACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

López Arellano, EM¹; Heras Nicolás, C¹; Llorente Fernández, ME¹; Pérez Alonso, J¹; Sánchez Valdeón, L²

¹ Servicio Riojano de Salud; ² Universidad de León

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la transformación digital ha emergido como un pilar fundamental para la mejora de la atención sanitaria. A nivel global y nacional, las estrategias de salud digital impulsadas por diversas organizaciones y el ministerio de salud han sido diseñadas para modernizar los sistemas sanitarios, mejorar la eficiencia operativa y garantizar una atención más segura y accesible para los pacientes. La creciente penetración y utilización de las redes sociales en la vida cotidiana está transformando diversas áreas, incluyendo la atención sanitaria. Las redes sociales podrían posicionarse como plataformas esenciales para la comunicación, educación y formación continua de los profesionales sanitarios, participación activa de los pacientes en la gestión de su salud, así como en la mejora de la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Proporcionar una síntesis de la última evidencia científica existente sobre redes sociales y su utilización en la mejora de la seguridad del paciente y la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios

MATERIAL

Se utilizó PRISMA y el modelo de pregunta de investigación definida según la estrategia PICO: La búsqueda se limitó entre los años 2014-2024.

La búsqueda de artículos se llevó a cabo desde el 1 de diciembre de 2023 hasta el 1 de mayo 2024, en las bases de datos CINALH, WOS, SCOPUS Y PUBMED.

Se utilizaron los operadores booleanos: "AND", "NOT", en la estrategia de búsqueda y las palabras clave se tradujeron a los tesauros DeCS (Cultura organizacional, Seguridad del paciente, Red social, Estrategias de Salud, educación profesional) y MeSH (culture, organizational, Patient Safety, Social Media, Strategies, Education). Se establecieron criterios de inclusión e inclusión.

Dada la heterogeneidad en cuanto al diseño de los estudios a incluir en esta revisión, se decidió aplicar la metodología Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) para evaluar la calidad de los estudios seleccionando solo aquellos que cumplieran al menos un 60% de los criterios de calidad

RESULTADOS

12 artículos fueron seleccionados en esta revisión sistemática.

El 80% de los estudios habían sido publicados los últimos 5 años. Dos de los estudios tienen como marco la pandemia Covid-19.

Las redes más analizadas en los estudios fueron WhatsApp, Twitter y Facebook.

El 41 % de los estudios nos proponen acciones basadas en redes sociales que podrían ayudar a conseguir Sistemas de alta fiabilidad y Seguridad en los procesos clínicos.

La mayoría de los estudios utilizaron técnicas por encuesta, técnicas cualitativas y análisis de la propia red social o con herramientas de minería de textos.

CONCLUSIONES

Twitter/X podría ser la herramienta adecuada para la difusión de información de manera rápida, p ej., en caso de pandemias, otras redes sociales emergentes podrían tener más "engagement" para la realización de una intervención educativa.

Se identifican cuatro utilidades principales de las redes sociales en la SP: Mejorar la capacitación, conocimientos y difusión de buenas prácticas, mejorar la cultura de seguridad del paciente, fuente adicional de datos de SP, p ej., para la detección de eventos adversos, mejora de la comunicación y fortalecimiento de conexiones entre profesionales y empoderamiento y participación del paciente en su seguridad.

Los estudios encontrados consiguieron aumentar significativamente los resultados de algunos dominios de la cultura de seguridad y la notificación de eventos adversos, pero se necesitarían más estudios que analizaran el papel de las redes aplicando una metodología mixta.

Asimismo, las redes sociales se muestran como un medio eficaz para fomentar la comunicación bidireccional entre profesionales de la salud, pacientes y organizaciones sanitarias, lo que mejora la transparencia y la participación activa de los pacientes en la gestión de su salud. Este proceso de interacción contribuye a la reducción de riesgos y al fortalecimiento de la confianza en el sistema sanitario.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



411

442 TRANSFORMACIÓN LEAN BASADA EN VALOR EN EL MODELO DE GESTIÓN QUIRÚRGICA. DATOS PRELIMINARES

Lazaar Soler, S¹; Casas Ollé, I¹; Escuder Capafons, MC¹; Moranta Mulet, F¹; Troya Casero, J¹; Vidal Llado, JM¹

¹Hospital de Manacor

INTRODUCCIÓN

La gestión quirúrgica eficiente representa un desafío clave en los hospitales debido a su impacto en la calidad asistencial y la optimización de recursos. El incremento en la demanda quirúrgica, la variabilidad en la programación y la necesidad de una utilización eficiente de los quirófanos requieren estrategias innovadoras para garantizar una atención segura y oportuna.

La metodología Lean Management, ampliamente utilizada en otros sectores productivos, se ha consolidado en el ámbito sanitario como una herramienta eficaz para mejorar la gestión operativa. Su enfoque en la eliminación de desperdicios y la mejora continua permite optimizar flujos de trabajo, reducir tiempos de espera y mejorar la coordinación entre equipos.

Este estudio analiza la implementación de un modelo estructurado basado en Lean en un hospital comarcal, con el propósito de evaluar su impacto en la eficiencia operativa del bloque quirúrgico, la reducción de reprogramaciones y cancelaciones, y la mejora en la experiencia tanto de pacientes como de profesionales.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la transformación Lean en la gestión quirúrgica a través de un modelo estructurado en diez pasos, midiendo su efecto sobre la eficiencia operativa, la coordinación entre equipos y la percepción de los pacientes y profesionales sanitarios.

MATERIAL

Se trata de un estudio observacional y descriptivo basado en la metodología de mejora de procesos mediante investigación-acción. Se analizarán los flujos de trabajo quirúrgicos, la percepción de los profesionales y la experiencia de los pacientes.

El modelo Lean en diez pasos incluye formación del equipo, mapeo del flujo de valor, estandarización del trabajo, pruebas piloto y seguimiento de resultados. Se recogerán datos del sistema informático del hospital y encuestas anónimas a pacientes y profesionales sanitarios.

Las variables a analizar incluyen:

Tiempo total del proceso quirúrgico.

Variables sociodemográficas.

Variables quirúrgicas y de flujo así como indicadores de eficiencia y calidad: número de reprogramaciones, cancelaciones y retrasos en la programación, también tiempos en cada fase del proceso quirúrgico.

RESULTADOS

Al momento del envío del resumen, el proyecto se encuentra en fase de implementación, con el protocolo ya desarrollado y evaluado. Sin embargo, se espera disponer de datos preliminares para la fecha del congreso. Los principales resultados esperados incluyen:

Reducción del tiempo total del proceso quirúrgico, desde la inclusión en lista de espera hasta el alta postoperatoria; mejora en la eficiencia operativa, con una disminución en los tiempos de espera prequirúrgicos y en los retrasos en la programación; disminución en el número de cancelaciones y reprogramaciones quirúrgicas, mejorando la estabilidad del calendario quirúrgico; aumento en la satisfacción de los profesionales sanitarios, al mejorar la organización y la coordinación entre equipos; mejora en la experiencia del paciente.

CONCLUSIONES

Se espera que la aplicación estructurada del modelo Lean tenga un impacto positivo en la gestión del bloque quirúrgico, reduciendo los tiempos y optimizando el uso de los recursos hospitalarios.

La disminución de las reprogramaciones y cancelaciones quirúrgicas, junto con la mejora en la percepción de los pacientes y profesionales, reforzaría la importancia de implementar modelos de gestión basados en la mejora continua.

Además, la experiencia adquirida con este estudio podrá ser utilizada como referencia para futuras implementaciones de Lean Management en otras áreas del hospital y en otros centros sanitarios, asegurando la sostenibilidad del cambio organizativo y la adopción de una cultura de mejora continua en la atención quirúrgica.

443 TRANSFORMANDO EL PROCESO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE UROLÓGICO: LA IMPORTANCIA DEL DISPOSITIVO DE INGRESO DÍA 0 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Herranz Villanueva, S¹; Orejas Carbonell, B¹; Vélez Gálvez, ME¹; Guisado Medina, C¹; Martínez García, A¹; Quintela Martínez, M¹

¹ Hospital Clinic Barcelona

INTRODUCCIÓN

En un hospital de tercer nivel que dispone de más de 700 camas, la buena organización de las admisiones e ingresos para intervenciones quirúrgicas es crucial. En los últimos años, nuestro servicio ha hecho una apuesta por desarrollar nuevos métodos asistenciales, pero la clave para mejorar la gestión y la coordinación del proceso quirúrgico del paciente urológico ha sido la integración del dispositivo de ingreso día 0 desde el año 2022. Este sistema garantiza una óptima estructuración del proceso asistencial del paciente en el pre ingreso y ha sido de gran ayuda para una mejoría en la gestión de la lista de espera, garantizando siempre los plazos establecidos por el sistema nacional de salud.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es describir la implementación del dispositivo día 0 en nuestro servicio y analizar la evolución de los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas para la mejora en la eficiencia de la planificación quirúrgica y gestión de camas.

MATERIAL

Estudio descriptivo, retrospectivo de la actividad hospitalaria del dispositivo de ingreso día 0 realizado en nuestro servicio desde septiembre de 2022 hasta diciembre del 2024. Durante este periodo se analizaron las siguientes variables: pacientes que ingresan el mismo día de la cirugía programada, pacientes en lista de espera quirúrgica convencional, pacientes programados para intervención quirúrgica que ingresaron en este dispositivo, altas y estancia media hospitalaria. Asimismo, se revisaron otros indicadores de calidad técnica y percibida, como los reingresos hospitalarios postcirugía a 30 días. En el primer semestre de 2022 se inician una serie de reuniones multidisciplinarias con el área quirúrgica para consensuar la puesta en marcha del dispositivo transversal día 0. Paralelamente, se determina desde nuestra especialidad de urología qué perfil de pacientes son candidatos para ingresar en este dispositivo.

Se consensúa un circuito de comunicación interna desde el servicio de urología con el área quirúrgica. Se diseña un protocolo de atención día 0 y una checklist de instrucciones preoperatorias. Para garantizar la mejora en la planificación quirúrgica, se crearon diferentes algoritmos a fin de estandarizar el proceso.

RESULTADOS

Al inicio del proyecto, empezamos con unas cirugías determinadas candidatas a ingreso 0 y durante la implementación hemos aumentado el tipo de cirugías que ingresan en este dispositivo, siendo exentos: pacientes portadores de sonda vesical y/o catéter ureteral, cirugías que requieren preparación intestinal, y pacientes con aislamiento. Durante este período, 800 pacientes fueron atendidos en este dispositivo en el período descrito y se ha incrementado en un 44,5% el número de pacientes candidatos, empezando con 40 pacientes en el 2022 y en 2024 se alcanzó el número de 585 pacientes. Esto ha permitido un incremento del 29,1% de la actividad quirúrgica convencional total y en un 11,1% las intervenciones de cirugía oncológica. Un 66,35% de estos pacientes han estado hospitalizados menos de 48 horas, siendo así la estancia media hospitalaria de 1,9 días, y se redujo en 0,6% la tasa de reingresos.

CONCLUSIONES

La incorporación del dispositivo de ingreso día 0 ha logrado reducir el tiempo de hospitalización sin incrementar riesgos asociados, además de representar una eficiencia en la disponibilidad de camas, manteniendo la calidad asistencial y permitiendo la sostenibilidad de la planificación quirúrgica. Vistos los resultados, desde nuestro servicio se continúa buscando soluciones para realizar todas cirugías posibles a través de este dispositivo. Esta implementación ha aportado valor a la eficacia en la programación, facilitando cumplir los tiempos de garantía en listas de espera.

445 TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN SANITARIA: LA EXPANSIÓN DE LA FISIOTERAPIA COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES EMERGENTES DE SALUD

Fauste Angós, MT¹; Soto Arriazu, R²; Sánchez Burgaleta, B²; Orta Álava, R²; Campillo Arregui, A²; Sanz Gálvez, M²

¹Hospital Reina Sofía; ²Area de Salud de Tudela

INTRODUCCIÓN

En 2017, iniciamos un proyecto innovador en nuestro área de salud, que comprende un hospital y 7 zonas básicas de salud, el "Proceso de fractura de cadera en mayores de 65 años". Los fisioterapeutas del centro fueron esenciales para el desarrollo del proceso y la recuperación de nuestros pacientes.

Por otro lado, la pandemia trajo nuevos desafíos y oportunidades, implementamos servicios de fisioterapia hospitalaria los 7 días de la semana.

Nuestro deseo de mejorar la atención a los pacientes de nuestro área de salud nos ha llevado a acercar la rehabilitación a los pacientes con la implementación de la rehabilitación domiciliaria y la fisioterapia grupal e individual en todas las zonas básicas de nuestra área, ya que consideramos que la fisioterapia es una disciplina esencial en el proceso de recuperación y rehabilitación de pacientes. Además, hemos creado recientemente una unidad específica de suelo pélvico.

OBJETIVO

El propósito principal del proyecto fue la continuidad asistencial de fisioterapia de los pacientes de nuestro área de salud tanto en atención primaria como en atención hospitalaria y el acercamiento del tratamiento rehabilitador al paciente:

1. Mejorar la atención y recuperación funcional de los pacientes.
2. Desarrollar programas de rehabilitación domiciliaria adaptados a las necesidades individuales, no solo para fractura de cadera.
3. Establecer sesiones grupales e individuales de fisioterapia en todas las zonas básicas del área.
4. Implementar un servicio continuo de fisioterapia hospitalaria durante los 7 días de la semana tanto traumatológica, postquirúrgica, como respiratoria y neurológica.
5. Atención y rehabilitación de pacientes con problemas de suelo pélvico.

MATERIAL

Se realizó una evaluación inicial de las necesidades.

Se establecieron protocolos para el manejo de pacientes con fractura de cadera, a los que se realiza una evaluación exhaustiva para determinar su estado y las necesidades individuales. Priorizando la movilización temprana para mejorar la recuperación funcional y reducir complicaciones.

Se implementó un programa estructurado para la rehabilitación domiciliaria, se estableció un rotatorio con 3 fisioterapeutas para tratar a los pacientes los 7 días de la semana en el hospital y días hábiles en el domicilio. Se diseñaron programas personalizados basados en las necesidades específicas de cada paciente, considerando su entorno familiar y social.

Se organizaron sesiones grupales semanales en diferentes centros para tratar a pacientes con patologías susceptibles de ser tratados en terapia grupal y tratamientos individualizados.

Se creó una unidad dedicada a la rehabilitación del suelo pélvico, donde se ofrecen tratamientos adaptados a las necesidades de cada paciente con fisioterapeutas que recibieron capacitación específica en técnicas avanzadas para abordar disfunciones del suelo pélvico.

RESULTADOS

Las escalas de valoración aplicadas avalan la recuperación funcional.

Se adaptan programas personalizados con una media de 9 sesiones por paciente.

Todos los pacientes hospitalizados que requieren tratamiento rehabilitador lo reciben los 7 días de la semana.

Todos los tratamientos tanto domiciliarios como de sesiones grupales o individuales se llevan a cabo en todas las zonas básicas del área.

Todos los pacientes del área pueden beneficiarse de rehabilitación domiciliaria.

Se han tratado cerca de 500 pacientes con rehabilitación del suelo pélvico.

El 86,4% de los pacientes atendidos en 2024 describe el servicio como muy bueno, con un gran nivel de satisfacción.

CONCLUSIONES

La expansión de la fisioterapia ha permitido mejorar la recuperación y la satisfacción de los pacientes ampliando el alcance de los servicios disponibles.

La colaboración interdisciplinaria implicando a personal de atención hospitalaria y de atención primaria, junto con un enfoque centrado en el paciente, ha sido fundamental para lograr una continuidad asistencial efectiva y adaptada a las necesidades individuales.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



414

446 TRANSFORMANDO LA GESTIÓN SANITARIA: HERRAMIENTA PROPIA PARA LA EVALUACIÓN DE COSTES HOSPITALARIOS

Sánchez Álvarez, MT¹; Ruiz Benítez De Lugo, O¹; Lorenzo Jiménez, MJ²; González Sánchez, M¹; Moreno Díaz, R¹; Ruiz Adán, S¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina; ¹²Serveo Facility Management S.A.U (HUIC)

INTRODUCCIÓN

La unidad de complejidad hospitalaria es una herramienta utilizada en la gestión sanitaria para valorar y categorizar la complejidad de los casos clínicos, considerando aspectos como la gravedad de las enfermedades, la cantidad de recursos médicos y especializados requeridos, y la duración de la estancia hospitalaria. Basándonos en estos criterios, hemos desarrollado una unidad equivalente de valor propia que abarca todo el producto hospitalario, no solo la hospitalización.

OBJETIVO

Ante la falta de contabilidad analítica desarrollada, nuestro objetivo era identificar, medir, analizar y controlar los costes asociados a todos los ámbitos hospitalarios para apoyar la toma de decisiones estratégicas y operativas.

MATERIAL

La unidad de complejidad hospitalaria se calcula como el producto del peso medio del hospital por el número de altas atendidas, y se utiliza para determinar la financiación mediante una tarifa común. Para desarrollar nuestra herramienta, definimos los costes de los fungibles según el tipo de material, dividiéndolos en material de curas y suturas, otras compras no sanitarias, otro material sanitario y prótesis e implantes. Con la Dirección de Recursos Humanos, categorizamos el personal según su área de trabajo. Finalmente, con el jefe de farmacia, diferenciamos la medicación entre ambulantes, externos, hospitalizados y botiquines. Con todos los costes definidos, ponderamos toda la actividad hospitalaria y, utilizando la facturación tipo y los precios públicos de los servicios hospitalarios, creamos unidades de producción equivalente. Así, una UCH equivale a 1, una primera consulta vale 0,040452, una consulta sucesiva vale 0,02427, y se hace lo mismo para otros ámbitos hospitalarios. La suma de estas unidades se refleja en el Cuadro de Mando del Hospital.

RESULTADOS

Establecer estas unidades nos permite uniformar la evaluación de costes, mejorar la eficiencia en la distribución de recursos y medir tanto las cargas de trabajo como los recursos necesarios para atender a diversos tipos de pacientes y contextos. Esto impacta en la planificación de la capacidad y la asignación del personal, facilitando la identificación de áreas de mejora y la adopción de mejores prácticas en la prestación de servicios.

CONCLUSIONES

Esta herramienta interna nos permite optimizar la gestión de recursos de forma sencilla, empleando una métrica estándar para evaluar y comparar diversas opciones y alternativas. Su principal ventaja radica en la capacidad de seguir la evolución de la eficiencia de un servicio de un año a otro.

449 TRANSVERSALIDAD EN EL DISEÑO DE UN NUEVO COMPLEJO HOSPITALARIO SISTEMA ROOM BY ROOM

Pallarés Ruiz, M¹; Vila Amengual, MM¹; Fuster Miró, AM¹; Serratusell Sabater, E¹; Rubio Batanas, AM¹; Mingorance Carrascosa, MJ¹

¹ Servicio de Salud de las Illes Balears

INTRODUCCIÓN

Los hospitales incorporan cada vez más elementos tecnológicos, equipamientos y mobiliario. El equipamiento y mobiliario deben estar integrados en la planificación y el diseño desde la concepción del Hospital.

Para ello se requiere de una metodología de trabajo que facilite respuestas rápidas y detalladas, unas herramientas de planificación que permitan generar de forma sencilla e intuitiva la información necesaria y que permitan visualizarla de forma rápida y gráfica a fin de agilizar la toma de decisiones.

Dentro del laborioso proceso de construcción de un Hospital, el plan de equipamiento y montaje es una fase más.

OBJETIVO

Establecer una metodología de trabajo de un equipo multidisciplinar que permita tener en consideración las necesidades asistenciales, económicas, arquitectónicas, de ingeniería, etc. que facilite la toma de decisiones en los cambios y adaptaciones que deban producirse en la fase de proyecto y durante la fase de construcción y favorezca la puesta en marcha de la infraestructura integrando todos los elementos.

MATERIAL

El método room by room divide las tareas complejas y que engloban a diferentes especialidades, es decir, en lugar de abordar todo el espacio o proyecto a la vez se enfoca en un área concreta, lo que permite que el trabajo sea más manejable. Este método permite una mejora en la organización y atención a los detalles, debido a que se pueden hacer ajustes más cuidadosos y mejoras específicas en ese espacio. Aumenta la productividad ya que finaliza tareas de carácter multidisciplinar en un espacio antes de pasar al siguiente.

RESULTADOS

Se obtiene por cada estancia (codificada):

- Un listado de requerimientos de instalaciones, equipos y mobiliario necesarios para la funcionalidad de la misma. En este listado aparecerá el código del mobiliario clínico y no clínico, de los equipos asistenciales, de los equipos informáticos, etc., los requisitos de suministros (electricidad, datos, agua, gas, aires, desagüe, etc.).
- Planos de las preinstalaciones de suministros, la cantidad y su ubicación.
- Planos "Plot plan" en los que se representa gráficamente la ubicación del mobiliario/equipos a escala, con la codificación de los elementos.

Agrupando todas las necesidades por estancia se podrá obtener un listado con las necesidades totales de mobiliario/equipos, requerimientos de instalaciones (puntos eléctricos, datos, etc.) para su adquisición y el check-list para la recepción del equipamiento y puesta en marcha.

CONCLUSIONES

Es una metodología que facilita la planificación de la dotación de los bienes necesarios para la puesta en marcha de un hospital, integrando todos los miembros del equipo multidisciplinar con experiencia y capacidad de analizar y proponer alternativas en el proyecto que permiten maximizar el uso de los recursos disponibles, y permitiendo la trazabilidad de los cambios, el seguimiento de la ejecución de la obra y facilitando la recepción final y puesta en marcha.

450 TRASFORMACIÓN DIGITAL DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Garrucho Moreno, J¹; Martín Sánchez, EM¹; Holgado Macías, M¹; Ortega Jiménez, VM¹

¹ Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN

El cribado de cáncer de cuello de útero se venía realizando en la sanidad pública de nuestra comunidad, al menos desde el año 2000 como cribado oportunista. La orden SCB/480/2019 que modifica la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, indica la puesta en funcionamiento de un programa de cribado poblacional estructurado. Partiendo de los sistemas existente, se ha implementado un sistema de cribado integrado y basado en estándares semánticos y sistemas de automatización, para dar respuesta a la necesidad organizativa.

OBJETIVO

Desarrollar un sistema que permita soportar el cribado poblacional de cuello de útero buscando la máxima automatización y usando estándares semánticos.

MATERIAL

En enero de 2023 se iniciaron los trabajos de estudio para crear un sistema que diera soporte al Programa de detección precoz de cuello de útero (PDPCCU). Para ello se comenzó detallando los elementos necesarios, teniendo en cuenta el ecosistema ya existente en la historia clínica digital. Se pusieron en valor los elementos reutilizables, se identificaron los "gaps".

Resultado del estudio de necesidades:

- Gestor de procesos para orquestar las tareas necesarias.
- Sistema de gestión de reglas.
- Interfaz para el trabajo de los profesionales.
- Gestor de cohortes para la gestión de la población diana.
- Integración de las pruebas de anatomía patológica.

En el mismo estudio se analizaron los estándares que se están utilizando en nuestra historia clínica.

En las solicitudes de pruebas diagnósticas, de análisis clínico, se utilizaba el sistema CLC-GNC, creado y mantenido por la Consejería de Salud y Consumo. Este sistema está especialmente diseñado para determinaciones numéricas con un valor como resultado.

A nivel semántico, se utiliza SNOMED CT para los formularios generados en Gestor de informes y en los informes resultantes.

Se comenzaron los desarrollos de la adaptación de un gestor de procesos, partiendo de la solución comercial Camunda®. Para la elaboración del flujo y la descripción de las tareas se utilizó el estándar BPMN 2.0. Los nodos de decisión se resolvieron incorporando, en el propio gestor de procesos, diagramas de requisitos de decisión (DRD) siguiendo el estándar Decisión Model and Notation (DMN).

Dado que la comunicación entre el módulo de Pruebas analíticas y todos los servicios de laboratorio, salvo los de anatomía patológica, que no tenían integración, se hacían a través del llamado SIL receptor, se decidió incorporar a los SIAP a este sistema. Los resultados de anatomía patológica fueron estandarizados usando SNOMED CT.

A través del Gestor de formularios se elaboraron los formularios necesarios para el trabajo de los profesionales de atención primaria, toma de muestras, y de atención hospitalaria, ginecología y se pusieron a disposición de ellos en sus respectivas estaciones de trabajo.

Para la gestión de la población cargada y la relación con ciertas tareas manuales especificadas en el flujo, se desarrolló una aplicación específica, que se integró con las estaciones de trabajo también y que es donde los responsables del cribado, tanto a nivel de distritos de atención primaria como de hospital pueden interactuar con las tareas del flujo y hacerlo de forma masiva.

RESULTADOS

El resultado obtenido ha conseguido reutilizar gran parte de los sistemas existentes para adecuar las tareas al trabajo habitual de los profesionales.

Se han automatizado las tareas que lo permitían y se ha conseguido, asegurar el correcto enrutamiento de las pacientes en función de los resultados de laboratorio.

CONCLUSIONES

La reutilización de sistemas ya utilizado por los profesionales disminuye la complejidad de los desarrollos de nuevos sistemas y mejora la curva de aprendizaje y la satisfacción.

El uso de estándares es una práctica necesaria para disminuir la variabilidad y mejorar la automatización de procesos.

459 UNIDOS POR LA IMAGEN: IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA GESTIÓN CONJUNTA Y DE LA CONEXIÓN INTERHOSPITALARIA DE LOS SISTEMAS DE RADIODIAGNÓSTICO.

Paniagua Bravo, A¹; López Velayos, C¹; Ossaba Vélez, S¹; Ramos Quispe, MDP²; Aranda García, M¹

¹Unidad Central de Radiodiagnóstico; ²Servicio Madrileño de Salud

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los sistemas de información permite un grado de conectividad mucho mayor que años atrás. Uno de los retos de la gestión sanitaria es su desarrollo y aprovechamiento para mejorar el acceso de todos los pacientes a una atención de calidad. En el diagnóstico por imagen, la accesibilidad de las pruebas diagnósticas por profesionales en diferentes localizaciones aporta ventajas evidentes, pero encierra también dificultades. En este trabajo se describe la experiencia de un modelo de conectividad entre los servicios de Radiodiagnóstico de seis hospitales diferentes.

OBJETIVO

Dar respuesta al aumento de las pruebas diagnósticas fruto de un mayor desarrollo tecnológico y de una mayor tecnificación de la medicina, en un escenario con factores como la dispersión geográfica, la limitación de recursos y la escasez de profesionales cualificados. La posibilidad de aprovechar la conectividad entre sistemas para que viaje la imagen, no el paciente, debería facilitar la optimización de recursos y el acceso de todos los pacientes a profesionales cualificados, con independencia de su localización.

MATERIAL

Se cuenta con un sistema de conexión en red de los sistemas de almacenamiento de imágenes (PACS) de seis hospitales, de modo que permita visualizar de modo instantáneo las pruebas diagnósticas de uno de los centros desde cualquiera de los otros cinco. En paralelo, se ha implantado una gestión clínica conjunta en los Servicios de Radiodiagnóstico de los seis hospitales, basada en una estructura de órganos y sistemas, para potenciar la subespecialización de los profesionales. De este modo, debe ser posible suplir el déficit de facultativos de algunos centros, ampliar la cartera de servicios con pruebas que exijan mayor nivel de especialización, desarrollar la figura del consultor y, en definitiva, mejorar la equidad en la atención a distintas poblaciones.

RESULTADOS

Las principales dificultades han residido en la aceptación por los profesionales de un modelo novedoso y en la coordinación entre los distintos centros, implantando sistemas de trabajo similares. El modelo de gestión conjunta y conectividad del diagnóstico por imagen ha permitido dar cobertura a las pruebas urgentes (24 horas /365 días) en hospitales que de otro modo carecían de personal para dar este servicio de modo independiente. Aproximadamente el 12% de los estudios de resonancia magnética y el 14% de las tomografías computarizadas son informados por profesionales de otros centros que suplen el déficit de personal o efectúan diagnósticos sobre pruebas de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

En un contexto de limitación de recursos y de escasez de médicos especialistas, los modelos de gestión conjunta y transversal de varios centros sanitarios, en este caso aplicado a los servicios de Diagnóstico por Imagen, permiten optimizar recursos, aumentar las prestaciones de los hospitales de menor tamaño y mejorar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

462 UTILIDAD DEL CMBD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: IMPULSANDO LA GESTIÓN Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

García Martínez, E¹; López, A¹; Segura Ruiz, R¹; Muñoz Requena, JJ¹; Pelayo Orozco, AM¹; Triviño Tarradas, FDA¹¹

¹ Hospital Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un área crítica en la atención hospitalaria, donde la complejidad de los casos requiere de herramientas robustas para la toma de decisiones y la optimización de recursos. Actualmente las herramientas empleadas habitualmente en las unidades de hospitalización (CMBD) no permiten un adecuado análisis de la casuística y complejidad de los pacientes.

OBJETIVO

El desarrollo de un CMBD específico de UCI permitiría no sólo comparar los datos de estancias por APR-GRDs teniendo en cuenta la complejidad, sino identificar áreas de mejora comparando los datos propios y de diferentes UCIs de otros centros.

MATERIAL

Se obtuvieron los datos necesarios de Estación Clínica (DIRAYA) en relación a NUHSA y estancias así como los APR-GRDs (CMBD hospital) correspondiente a cada NUHSA y a cada episodio de hospitalización. Se identificaron como variables clave NUHSA, código APR-GRD, fecha ingreso y alta, tiempo de estancia en UCI. Utilizamos el periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2022 y lo comparamos con los datos del periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2023. Dentro de cada año, se clasificaron los pacientes por APR-GRD para calcular el número de casos y la estancia media de cada grupo, y así poder calcular la frecuencia absoluta para cada APR-GRD en cada uno de los años, y poder determinar la estancia media en UCI para cada APR-GRD y comparar los resultados.

RESULTADOS

En el análisis realizado de los datos de los años 2022 y 2023, se obtuvo la estancia media para cada APR-GRD diagnóstico, así el consumo de estancias de cada código diagnóstico. Los datos permiten identificar APR-GRD con mayor estancia media en 2023 y compararlos con 2022, permitiendo realizar un análisis comparativo con nuestra práctica asistencial y comparar la complejidad de los casos analizados. El mayor incremento de estancia media se relacionó con APR-GRDs relacionados con trasplante durante 2023, con estos resultados se diseñó para 2024 una estrategia para mejorar los resultados asistenciales en los APR-GRDs identificados.

CONCLUSIONES

En conclusión, en nuestra experiencia, la implementación de una herramienta como un CMBD específico de UCI representa una estrategia fundamental para la gestión hospitalaria, proporcionando una herramienta sólida para la evaluación e identificación de áreas de mejora orientadas a la eficiencia en la atención a pacientes críticos.

467 PROYECTO SECACREDITA EN UNA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gracia Casado, GL¹; Berrozpe Villabona, C¹; Trillo Martínez, ML¹; Real Campaña, JM¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

El Proyecto SECACredita está liderado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Tiene como objetivo principal establecer un modelo de acreditación para las Unidades de Calidad (UC) de los centros sanitarios, con el propósito de fortalecer su papel en la mejora continua de la calidad asistencial. Este modelo de acreditación busca, de manera efectiva, potenciar, dar valor y protagonismo a las UC, en su papel clave como asesoras en la metodología de la calidad.

OBJETIVO

Dar a conocer el Proyecto SECACredita y presentar el plan de acción en el proceso de acreditación de la UC de un Hospital de Tercer Nivel.

MATERIAL

En primer lugar, se ha revisado el modelo de acreditación de SECACredita que se fundamenta en la implementación de un total de 56 estándares, de los cuales 31 corresponden a estándares básicos y 27 a avanzados. Estos estándares se agrupan en 5 categorías clave: liderazgo, profesionales, procesos, resultados en pacientes y resultados clave. Para facilitar su aplicación y evaluación (autoevaluaciones o auditorías externas), se ha desarrollado una herramienta informática que contiene los estándares definidos, permitiendo autoevaluar el grado de cumplimiento de cada uno de ellos, con la automatización de los resultados a través de porcentajes. El sistema de acreditación contempla tres grados o niveles: 1) Acreditación Básica: cumplimiento de $\geq 80\%$ estándares básicos, 2) Avanzada: 100% estándares básicos y $\geq 50\%$ estándares avanzados, 3) De Excelencia: 100% estándares básicos y $\geq 80\%$ estándares avanzados.

En segundo lugar, se ha realizado un análisis de situación de la UC y en tercer lugar se ha diseñado un plan de acción con el fin de optar a la acreditación.

RESULTADOS

A fecha de 19 de marzo de 2025, la UCA de este Hospital encuentra evidencias suficientes para el cumplimiento del 65% de los estándares básicos (es decir, 20 de 31). En el análisis realizado, se ha considerado que los 11 estándares pendientes son factibles en el transcurso del año 2025, 10 de ellos por dependencia interna, y 1 depende del compromiso de la Dirección del centro.

Para optar a la acreditación básica antes de finales de 2025, el plan de acción diseñado establece las actividades, los responsables y el cronograma. Las acciones previstas consisten en actualizar el Plan Estratégico del centro, documentar procedimientos, actualizar manuales y estructurar el método de obtención de información clave de los clientes para la mejora.

CONCLUSIONES

El Proyecto SECACredita representa una valiosa oportunidad de mejora para las UC, ya que introduce un sistema de acreditación específico que, hasta la fecha, no existía para estas unidades. Tiene las características de ser independiente, objetivo y riguroso, proporcionando un marco teórico que, apoyado en la herramienta de autoevaluación, facilita el enfoque de la mejora continua de las UC de los centros sanitarios españoles. Los estándares definidos en este modelo de acreditación destacan la importancia del liderazgo de los gestores de los centros y la labor de coordinación de las UC en una gestión clínica de excelencia.

En este contexto, este Hospital, muestra un firme compromiso con la mejora continua, utilizando como marco de referencia el modelo de acreditación SECACredita. Una evidencia de ello es la inclusión en su acuerdo de gestión clínica del objetivo de avanzar en el proceso de acreditación de la UC, conforme a los estándares establecidos por SECACredita.

468 ANILLO DE IMAGEN MÉDICA DIGITAL

Salinas Serrano, JM¹; Belmonte Pérez, E²; Tarazón Muñoz, MJ³; Martí Martínez, MV³; Martínez Aparici, A⁴; Pérez Aragón, J⁵

¹Hospital San Juan de Alicante- Conselleria Sanidad Comunidad Valenciana; ²Centro de Informática CS; ³ Conselleria Sanidad;

⁴Hospital Gandía; ⁵Hospital La Plana de Castellón

INTRODUCCIÓN

La Gestión de la Imagen Médica Digital, conocida como GIMD, es la aplicación que gestiona, de manera integrada, la información relativa a la producción de Imagen Médica en todos los centros públicos de la CS realizada en los servicios de radiodiagnóstico y otras unidades que realizan diagnóstico por la imagen.

GIMD se encuentra en la actualidad implantado en.

OBJETIVO

Dentro de la Estrategia de Salud Digital de la CS, se ha enmarcado el proyecto de Anillo de Imagen Médica Digital como una de las iniciativas clave, cuyo objetivo es modernizar y optimizar la gestión de la información de imágenes médicas en el sistema de salud público de la Comunitat.

Los objetivos del anillo de imagen son:

- Mejora de la Interoperabilidad y el Acceso
- Centralización y Organización de Datos
- Telemedicina y la Colaboración Remota
- Mejor Experiencia del Paciente
- Integración de Inteligencia Artificial: Incorporar herramientas basadas en IA para la ayuda al proceso diagnóstico y la priorización de casos

Escalabilidad y Adaptabilidad Futura: Crear una infraestructura que pueda adaptarse al crecimiento de tipología y volumen de imágenes

MATERIAL

Con el fin de alcanzar los objetivos previamente descritos, se procederá a la ejecución de una serie de trabajos y a la implementación de nuevas funcionalidades, enumeradas a continuación:

- Nueva versión de PACS actualizada
- Herramientas para la integración con terceros
- Plataforma de análisis y extracción de datos
- Oficina GIMD
- BIMCV
- Portal GIMD
 - Portal web donde se tendrá la descripción del Anillo de imagen y servicios de valor añadido (noticias del sector, cursos de formación, etc.)
- Postproceso
 - Orientado a gobernar las soluciones existentes de postproceso de imagen y tratar de centralizar de cara a mejorar la equidad de herramientas disponibles para el diagnóstico
- VNA XDS
 - Mejora del VNA existente para poder almacenar imagen no DICOM
 - Visualización específica y en formato timeline
- Gestión de equipamiento HW
 - Inventario y normalización de modalidades generadoras de imagen
 - Normalización y mejora de las estaciones de diagnóstico
- Informado Centralizado
 - Aplicación de Informado única
 - Informes estructurados
 - Informes enriquecidos
 - Mejora en los flujos de trabajo
- Orquestador de IA
 - IDONIA para las pruebas de concepto
 - Para producción un gestor de procesos para la aplicación de algoritmos de IA para ayuda al diagnóstico
 - Se comienza con:
 - MMG
 - RX Tórax
 - RX Hueso

RESULTADOS

Se prevé que el Anillo de Imagen Médica Digital genere avances significativos en la modernización de la gestión de las imágenes médicas dentro del sistema público de salud de la CS. Entre los principales resultados a obtener se destacan los siguientes:

Ampliación de la cobertura del GIMD, centralización, escalabilidad, avances en interoperabilidad, optimización de flujos de trabajo, impulso de la telemedicina y la colaboración remota, aplicación de IA.

CONCLUSIONES

La GIMD representa un Salto al futuro en diagnóstico para la CS, transformando el sistema sanitario público mediante la centralización y optimización de la gestión de las imágenes médicas, facilitando el acceso equitativo a herramientas avanzadas y fortaleciendo la colaboración entre profesionales, llevando la atención médica a un nivel más eficiente, personalizado y orientado al futuro.

471 GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS EN MOMENTOS DE SATURACIÓN: ESTRATEGIAS Y EXPERIENCIAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Troya Casero, J¹; Escuder Capafons, MC¹; Lazaar Soler, S¹; Vidal Llado, JM¹; Moranta Mulet, F¹; Casas Olle, I¹

¹ Hospital Manacor

INTRODUCCIÓN

La saturación hospitalaria es un desafío recurrente en los sistemas de salud, especialmente en situaciones de alta demanda asistencial. La gestión eficiente de camas es un factor clave para garantizar la continuidad de la atención y optimizar los recursos disponibles. Presentamos diferentes estrategias y experiencias implementadas en nuestro centro para mejorar la asignación y rotación de camas en momentos de alta presión asistencial. Se analizan medidas como la priorización de ingresos, la coordinación entre servicios, el uso de documentos compartidos para la monitorización en tiempo real y la colaboración entre equipos.

OBJETIVO

Analizar y proponer estrategias eficientes para la gestión de camas hospitalarias en momentos de saturación, con el fin de optimizar los recursos disponibles y garantizar la continuidad de la atención a los pacientes.

Evitar la suspensión de pacientes quirúrgicos programados.

MATERIAL

Tras valorar los factores que podían afectar a la ocupación hospitalaria, se decide:

- Reunión de saturación hospitalaria cada mañana, siempre que hubiera más de 12 pacientes pendientes de cama. Estaba representada por dirección médica y enfermera, responsables médicos y enfermeros del área de críticos, hospitalización y quirúrgica, unidad de control de infección y administrativa de hospitalización.
- Ambulotorizar diferentes circuitos con el fin de evitar ingresos. Éstos se llevan a cabo en servicios como : Unidad de Cirugía Sin Ingreso, Unidad de Corta Estancia, Gabinete de Medicina Interna, Hospital de Día... Éstos ceden su espacio y profesionales para poder administrar tratamientos, realizar pruebas diagnósticas y evitar el ingreso de los pacientes.
- Hospitalización domiciliaria junto a la unidad de control de la infección realizan seguimiento y tratamiento antibiótico a pacientes de residencia, evitando ingresos hospitalarios.
- El seguimiento exhaustivo de los pacientes con microorganismos multirresistentes, pudiendo compartir habitación los pacientes que coincidan con el mismo microorganismo.
- Se realizan excels compartidos entre mandos intermedios, unidad de control de infección y admisión. Se consultan en tiempo real y facilita la asignación de camas.

RESULTADOS

Con las medidas establecidas se han evitado más de un centenar de ingresos en las diferentes unidades de hospitalización.

La programación quirúrgica se ha podido realizar en su totalidad. La causa de suspensión, en ningún caso ha sido por falta de camas.

No se ha declarado ningún brote de microorganismos multirresistentes en todo el periodo que se ha establecido la medida de compartir habitación en pacientes que son portadores del mismo microorganismo.

CONCLUSIONES

La reunión multidisciplinar de saturación, a primera hora de la mañana, favorece la implicación y compromiso de los equipos.

La ambulotorización es una medida eficiente para garantizar una buena gestión de camas.

La coordinación y la buena comunicación entre equipos facilita la gestión de camas y reduce los ingresos innecesarios.

La vigilancia de los pacientes portadores de microorganismos multirresistentes es una medida facilitadora en la gestión de camas hospitalarias.

483 TRANSFORMAR UN GRUPO COHESIONADO EN UNA ASOCIACIÓN SIN ANIMO DE LUCRO DENOMINADO RED SANITARIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SOSTENIBILIDAD.

Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, AM¹; Sánchez Roldan, C²; Fernández Olleros, S¹; Fernández Nistal, J³

¹Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad; ²Asesor Técnico de Subdirección de Humanización del Gobierno de Aragón; ³Hospital Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) en el ámbito hospitalario se ha convertido en un pilar fundamental para promover prácticas sostenibles y alineadas con la Agenda 2030.

En 2015, bajo el auspicio de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), se constituyó la Red Nacional de Responsabilidad Social Hospitalaria, integrada inicialmente por cinco hospitales: 12 de Octubre, Clínic de Barcelona, Clínic San Carlos, A Coruña y Miguel Servet de Zaragoza. Esta iniciativa buscaba crear un modelo de referencia y fomentar la colaboración y el intercambio de buenas prácticas en responsabilidad social y sostenibilidad dentro del sector sanitario.

OBJETIVO

Analizar el crecimiento y consolidación de la Red Nacional de Responsabilidad Social Hospitalaria desde su creación en 2015 hasta la actualidad, y evaluar la necesidad de evolucionar hacia una estructura asociativa más formal que garantice su sostenibilidad y eficacia futuras.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo de la evolución de la Red, recopilando datos cuantitativos sobre el incremento de hospitales miembros y cualitativos sobre las actividades realizadas.

Se analizaron las estrategias implementadas para generar y fortalecer el capital social, las buenas prácticas en sostenibilidad y las alianzas establecidas con universidades, entidades y fundaciones públicas y privadas, a ello se sumo colaboraciones con organizaciones como ECODES, el Parlamento Europeo y Forética. Además, se evaluó el impacto de compartir conocimiento como base del crecimiento de la Red.

RESULTADOS

Desde su constitución en 2015 con cinco hospitales fundadores, la Red ha experimentado un crecimiento significativo, alcanzando en la actualidad 49 hospitales-miembros.

Este crecimiento se ha sustentado en la generación y fortalecimiento del capital social, la implementación de buenas prácticas en sostenibilidad y el establecimiento de vínculos y sinergias con diversas instituciones.

La colaboración con entidades como ECODES, el Parlamento Europeo y Forética ha potenciado el intercambio de conocimiento y la adopción de prácticas innovadoras en responsabilidad social hospitalaria.

CONCLUSIONES

La evolución de la Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad demuestra la necesidad de dotarse de una estructura más firme y con mayor rigor, evolucionando de una red informal a una asociación formalizada.

Este paso garantizará la sostenibilidad de las iniciativas emprendidas y facilitará la profesionalización de la gestión sanitaria en el ámbito de la responsabilidad social.

La experiencia acumulada evidencia que los profesionales del sector requieren modelos colaborativos como este, donde compartir valor y conocimiento es fundamental para afrontar los retos presentes y futuros en sostenibilidad y gestión sanitaria.

487 DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN: UNA HISTORIA DE ALERTAS BIEN GESTIONADAS

García Pérez, M¹; Soriano Cano, F¹; Mira Sanz, E¹; Campos Serna, A¹; Pombo Rivero, E¹; Navarro Garri, R¹

¹ Departamento de Salud Alicante Hospital General Universitario Dr. Balmis

INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 192/2023 que regula los productos sanitarios en España incluye disposiciones sobre el sistema de vigilancia de productos sanitarios ante cualquier defecto de funcionamiento o alteración de sus características o prestaciones. En este contexto, hemos considerado necesario establecer un procedimiento específico para gestionar alertas relacionadas con medicamentos y productos sanitarios, asegurando una respuesta rápida y eficaz que minimice riesgos para pacientes y usuarios, refuerce la seguridad en el entorno asistencial, mejore la trazabilidad y el control de acciones derivadas de las notificaciones oficiales.

OBJETIVO

Implementar una herramienta digital que permita distribuir las alertas sanitarias de forma inmediata a los profesionales responsables, facilitando la toma de decisiones, el registro de las actuaciones realizadas y el seguimiento del estado de cada alerta.

MATERIAL

Se creó un grupo de trabajo formado por profesionales del servicio de Farmacia, Electromedicina, Enfermería de Recursos Materiales, Informática y la Dirección del centro para diseñar el diagrama de flujo del proceso. A partir de este trabajo, se desarrolló e implementó una aplicación web programada en PHP, JavaScript, HTML y CSS, alojada en un servidor Apache. La base de datos, ubicada en un servidor MySQL, almacena tanto la configuración de la aplicación como la trazabilidad de las alertas.

Los usuarios gestores se validan directamente en la aplicación, mientras que los usuarios con permisos de consulta se autentican mediante el Directorio Activo. La herramienta permite el envío automático de correos electrónicos para comunicar las alertas a los profesionales implicados.

Además, se elaboró un protocolo de actuación y se difundió entre todo el personal. Para facilitar su implantación, se realizó un taller práctico dirigido a los gestores responsables de las alertas.

Al recibirse una notificación de alerta sanitaria, se distribuye automáticamente por correo electrónico a los profesionales correspondientes según la tipología del producto o material afectado. La aplicación permite registrar las actuaciones realizadas, hacer un seguimiento del estado de cada alerta y generar informes periódicos. Ha sido diseñada para adaptarse a los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias.

RESULTADOS

Se han registrado un total de 12 alertas, todas ellas documentadas con registro de las personas notificadas y las acciones correctoras emprendidas. El 100% de las alertas fueron comunicadas a los responsables implicados en un plazo inferior a 48 horas desde su recepción.

Se ha llevado a cabo una reunión de seguimiento con los servicios implicados, que ha permitido revisar y optimizar los circuitos de comunicación y distribución de la información, definiendo los roles y responsabilidades de cada servicio en la gestión de alertas.

Se ha observado una mejora en la coordinación interdepartamental y un fortalecimiento de la cultura de seguridad. Además, se ha incrementado el cumplimiento de los requerimientos normativos establecidos, especialmente en lo referente a la trazabilidad de las notificaciones y a la documentación de las acciones emprendidas.

CONCLUSIONES

La creación de una herramienta digital para la gestión de alertas sanitarias ha permitido mejorar significativamente la coordinación, trazabilidad y respuesta ante situaciones de riesgo relacionadas con medicamentos y productos sanitarios. La automatización en la distribución de alertas, el registro sistemático de las actuaciones y la capacidad de seguimiento han contribuido a reforzar la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema. La implicación de un equipo multidisciplinar ha sido clave para el desarrollo e implantación exitosa del procedimiento. Estas acciones han contribuido a una mejora en el cumplimiento de los requerimientos normativos aplicables.

489 PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PERINATAL: EL ROL DE LA MATRONA GESTORA

De Mulder Muylaert, CA¹; Beteta Fernández, M¹; Martínez Guirao, JM¹; Pereda Mas, A¹; Iniesta Alcázar, J¹

¹H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La humanización en la atención al parto ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas, promoviendo una experiencia más respetuosa y poniendo en el centro como protagonista a la mujer. Este trabajo se enfoca en el rol de la matrona gestora, en la implementación de protocolos y medidas para favorecer unos cuidados perinatales lo más respetados posibles, en consonancia con la "Estrategia Nacional de Atención al Parto" (2007)

OBJETIVO

Definir objetivos de buenas prácticas e indicadores para valorar el grado de humanización de la asistencia en nuestro centro. Analizar cómo la matrona, como figura clave, puede promover un parto respetuoso, garantizando los derechos de las mujeres y una atención de calidad.

MATERIAL

A través de una revisión de la normativa vigente y de las experiencias en diversas unidades de maternidad, se aborda el impacto de la humanización en la calidad de la atención, la disminución de intervenciones médicas innecesarias y el fomento del acompañamiento emocional. Además, se explora como las matronas gestoras, al gestionar tanto los aspectos asistenciales como los organizativos, pueden optimizar los recursos disponibles para proporcionar un entorno más favorable a las necesidades de la mujer en proceso de gestación y trabajo de parto, tal como una información de calidad, adecuación de espacios más humanizados, actualización de protocolos y plan de parto, promoción y fomento de la lactancia materna.

RESULTADOS

Se presentan resultados preliminares que demuestran una mayor satisfacción de las mujeres al recibir una atención basada en los principios de humanización, generando un ambiente de confianza y seguridad y facilitando la accesibilidad a los recursos disponibles. Destacar también las barreras y desafíos con los que se encuentran las matronas gestoras para el desarrollo e implementación de este enfoque humanizado.

CONCLUSIONES

Las conclusiones apuntan a la necesidad de una formación continua para las matronas en aspectos de humanización y calidad asistencial, así como un fortalecimiento de los protocolos institucionales para garantizar la humanización del parto dentro del marco del sistema sanitario.

491 OPTIMIZACIÓN DEL COMITÉ DE TUMORES DE CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE UNA SOLUCIÓN DIGITAL

Navarro Egea, AP¹; Alonso Romero, JL¹; Sánchez Henarejos, P¹; Palacio Gavira, P¹; Guzmán Aroca, F¹

¹ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El manejo asistencial de las pacientes con cáncer de mama se caracteriza por la intervención de múltiples profesionales sanitarios y servicios, haciendo el proceso asistencial complejo y requiere una gestión coordinada entre diferentes especialidades. El comité de tumores (CT) es una reunión multidisciplinar donde se consensua el esquema terapéutico y asistencial de cada paciente. Su correcto funcionamiento asegura una mejor precisión en el diagnóstico, una adecuación de los tratamientos y una mejor experiencia para las pacientes.

En nuestra organización, se ha realizado un análisis del subproceso del comité de tumores de cáncer de mama, mediante la metodología lean, con el fin de identificar áreas de mejora para optimizar su funcionamiento mediante la creación de soluciones analógicas y digitales.

OBJETIVO

El objetivo principal del proyecto es la optimización del comité de tumores de cáncer de mama, a través del análisis del subproceso y la co-creación soluciones analógicas y/o digitales.

MATERIAL

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con una representación de profesionales sanitarios que participan en el comité de tumores, además de la coordinadora de transformación digital, para analizar el subproceso de comité de tumores, mediante la metodología lean. Se identificaron 4 áreas de mejora en el marco del funcionamiento del comité de tumores.

Una de las áreas identificadas ha sido el elevado número de casos presentados repetidamente en los comités. Para ese punto crítico se ha analizado la causa raíz que ha permitido desarrollar propuestas de mejora.

RESULTADOS

Se ha cuantificado que el 18% de los casos presentados en CT, se presentan dos veces o más. Esta duplicidad en la presentación de casos es debido a la falta de resultados de pruebas para poder tomar una decisión terapéutica y asistencial.

Ante esta situación se ha creado una check list con la información mínima necesaria para presentar un caso en el CT y poder tomar una decisión terapéutica y asistencial. De esta forma evitamos que se presenten aquellos casos que en el momento que se celebra el comité no tienen todas las pruebas necesarias para tomar una decisión.

Paralelamente se ha diseñado un nuevo circuito en el cual la enfermera gestora de casos, previo al CT, verifica que cada paciente susceptible a presentarse al comité cumple con la check list.

Con el fin de que esta solución sea sostenible en el tiempo y agilice el proceso, la check list se ha digitalizado e incorporado en el propio sistema de información del hospital. Además, esta lista digital se nutre de la información presente en historia clínica, por lo que su revisión no implica un aumento de carga de trabajo para el profesional sanitario. Esta solución digital es replicable a cualquier comité del propio hospital.

Con esta mejora se estima que haya una reducción del 18% de los casos presentados por falta de pruebas. Esta disminución se prevé que genere un incremento de 11 minutos efectivos por cada comité de tumores.

CONCLUSIONES

Tras el análisis del comité de tumores de cáncer de mama, se ha identificado una ineficiencia del tiempo del comité de tumores debido a que se presentan un elevado número de casos repetidamente.

Con el objetivo de optimizar el tiempo del comité de tumores, se han desarrollado una check list digital en Selene que va a permitir incrementar 11 minutos efectivos para cada comité de tumores lo que se traduce en un ahorro económico anual aproximado de €5958,33, basado en los costes estimados por hora de cada representante del CT.

La implementación de esta solución y optimización del tiempo del CT de cáncer de mama representa una oportunidad para utilizar este tiempo de manera más eficiente y productiva en otras áreas críticas del hospital.

492 DISEÑO DE UN MODELO ORGANIZATIVO CON COMMAND CENTER Y VIDEOCONSULTAS PARA ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y ENFERMEDADES RARAS: HACIA UNA ATENCIÓN MÁS EFICIENTE Y PERSONALIZADA

Vera Guirao, JJ¹; Jiménez Molina, JL²; Guillén Navarro, E³; Ballesta Martínez, M²; Blázquez Pedrero, M²; Beteta Fernández, D²

¹ Servicio Murciano de Salud; ² Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca"; ³ Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades raras (EERR) agrupan más de 7.000 patologías de baja prevalencia. Afectan a más de tres millones de personas en España. Suelen debutar en la infancia y evolucionan hacia una cronicidad compleja. Su atención presenta una elevada complejidad diagnóstica y asistencial, que requiere una respuesta integrada, coordinada y personalizada. Este trabajo presenta el diseño de un modelo organizativo basado en un Command Center y una plataforma de videoconsultas, desarrollado en un hospital de tercer nivel con alta especialización pediátrica, como respuesta a estos retos.

OBJETIVO

Establecer un modelo asistencial digital avanzado que permita:

1. Mejorar la eficiencia operativa con monitorización de flujos en tiempo real.
2. Aumentar la accesibilidad no presencial.
3. Optimizar la atención pediátrica y en EERR.
4. Reducir tiempos diagnósticos.

MATERIAL

Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de admisión, clínicos, dirección y departamento TI. Este equipo ha analizado los flujos asistenciales actuales, identificado cuellos de botella y definido las prioridades funcionales y organizativas del proyecto.

El proyecto, actualmente en fase de licitación, se estructura en dos lotes:

- Lote I: Command Center. Plataforma con capacidades de visualización en tiempo real, paneles predictivos, IA/ML para análisis de indicadores clínicos y operativos, interoperabilidad con el HIS, y segmentación específica para EERR. Incorpora diseño modular, roles personalizados, alertas parametrizadas y enfoque basado en datos operativos y clínicos.
- Lote II: Videoconsultas. Sistema para atención no presencial integrado con historia clínica electrónica, citación, y canal de comunicación con pacientes y familiares, orientado a asesoramiento, seguimiento domiciliario y consultas multidisciplinarias.

Ambos componentes se ubican en un espacio físico reformado. El modelo organizativo se ha diseñado en un entorno multidisciplinar y se estructura en tres niveles: mesogestión por mandos intermedios, microgestión en unidades clínicas, y soporte a la toma de decisiones clínicas.

RESULTADOS

El diseño cuenta con planificación detallada, arquitectura técnica, requisitos funcionales y plan de explotación de indicadores. Está alineado con el Plan de Atención Digital Personalizada del SNS y con la Red Únicas. Se han definido los indicadores clave de impacto esperados en tiempos de atención, accesibilidad, experiencia de paciente, y eficiencia de procesos críticos. Se prevé la ejecución del proyecto entre julio de 2025 y febrero de 2026, en una primera fase centrada en pediatría, con escalabilidad al resto del hospital.

CONCLUSIONES

1. El proyecto define un modelo organizativo basado en datos y procesos asistenciales críticos.
2. Mejora la accesibilidad con videoconsultas integradas en los sistemas asistenciales.
3. Facilita decisiones clínicas en tiempo real mediante monitorización y analítica avanzada.
4. El diseño multidisciplinar asegura su aplicabilidad y adaptación al entorno real.
5. Refuerza una atención personalizada, especialmente en pacientes con enfermedades raras.
6. Es escalable y está alineado con la Estrategia Nacional de Salud Digital, aportando valor al sistema sanitario.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****427**

502 CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES. ESTRATEGIAS DE CRECIMIENTO.

Vázquez Salvado, MDM¹; Campos Oubel, E¹; Amboage Valiño, M¹; Sayáns Queiruga, O¹

¹ Área Sanitaria de A Coruña y CEE

INTRODUCCIÓN

Hace más de 50 años que los sistemas sanitarios han incorporado herramientas de gestión de calidad y seguridad de pacientes, en el ámbito de la actividad asistencial, de la gestión y de los procesos de soporte de las organizaciones sanitarias.

Amén de la existencia de políticas generales de calidad en los diferentes Servicios de Salud, desde la visión de la microgestión, se suman a ellas numerosas iniciativas que aportan gran valor, pero que, a menudo, viven desconectadas entre sí o no están lo suficientemente comunicadas, produciéndose una pérdida de ganancia marginal de dimensiones no calculadas.

Esta información puede ser de gran valor a la hora de crear estrategias de calidad, elaborar planes de calidad o establecer objetivos a medio y largo plazo.

OBJETIVO

Dimensionar las herramientas de calidad y seguridad aplicadas en un área sanitaria, su alcance, despliegue y grado de penetrancia en la organización.

Evaluar la adaptabilidad a las estrategias globales y su grado de aportación a la consecución de los objetivos de la organización.

Revisar y re-enfocar el Plan de Calidad del área sanitaria.

MATERIAL

La metodología ha sido cualitativa y ad hoc para este estudio.

Se han:

- Realizado un diagnóstico y mapa de situación de las herramientas de calidad y seguridad aplicadas en el área sanitaria.
- Evaluado su situación con respecto a la política de calidad del servicio autonómico de salud.
- Se ha realizado, a través de encuestas de partes interesadas, una prospección de necesidades a corto, medio y largo plazo.

RESULTADOS

La metodología empleada ha permitido tener un conocimiento agregado de todas las iniciativas de calidad del área, y medir su grado de implantación y resultados.

Se ha recopilado toda la actividad del área en materia de seguridad de pacientes (SINAPS, rondas de seguridad en críticos, programas dirigidos a la reducción de la infección nosocomial, a la conciliación de la medicación, aplicación de las guías BPSO (Best Practices Spotlight Organizations), auditorías internas relacionadas con procesos y equipos, proyectos zero, etc.

Están constituidas 18 comisiones de calidad, que implican a más de 200 profesionales de diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales.

Existen en la actualidad 13 servicios/unidades certificados por la ISO 9001:2015, 1 por la ISO 179003:2013 y 1 por la ISO 13483:2016, 1 servicio con la certificación EFQM, y 3 servicios en proceso de certificación, y 2 servicios acreditados.

Paralelamente, muchos servicios, cuentan con certificaciones emitidas por sus correspondientes sociedades científicas u otras empresas certificadoras españolas y europeas reconocidas. Las certificaciones son de diversa índole y todas ellas comparten el espíritu y la meta de aportar herramientas de beneficio contrastado y probado para aumentar la calidad de los servicios sanitarios.

A todo esto, es necesario añadir las estrategias de formación en materia de calidad y seguridad, y la difusión y comunicación de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

El análisis exhaustivo de toda la actividad realizada y planificada en calidad y seguridad de pacientes, ha permitido dibujar un mapa cierto de situación y cotejarlo con las políticas sanitarias y las directrices del servicio de salud y de la dirección.

El ejercicio de revisión exhaustiva ha aportado una visión transversal capaz de establecer sinergias entre iniciativas que aplicaban a alcances más limitados.

Solo un punto de partida cierto, y la existencia de unas líneas estratégicas establecidas, permite avanzar en una dirección consecuente y conocida, que ha servido de base para la elaboración del nuevo Plan de Calidad 2025-2028 para el área.

532 DIGITALIZACIÓN CLÍNICA EN EL ENTORNO SANITARIO: REGISTRO ÚNICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL

Castaño Rodríguez, MV¹; Escribano Balin, R¹; Carbajales Álvarez, MC¹; Estebanez Hernandez, R¹; Colomo Fernandez, J¹; Gonzalez Fouces, MI¹

¹ Hospital Universitario de Cabueñes - SESPA

INTRODUCCIÓN

La digitalización en los centros sanitarios es fundamental para mejorar la eficiencia, seguridad y calidad asistencial. la gestión de la información clínica, tradicionalmente basada en documentos físicos ha evolucionado hacia entornos digitales más seguros y accesibles. En este proceso, destacan el mantenimiento de un registro único por paciente y la incorporación de nuevas tecnologías como el consentimiento informado digital.

OBJETIVO

Analizar diferentes dimensiones del proceso de digitalización en un centro sanitario, con foco en:

1. Evaluar la relación entre la Unidad de Gestión de Historia Clínica y el mantenimiento de un registro único por paciente mediante la fusión de historiales duplicados, como base para una digitalización eficaz y un acceso preciso a la historia clínica resumida.
2. Valorar el impacto de la integración del consentimiento informado digital en el flujo asistencial, frente al modelo manual, destacando beneficios en trazabilidad, seguridad y eficiencia.
3. Medir el nivel global de digitalización del departamento, analizando el grado de implantación de sistemas digitales en la gestión clínica y administrativa.

MATERIAL

Se revisaron los procedimientos realizados por la Unidad de Gestión de Historia Clínica, con especial atención al proceso de fusión de historias duplicadas. se analizaron registros de intervenciones y número de historias unificadas.

Para evaluar el consentimiento informado digital, se extrajeron datos del programa de gestión implantado, obteniendo cómputos mensuales de sus seis primeros meses de funcionamiento, obteniendo los firmados digitalmente y los gestionados aún de forma manual. Se analizaron las tendencias de uso durante este periodo para valorar la progresiva implantación del sistema.

Finalmente, se elaboró un informe compilando tanto los datos de documentación digitalizada (pruebas, documentación administrativa, etc...) con datos de fusiones de historias clínicas y uso del consentimiento informado digital. Esto permitió una visión integral del estado actual del proceso de digitalización del departamento.

RESULTADOS

La actividad de la Unidad de Gestión de Historia Clínica permite consolidar la identidad de los pacientes, reduciendo errores administrativos y facilitando el acceso coherente a una historia clínica única. Esto se traduce en una mayor precisión de la información, reducción de tiempos en la validación de datos y una mejora en la accesibilidad a la historia resumida. Respecto al consentimiento informado digital, el análisis muestra un inicio fuerte de un 50%, posiblemente debido a una campaña de puesta en marcha y formación. Sin embargo, en los meses siguientes se observa un descenso, probablemente asociado a una menor adherencia por factores como resistencia al cambio o falta de seguimiento. Durante el primer trimestre de 2025 se constata una recuperación progresiva, con una tendencia ascendente que apunta a una fase de consolidación del sistema.

El informe refleja todos los datos relativos al proceso de digitalización del departamento, incluyendo documentación clínica, pruebas diagnósticas y registros administrativos. Además, se recogen específicamente los resultados de las fusiones de historias clínicas y del uso del consentimiento informado digital, ofreciendo una visión completa e integrada del avance en estas áreas.

CONCLUSIONES

Los resultados globales del departamento reflejan un progreso sólido hacia un modelo asistencial más moderno, eficaz y centrado en la persona. La elevada proporción de documentación digitalizada evidencia el compromiso con la mejora continua en accesibilidad, trazabilidad y eficiencia. Este avance se sustenta en la labor de la Unidad de Gestión de Historia Clínica, cuyo trabajo en mantener un registro único por paciente mediante la fusión de historias duplicadas garantiza la precisión y continuidad asistencial. Por último, el consentimiento informado digital, aunque con una implantación inicial irregular, muestra una recuperación sostenida. Su integración aporta valor en trazabilidad, agilidad y control documental, consolidándose como una herramienta clave en el entorno clínico digital.

537 CUIDO MI DIABETES

Vaamonde Longueira, N¹; Alonso Álvarez, MC¹; Llaneza Suarez, E¹; Pisano González, MM¹

¹ Consejería de Salud Principado de Asturias

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica y compleja que afecta a millones de personas en todo el mundo. En España, se diagnostican cada año alrededor de 386.000 nuevos casos en la población adulta. Entre las complicaciones asociadas, la insuficiencia cardíaca destaca como la primera causa de hospitalización en estos pacientes.

“Cuido mi Diabetes” se fundamenta en elementos esenciales como una alimentación equilibrada, práctica regular de ejercicio físico, sueño reparador y el uso de técnicas de relajación como apoyo al bienestar del paciente. Además, considera esencial la educación para la salud, tanto al paciente como para su cuidador, como herramienta clave para prevenir complicaciones y fomentar la autonomía en el manejo de la enfermedad.

Esta línea estratégica impulsada por la Unión Europea ha sido diseñada para mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. Su misión es motivar a adquirir hábitos saludables, basados en evidencia científica, reduciendo el consumo de fármacos en un número significativo de casos clínicos como veremos más adelante.

OBJETIVO

El objetivo del este estudio es analizar la eficiencia del ensayo inicial en el sistema sanitario, considerando que en la actualidad esta patología se asocia con un alto gasto sanitario y afecta a más de 86.000 personas en Asturias.

MATERIAL

Desde la Consejería de Salud se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por personal de enfermería especializado en endocrinología y profesionales expertos en análisis de costes.

El método empleado es un estudio retrospectivo con enfoque analítico, centrado en evaluar la eficiencia del programa basado en evidencia

científica; seleccionando para ello a los pacientes que participaron en el primer grupo del proyecto, correspondiente al año 2024.

Número de personas 26 con diabetes tipo 2, once mujeres y quince hombres, de 41 a 72 años

RESULTADOS

El primer grupo de personas con diabetes tipo-2 que participa en el proyecto es de 26; los resultados:

1. Reflejan reducción en el perímetro abdominal, con una media de 10,8 centímetros, frente a los 8,3 registrados a mitad del programa (a los seis meses).
2. El IMC ha bajado de media en 1,6 puntos y la pérdida de peso de los participantes ronda los 5,2 kilos.
3. El tratamiento farmacológico es el de mayor peso de coste directo, se reduce en el primer año en un 52,32%.

CONCLUSIONES

La aplicación de las recomendaciones del programa ha demostrado una reducción del peso corporal acompañado de un aumento del bienestar físico y mental; así como una reducción en el consumo farmacológico de estos pacientes.

Teniendo en cuenta que para el año 2050 una de cada ocho personas padecerá Diabetes Tipo 2, este estudio demuestra la eficiencia del proyecto, así como su repercusión en la calidad asistencial y en la reducción del gasto sanitario por paciente.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



430

546 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE CLÍNICO PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN DE CONSULTAS PREFERENTES DERIVADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Parrado Cuesta, MDLS¹; González Díaz, E¹; Izquierdo Doyagüez, PL¹; Diz Taín, P¹; Bollo De Miguel, E¹; Rodríguez-Hevia González, A¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de consultas preferentes desde Atención Primaria hacia los servicios hospitalarios ha generado desafíos en la asignación eficiente de recursos y en la garantía de tiempos de respuesta adecuados. La falta de un sistema estructurado para filtrar y priorizar estas solicitudes puede derivar en demoras, sobrecarga asistencial y una utilización subóptima de las agendas clínicas.

OBJETIVO

Establecer un sistema de triaje clínico que permita la revisión y priorización de las solicitudes de consultas preferentes por parte del servicio hospitalario receptor.

Mejorar los tiempos de respuesta para las consultas preferentes, asegurando que más del 90% se atiendan en un plazo inferior a 15 días.

Optimizar la distribución de las consultas, equilibrando adecuadamente las primeras visitas, seguimientos y altas, para una gestión más eficiente de la demanda asistencial.

MATERIAL

Se diseñó e implementó un protocolo de triaje clínico en el que las solicitudes de consultas preferentes, derivadas desde Atención Primaria, son evaluadas por profesionales del servicio hospitalario correspondiente. Este proceso incluye la validación de la pertinencia de la solicitud, la asignación de prioridad y, en su caso, la reorientación a otras modalidades asistenciales más adecuadas. Se realizó un análisis comparativo de los indicadores de gestión antes y después de la implementación del sistema, abarcando un periodo de 12 meses.

RESULTADOS

La implementación del sistema de triaje clínico permitió que el 92% de las consultas preferentes fueran atendidas en un plazo inferior a 15 días, mejorando significativamente los tiempos de respuesta. Además, se observó una redistribución más equilibrada de las consultas, con un aumento en las altas tras la primera visita y una reducción en las derivaciones innecesarias, lo que contribuyó a una utilización más eficiente de los recursos asistenciales.

CONCLUSIONES

La incorporación de un sistema de triaje clínico para las consultas preferentes derivadas desde Atención Primaria ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la eficiencia en la gestión de la demanda asistencial. Este enfoque ha permitido optimizar los tiempos de respuesta, garantizar una atención más adecuada a las necesidades clínicas de los pacientes y mejorar la utilización de los recursos disponibles, alineándose con los principios de una atención sanitaria centrada en el valor y en las personas.

547 IMPACTO DEL RECORDATORIO POR SMS EN LA REDUCCIÓN DE LA INASISTENCIA A CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

González Díaz, E¹; Parrado Cuesta, S¹; Izquierdo Doyagüez, PL¹; Diz Tain, P¹; Bollo De Miguel, E¹; Rodríguez-Hevia González, A¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Leon (CAULE)

INTRODUCCIÓN

La inasistencia a consultas externas genera ineficiencias asistenciales, incremento en las listas de espera y pérdida de oportunidades diagnósticas. Entre las estrategias propuestas para mejorar la adherencia, el recordatorio por SMS ha mostrado utilidad, aunque su efectividad puede variar según factores demográficos, clínicos y organizativos.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implantación de un sistema de recordatorio por SMS sobre la tasa de inasistencia a consultas externas hospitalarias, y analizar su comportamiento según edad, sexo, tipo de consulta, demora, procedencia y especialidad.

MATERIAL

Se analizaron 198.420 primeras consultas realizadas entre el 1 de julio de 2022 y el 31 de diciembre de 2024, en dos periodos diferenciados:

Pre-SMS: 1 julio 2022 – 30 marzo 2023

Post-SMS: 1 julio 2023 – 31 diciembre 2024

(Se excluyó un periodo ventana de 3 meses tras la implantación.)

Se aplicaron análisis univariantes y multivariantes (regresión logística), incluyendo como variable principal el periodo (Pre/Post SMS), y ajustando por edad, sexo, tipo de consulta, tiempo de espera, procedencia y especialidad. Se estudió también la correlación entre la demora media por especialidad y la mejora observada.

RESULTADOS

La tasa global de inasistencia se redujo del 10,6% al 8,2% tras la implantación del sistema de recordatorios por SMS ($p < 0,001$). El modelo de regresión logística multivariable con interacciones confirmó que el periodo Post-SMS se asoció con una reducción independiente del 30% en el riesgo de no acudir (OR = 0,70; IC 95%: 0,68–0,72), ajustando por edad, sexo, tipo de consulta, demora, procedencia y especialidad. El análisis de interacciones permitió valorar si el efecto del SMS difería entre subgrupos. Se observó que:

En la mayoría de especialidades, el riesgo de no acudir se redujo tras la implantación del SMS, aunque sin alcanzar significación estadística frente al resto.

Sin embargo, en especialidades como Psiquiatría, Otorrinolaringología y Endocrinología, el modelo mostró que no se produjo una reducción independiente y significativa, es decir, el SMS no resultó efectivo por sí solo en reducir la inasistencia en estos servicios, al compararlos con el resto del hospital.

Además, se identificó una correlación negativa y significativa entre la demora media por especialidad y la mejora en la asistencia ($r = -0,54$; $p = 0,031$), lo que indica que el SMS fue más eficaz en especialidades con mayor tiempo de espera.

CONCLUSIONES

El sistema de recordatorio por SMS es una herramienta eficaz para reducir la inasistencia, especialmente cuando se implementa de forma estructurada y ajustada al contexto clínico. El modelo multivariable demostró que, aunque la mayoría de especialidades presentan una mejora, esta no siempre es estadísticamente significativa frente al conjunto del hospital, Psiquiatría, Otorrinolaringología y Endocrinología fueron las únicas especialidades donde el análisis multivariable mostró ausencia de efecto independiente del SMS, lo que sugiere que en estos casos se requieren estrategias complementarias. La demora asistencial influye claramente en la efectividad del SMS. Priorizar esta intervención en especialidades con altas demoras y tasas basales elevadas de inasistencia puede maximizar su impacto asistencial.

549 PERFIL DEL PACIENTE QUE NO ACUDE A CONSULTA EXTERNA: FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

González Díaz, E¹; Parrado Cuesta, MS¹; Izquierdo Doyagüez, PL¹; Ruíz De Villa Izquierdo, MD¹; Bollo De Miguel, E¹; Rodríguez-Hevia González, A¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Leon (CAULE)

INTRODUCCIÓN

La inasistencia a consultas externas hospitalarias representa un desafío significativo para la eficiencia y calidad del sistema sanitario. Identificar los factores asociados a este fenómeno es esencial para implementar estrategias que mejoren la adherencia a las citas programadas.

OBJETIVO

Caracterizar el perfil de los pacientes que no acuden a consultas externas hospitalarias y analizar los factores clínicos, organizativos y sociodemográficos asociados a la inasistencia.

MATERIAL

Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre 198.420 registros de consultas externas en un hospital público. Se analizaron variables como edad, sexo, especialidad médica, tipo de consulta, tiempo de espera y procedencia geográfica. Se aplicaron análisis univariantes, bivariantes y regresión logística para identificar predictores independientes de inasistencia.

RESULTADOS

La tasa global de inasistencia fue del 9,1%. En el análisis univariante, la no asistencia fue más frecuente en menores de 44 años (12,5%), hombres (10,2%) y pacientes con esperas >120 días (12,7%). Psiquiatría, Dermatología, Ginecología y ORL superaron el 11%. En el modelo multivariante:

- La edad avanzada fue un factor protector. En comparación con los menores de 44 años, los grupos de 44-59, 59-72 y >72 años presentaron menor probabilidad de inasistencia (OR <1; p < 0,001).
- El sexo masculino se asoció con mayor riesgo de no acudir (OR = 1,15; IC 95%: 1,11-1,19; p < 0,001).
- El tiempo de espera fue un determinante organizativo clave. Los pacientes con espera superior a 120 días duplicaban el riesgo de inasistencia (OR = 2,48; IC 95%: 2,32-2,65; p < 0,001).
- La procedencia desde centros periféricos también se relacionó con mayor inasistencia (OR = 1,07; p = 0,021).
- En cuanto a las especialidades, se identificaron diferencias destacables:
 - Mayor riesgo de inasistencia: Psiquiatría, Ginecología, Dermatología, Otorrinolaringología, Urología y Digestivo (OR entre 1,35 y 1,88; p < 0,001).
 - Menor riesgo: Obstetricia y Reumatología (OR = 0,57 y 0,75 respectivamente; p < 0,01).

CONCLUSIONES

La inasistencia a consultas externas hospitalarias no es aleatoria, sino que se asocia a factores específicos. Identificar y comprender estos factores permite diseñar intervenciones focalizadas para mejorar la adherencia a las citas, optimizar los recursos y reducir el impacto negativo del absentismo en la atención sanitaria.

1 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTAR CON UNA UNIDAD DE DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL?

García Gómez, MDC¹; López Gutiérrez, J¹; Rodríguez Fernández, F¹; Tawfiq Piedad, M¹; Gesto Moral, FA¹; Lechosa Muñiz, C¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Los fármacos quimioterápicos, así como los nuevos tratamientos biológicos se utilizan cada vez más. Esto supone un incremento en la probabilidad de presentar reacciones adversas medicamentosas, entre ellas las de hipersensibilidad.

Cuando no existen otros tratamientos potencialmente curativos o el fármaco implicado en la reacción es la única alternativa, se plantea la desensibilización como opción terapéutica. La desensibilización es un procedimiento complejo de alto riesgo que debe ser realizado en un ambiente hospitalario, cuyo objetivo es inducir un estado de tolerancia temporal al fármaco implicado.

OBJETIVO

Analizar y describir los datos de actividad asistencial desde enero de 2022 hasta diciembre de 2024 para mostrar la importancia y el impacto que supone contar con una Unidad de Desensibilización en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL

Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes a los que se desensibilizó a fármacos por vía endovenosa en nuestro hospital desde enero 2022 hasta diciembre 2024. Éstos fueron derivados a consultas de Alergología tras una reacción inicial a un fármaco indispensable para el tratamiento de su enfermedad, fundamentalmente desde Hospital de Día Médico, Oncología, Hematología, Reumatología y Digestivo.

Se completó el estudio alergológico con pruebas cutáneas al fármaco implicado en la reacción inicial y estudio serológico.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y recibieron como premedicación ambulatoria el montelukast.

A su llegada al Hospital de día Médico, se premedicó a los pacientes de forma sistemática con antihistamínico vía oral (Hidroxicina 25 mg), famotidina 40 mg oral y corticoide endovenoso. En función de la estratificación de riesgo realizada previamente en consulta de Alergología, se diseñó de forma individualizada para cada paciente protocolos de administración del fármaco en una bolsa (4 pasos), dos bolsas (8 pasos) y tres bolsas (12 pasos).

RESULTADOS

Se realizaron un total de 734 desensibilizaciones a 43 fármacos distintos. El fármaco que más frecuentemente se desensibilizó fue el paclitaxel (238 ocasiones), seguido del rituximab (110 ocasiones) y las sales de platino, oxaliplatino (66 ocasiones) y carboplatino (56 ocasiones).

La edad media de los pacientes fue de 58 años con una distribución por sexo mayor en mujeres (62%) que en hombres (38%), probablemente relacionado con que los fármacos que más se desensibilizaron se utilizaban en el tratamiento de neoplasias de mama u ovario.

Según el tipo de reacción inicial, el 36% fueron reacciones IgE mediadas, seguido de síndromes de liberación de citoquinas (26%), reacciones infusionales (21%), reacciones tardías (13%) y reacciones mixtas (4%).

El procedimiento demostró ser muy seguro, documentándose un 6,5% de reacciones durante la primera desensibilización, interrumpiéndose únicamente el 0,13% del total de casos.

Finalmente destacar el importante crecimiento en el número de desensibilizaciones realizadas en los últimos dos años, realizándose en la actualidad una media de 2-3 desensibilizaciones diarias. Esto es atribuible al aumento de fármacos disponibles para tratar patologías más complejas (biológicos, quimioterápicos) y a una mejoría en el circuito de organización y derivación de pacientes al servicio de Alergología.

CONCLUSIONES

A pesar de que se trata de un procedimiento de alto riesgo, que ha de realizarse por un alergólogo experto, los datos analizados han demostrado que es muy seguro y coste-efectivo. Gracias a la desensibilización se ha podido mantener y mejora la tolerancia a tratamientos de gran importancia para la evolución de estos pacientes.

La complejidad del procedimiento y el tipo de pacientes hace necesaria la implicación coordinada de diferentes servicios como Alergología, Hospital de Día Médico, Oncología, Hematología y Farmacia.

La Unidad multidisciplinar de Desensibilización de Fármacos liderada por Alergología ha permitido en los últimos años la administración a pacientes alérgicos de medicamentos indispensables para el tratamiento de sus patologías.

13 ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y MEDIDAS AMBIENTALES PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CARDIOVASCULARES: UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL.

Guerra Sánchez, L¹; Lobo Rodríguez, C¹; Fresno Flores, M¹; García Martín, AI¹; Díaz Caro, IM¹; Juncos Gonzalo, M¹; Guerra Sánchez, L¹

¹HGU Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de delirium o síndrome confusional agudo, en el hospital varía entre el 20% y el 83% según la serie y las características de los pacientes. El delirium es más frecuente en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, con demencia previa y en aquellos sometidos a ventilación mecánica. El delirium empeora el pronóstico, especialmente de los críticamente enfermos y se ha demostrado relación con el aumento de las estancias en las unidades de críticos y hospitalaria total y con las cargas de trabajo de enfermería.

OBJETIVO

Evaluar si una intervención no farmacológica relacionada con los cuidados puede reducir la incidencia de delirium en una unidad de cuidados cardiovasculares agudos. Evaluar si la media de hospitalización en la unidad de cuidados cardiovasculares agudos y total es distinta para los pacientes que sufren delirio vs los que no lo padecen.

MATERIAL

Estudio cuasiexperimental (antes/después). "Antes": Se evaluó a 190 pacientes mayores de 18 años, ingresados en una unidad de cuidados cardiovasculares agudos, mediante el Método de Evaluación de Confusión para la UCI (CAM-ICU). Posteriormente, se implementaron una serie de acciones relacionadas con el entorno físico y el acompañamiento. En el "después" se evaluaron 189 pacientes. Se computo el número de pacientes que padeció delirium y el número de días de ingreso, tanto en la unidad de cuidados cardiovasculares agudos, como hospitalaria total.

RESULTADOS

La incidencia de delirium antes de introducir las acciones fue del 11,6%, y se redujo al 4,2% ($p=0,012$) después de introducirlas. La estancia media en la unidad de cuidados vasculares agudos para los pacientes que padecieron delirio fue de 7,8 días vs 3,0 días, de los que no lo presentaron ($p=0,003$) y hospitalaria total de 21,9 días vs 12,9 días; ($p=0,016$).

CONCLUSIONES

La implantación de un conjunto de medidas ambientales e implicación de la familia es eficaz para reducir la incidencia de delirium. Se trata de una medida costo-eficaz ya que, por una mínima inversión, se reduce el número de pacientes que presentan delirio, cuyas estancias son más prolongadas, tanto en una unidad de cuidados cardiovasculares agudos, como el total del hospital.

21 ANÁLISIS DE LA DEMANDA ESTACIONAL, EL “EFECTO TURISMO” Y SUS CONSECUENCIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Tubert Sánchez, L¹; Fontova Almató, A²; Turró Garriga, O²

¹Fundació Salut Empordà - Hospital de Figueres; ²Institut de Recerca Glòria Compte - Fundació Salut Empordà

INTRODUCCIÓN

La saturación de los servicios de urgencias es un problema descrito a nivel internacional, que puede afectar a las cargas de trabajo de los profesionales y, al mismo tiempo, suponer un riesgo para la salud de los pacientes. Los hospitales situados en zonas de influencia turística no suelen tener una partida presupuestaria que compense el aumento de las visitas, por eso es importante conocer el comportamiento de la población y permitir una mejor gestión de los recursos económicos y humanos del servicio de urgencias.

OBJETIVO

Analizar los valores de la variabilidad de la demanda de un servicio de urgencias durante un período de 4 años. Incidiendo en los valores de pacientes de fuera de nuestra población de referencia que nos visitan dentro del periodo estival.

MATERIAL

Se analizaron las variables: número de urgencias, semanas naturales, procedencia. Método Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los datos de la base anonimizada del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del servicio de urgencias en un período de 4 años naturales analizando más de 28 millones de datos. La población de estudio, fueron los usuarios atendidos en el servicio de urgencias entre enero de 2016 y diciembre de 2019 ambos inclusive. Se estudió este período para evitar el sesgo de la pandemia de COVID-19. Los datos totales se agruparon por semanas de la 1 a la 53, excluyéndose las semanas que podrían ser no enteras, concretamente la 1, 52 y 53. Se consideraron semanas de turismo de la 26 (última de junio) a la 35 (primera de septiembre) que coinciden con el período vacacional escolar de verano. Se consideran pacientes de “fuera territorio” aquellos cuyo CAP de referencia no es de la comarca.

RESULTADOS

En el período analizado de 2016-2019 el Hospital realizó un total de 318.655 urgencias con una media de 79.664 urgencias anuales. En 2016 se atendieron 76.225 urgencias y en 2019 83.609, lo que supone un incremento del 9,68% (7.384 urgencias). Al analizar los datos por semanas y días, se obtuvo una media de 1.525,44 urgencias por semana y 218 urgencias por día en los 4 años. Las semanas con mayor y menor actividad de visitas comparadas con la media fueron: las semanas de la 26 a la 35 las de mayor actividad con incrementos de hasta un 20%, y la semana 2 como la de menor actividad con una disminución del 11,6% de visitas en relación a la media. Del total de pacientes atendidos en los 4 años, el 12,14% fueron de fuera comarca. En el período estival este porcentaje aumentó hasta el 30%. El Hospital analizado, es un hospital con una población de referencia que aumenta en más de un 33% en verano en debido a su gran influencia turística y con una vía de gran capacidad a su paso con un gran tráfico de vehículos. Estos datos se reflejan también en nuestro análisis, observando que las semanas de verano aumentan las visitas de personas no residentes en la zona.

El decreto 118/2014, de 5 de agosto de 2014, DOGC sobre la contratación y prestación de servicios sanitarios con cargo en el “Servicio Catalán de la Salud” indica que “ La asignación territorial de recursos se realizará en base poblacional”, nuestros datos reflejan que debería asignarse una partida especial a las zonas de afluencia turística para atender a aquella población que se desplaza a estas zonas.

CONCLUSIONES

El número de urgencias en el período estival fue elevado y casi una tercera parte eran de personas fuera de la comarca. Del total de pacientes atendidos un 12.14% de media anual eran de fuera de comarca. En la asignación de recursos del servicio de urgencias por parte del Calsalut no se tuvo en cuenta el Efecto turismo.

22 ANÁLISIS DE LA DEMORA DEL DIAGNÓSTICO E INICIO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES INCLUIDAS EN EL EN EL CRIBADO DE SALUD PÚBLICA DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE EL AÑO 2024

Moreno Ibarra, A¹; Duro Torrijos, JL¹; Miralles Parres, MJ¹; Del Molino De La Peña, A¹; González Cabezas, P¹; Carrasco Moreno, R¹

¹ Hospital Universitario de Vinalopó

INTRODUCCIÓN

El “Tiempo transcurrido desde la solicitud de prueba al Hospital hasta el Inicio del tratamiento de Cáncer de Mama” constituye un acuerdo de gestión evaluable entre los indicadores de salud de la Comunidad Valenciana.

La finalidad de este indicador es reducir el tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica de cáncer de mama hasta su tratamiento, mejorando el diagnóstico. Cuya recomendación es que al menos el 75% de las mujeres analizadas inicien tratamiento en un tiempo máximo de 8 semanas.

En un Hospital Comarcal de la Comunidad Valenciana cuenta con Unidad de Patología mamaria integrada por un equipo multidisciplinar de radiología, anatomía patológica, oncología, cirugía, cirugía plástica, ginecología, medicina nuclear, enfermera gestora de casos, psicología, radioterapia y secretaría del comité, en el que se reúnen semanalmente para la discusión y puesta en común de los casos recibidos en comité y seguimiento de las pacientes. Desde el comité se controla los tiempos de estas pacientes recibidas de Salud Pública hasta el tratamiento de la misma en dicho Hospital. En 2024 se recibieron un total de 384 solicitudes desde Salud Pública de las cuales 32 pacientes fueron diagnosticadas de cáncer de mama, un 8.33 % de las pacientes fueron diagnosticadas de cáncer de mama.

OBJETIVO

Analizar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama, incluidas en el cribado de Salud Pública del Hospital Comarcal de la Comunidad Valenciana, durante el año 2024.

MATERIAL

Estudio observacional transversal con toma de información retrospectiva en mujeres con sospecha de cáncer de mama incluidas en el cribado del Hospital Comarcal de la Comunidad Valenciana, mujeres con edades comprendidas entre 45 y 70 años, asintomáticas y que cumplan los criterios de inclusión establecidos según el indicador de la Comunidad Valenciana durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2024.

Obtenida la muestra, las variables fueron categorizadas en: Demora comité; Demora primer diagnóstico RMN; Demora diagnóstico Anatomía; Demora tratamiento quirúrgico; Demora tratamiento oncológico.

BIRADS 3, 4 y 5.

RESULTADOS

Se identificó que un menor TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA SOLICITUD DE PRUEBA AL HOSPITAL HASTA EL INICIO DEL TRATAMIENTO mejora el diagnóstico y posibilidad de éxito del tratamiento.

El beneficio de las pruebas de detección es que se puede encontrar el cáncer en sus etapas iniciales. Los perjuicios pueden incluir el tener un resultado falso positivo en la prueba, esto puede llevar a realizar más pruebas, lo cual puede ser más costoso, llevar mucho tiempo y causar ansiedad al paciente.

CONCLUSIONES

Contar con un equipo multidisciplinar que tenga controlados los tiempos es esencial y además, medir los tiempos de cada uno de los servicios, conlleva que podamos eliminar ineficiencias en el sistema y reducir tiempo en el diagnóstico a realizar y por tanto, la eficiencia y las posibilidades de éxito del tratamiento. En este escenario, una comunicación rápida y fluida entre los componentes del comité y la implicación de sus miembros es capital para que los tiempos no se demoren y que la comunicación, rapidez y agilidad sean factores decisivos para conseguir que el tratamiento que recibirá la paciente sea lo más certero y efectivo posible.

Esto, sin duda, adicionalmente, repercute de forma automática y sin sobrecoste ninguno en una situación que alejará a la paciente de estados de mayor ansiedad e incertidumbre, efectos adicionalmente deseados y positivos que se suman en la balanza de aspectos que mejoran la experiencia del paciente.

30 ANÁLISIS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS ENTRE EL AÑO 2025 EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Duro Torrijos, JL¹; Moreno Ibarra, A¹; Miralles Parres, MJ¹; Del Molino De La Peña, A¹; González Cabezas, P¹; Carrasco Moreno, R¹

¹ Hospital Universitario del Vinalopó

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento ha generado un incremento de la demanda de los sistemas sanitarios al constituirse como una población con un perfil de salud asociado a una mayor demanda de cuidados y servicios sanitarios. Un contexto que refleja una nueva realidad sanitario con un incremento del número de hospitalizaciones entre este colectivo poblacional de personas mayores de 64 años y que plantea numerosos interrogantes en el ámbito del sistema sanitario nacional cuyo foco de atención se inició desde comienzos del siglo XXI.

OBJETIVO

Analizar los ingresos hospitalarios y sus características socio demográficas en pacientes mayores y menores de 65 años durante el año 2024 en un hospital comarcal de la Comunidad Valenciana

MATERIAL

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en pacientes con episodios de ingreso, mínimo de un día, a través del conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria entre el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024 en un hospital comarcal de la Comunidad Valenciana. Obtenida la muestra, se analizaron las variables: Trimestre, Sexo; Edad; País de Nacimiento; CIE_10; Reingreso.

Se calcularán las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, así como las medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mínimo y máximo) de las variables cuantitativas. Para analizar la asociación entre las variables resultado y las explicativas se construirán tablas de doble entrada y se utiliza el estadístico chi-cuadrado. El nivel de significación estadística utilizado será de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El total de ingresos fue 13772 con una edad media de $60,6 \pm 22,7$ años, un 52,3% pacientes con una edad ≥ 65 años. Predominó los ingresos entre las mujeres 52,1%, los meses de enero a marzo 25,8%, y la población con país de nacimiento España 84,3%. El principal motivo de ingreso fueron las Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99), Enfermedades del Sistema Digestivo (K00-K95) y Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J99), con un 16,6%, 11,5% y 11,4%, respectivamente.

Del total de pacientes mayores de 65 años, predominaron los ingresos en el primer trimestre en el 27,6%, frente a los pacientes menores de 65 años con registros mayores en el cuarto trimestre (26,1%).

Se identificó un mayor número de ingresos entre los hombres en un 53,5% de los casos. Los pacientes cuyo país de nacimiento es distinto a España registraron tasas más elevadas entre los menores de 65 años, 21,5% frente al 10,4% de los mayores de 65 años.

El principal motivo de ingreso entre los mayores de 65 años fueron las Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99) en el 22,6%, seguido por Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J99), Enfermedades del Sistema Digestivo (K00-K95) y Neoplasias (C00-D48) en el 15,2%, 10,6% y 10,0% de los casos. Asimismo, resulta significativa la distribución del ingreso ocasionado por el COVID-19 (U00-U85) con una mayor incidencia entre la población envejecida frente a la menor de 65 años en un 1,1% y 0,3%, respectivamente.

Del mismo modo, el registro de reingresos hospitalarios entre la población mayor de 65 años fue más elevada, en un 15,9% de los casos, frente a los menores de ese grupo de edad, en un 8,9% de los ingresos.

No se registro una variabilidad significativa en los ingresos producidos en fin de semana o festivos según los grupos etarios analizados.

CONCLUSIONES

Se identificó una alta tasa de ingresos en pacientes con edad ≥ 65 años que ratifica a esta población como dependiente del sistema sanitario e implica mantener y consolidar las estrategias de gestión hospitalario basadas en sistemas de información y cribados con escalas de valoración del colectivo, así como programas domiciliarios.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



438

43 ASISTENCIA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES CUTÁNEAS

Moreno Aguilar, R¹; Muñoz Sánchez, C²; Garrido Carrillo, J²; Arias Santiago, SA²; Lozano Márquez, M³; Rodríguez Díaz, FJ³

¹ Servicio Andalúz de Salud; ² Hospital Universitario Virgen de las Nieves; ³ Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 10 años, nuestro sistema de salud tiene implantado un programa de teledermatología en toda la comunidad. El servicio de Dermatología facilita la comunicación en remoto, permitiendo que médicos de Atención Primaria, ubicados en los centros de salud, enviar imágenes dermatoscópicas de lesiones cutáneas a dermatólogos especialistas en los hospitales de referencia. Esto mejora la eficiencia en el diagnóstico, evitando desplazamientos y reduciendo tiempos de espera, especialmente en poblaciones vulnerables. En el hospital donde se incorpora la asistencia de inteligencia artificial, se atienden anualmente a aproximadamente unos 15.000 pacientes. Este proyecto propone incorporar herramientas basadas en aprendizaje profundo (Deep Learning, DL) para automatizar la clasificación de imágenes y mejorar la precisión diagnóstica.

OBJETIVO

El objetivo principal es desarrollar e implementar una herramienta de DL que clasifique automáticamente las lesiones cutáneas a partir de imágenes dermatoscópicas y clínicas recibidas a través de la plataforma de teleconsulta corporativa. El proyecto aborda tres subobjetivos:

1. Desarrollar una herramienta de DL que realice una clasificación automática de lesiones cutáneas.
2. Diseñar un módulo de software para dermatólogos que facilite la integración de la herramienta de DL en su flujo de trabajo.
3. Evaluar el impacto de la herramienta de DL en la precisión diagnóstica y la práctica clínica del dermatólogo, manteniendo siempre una simbiosis humano-IA para mejorar el rendimiento del experto.

MATERIAL

El conjunto de imágenes utilizado proviene de la plataforma de teleconsulta, con un volumen total de 89.000 imágenes de lesiones cutáneas tomadas entre 2021 y 2023. Estas imágenes han sido clasificadas por dermatólogos y se les aplica un proceso mediante un sistema de aprendizaje profundo. La metodología sigue un enfoque en cinco etapas:

1. Adquisición y compresión de datos: Recolección de imágenes etiquetadas con diagnósticos realizados por dermatólogos.
2. Preparación de los datos: Ajustes en el tamaño y calidad de las imágenes para que estén centradas en las zonas de interés, garantizando un conjunto de datos limpio y balanceado.
3. Desarrollo, entrenamiento y validación del modelo DL: Se emplean técnicas de aprendizaje profundo para entrenar el modelo, con énfasis en la clasificación de lesiones cutáneas benignas y malignas.
4. Despliegue y seguimiento: Implementación de la herramienta en el entorno clínico para su evaluación y ajuste continuos.
5. Evaluación de desempeño: Se medirá la precisión del sistema, comparando los diagnósticos sugeridos por la IA con las decisiones finales del dermatólogo, y se evaluará la usabilidad del sistema en la práctica clínica.

RESULTADOS

Se espera que la herramienta de DL apoye al dermatólogo en la clasificación de lesiones cutáneas, especialmente en la detección temprana de tumores malignos, lo que agilizaría el diagnóstico y reduciría los tiempos de espera para los pacientes. Además, la herramienta tendrá un impacto positivo en la salud pública, mejorar la eficiencia en la priorización de casos al permitir un tratamiento más precoz, potenciando la mejora del pronóstico de los pacientes con cáncer de piel. La herramienta también servirá como recurso educativo para la formación de estudiantes y residentes en dermatología.

CONCLUSIONES

La implementación de una herramienta de DL en teledermatología tiene el potencial de transformar la atención dermatológica, proporcionando un diagnóstico más rápido y preciso. El enfoque propuesto mantiene la simbiosis humano-IA, asegurando que el dermatólogo siga desempeñando un papel fundamental en la toma de decisiones clínicas. El éxito de este proyecto podría extenderse a otros hospitales de la comunidad autónoma, mejorando la atención dermatológica a nivel regional. La herramienta también contribuirá a la formación continua de profesionales de la salud, consolidando el uso de la inteligencia artificial como apoyo en la práctica clínica.

84 COORDINADOR FACULTATIVO SANITARIO DE FACTURACIÓN (COBRO) A TERCEROS EN UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Robles Ezcurra, M¹; Gómez Sánchez, MC¹; Egea García, J²; Zaragoza Murcia, I¹; Vilches Alonso, F¹; Quesada Torres, JA¹

¹ Servicio Murciano de Salud; ² Consejería de Salud de la Región de Murcia

INTRODUCCIÓN

Los servicios de facturación (cobro) a terceros (SFT), tienen la importante misión de facturar a los terceros obligados al pago, por prestaciones de asistencia sanitaria. Estos ingresos están regulados por una serie de normas legales: financieras; sanitarias estatales y autonómicas. En esta función se han de emplear los medios más efectivos y eficientes a nuestro alcance. Se presenta un proyecto de Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades (DAFO), de la figura de un Coordinador Facultativo Sanitario de los Servicios de Facturación (cobro) a Terceros (CFSSFT), en un servicio público de salud (SPS).

OBJETIVO

Demostrar la eficiencia que representa, la figura como asesor, de un CFSSFT, en un SPS.

MATERIAL

Se han empleado diversos programas informáticos con bases de datos de información sanitaria, de gestión económica, de gestión poblacional y de incapacidad temporal; de un SPS y de otras instituciones regionales y nacionales. Se ha realizado el análisis de las memorias de actividad de los años 2021, 2022, 2023 y 2024 del proyecto del CFSSFT en un SPS.

RESULTADOS

El proyecto consta de cinco líneas estratégicas de actuación (cada actividad genera un expediente):

1. Actividad de asesoramiento a los SFT en un SPS: 2021: contingencias profesionales: 659 expedientes han generado 863.527,23 euros de facturación, que representa el 14,32% del total facturado por el SPS (6.026.619,11 euros); otras financiaciones: 118 expedientes han generado 94.420,89 euros de facturación, que representa el 0,43% (21.664.351,58 euros). 2022: contingencias profesionales: 636 expedientes han generado 794.959,68 euros de facturación, que representa el 13,22% (6.009.395 euros); otras financiaciones: 148 expedientes han generado 190.515,46 euros de facturación, que representa el 0,75 % (25.105.631,03 euros). 2023: contingencias profesionales: 1.748 expedientes han generado 1.317.792,75 euros de facturación, que representa el 18,99 % (6.939.018,54 euros); otras financiaciones: 473 expedientes han generado 458.635,21 euros de facturación, que representa el 1,74 % (26.254.793,76 euros). 2024: contingencias profesionales: 1.233 expedientes han generado 1.230.411,44 euros de facturación, que representa el 21,97 % (5.599.202,2 euros); otras financiaciones: 579 expedientes han generado 393.468,25 euros de facturación, que representa el 1,38 % (28.507.609,76 euros). En estos cuatro años de asesoramiento (5594 expedientes); 939 (16,78%) pertenecían a dos servicios de facturación; 35 (0,62%) a tres; 2 (0,03%) a cuatro; 1 (0,01) a cinco. Recursos de reposición (expedientes): 2021 (58); 2022 (34); 2023 (35); 2024 (18).
2. Actualización de la orden de precios públicos del SPS: 2021 (12 reuniones); 2022 (7); 2023 (7); 2024 (3).
3. Protocolo de accidentes de trabajo no reconocidos como tales, con el Servicio de Incapacidad Temporal y Salud Laboral e Inspección de Trabajo y Seguridad Social: 2021 (0 expedientes); 2022 (108); 2023 (58); 2024 (71). 4.- Comunicación y desarrollo: Interna (con los SFT del SPS): 2021 (13 circulares); 2022 (12); 2023 (5); 2024 (7).
4. Externa (con otros servicios del SPS): 2021 (2 reuniones); 2022 (9); 2023 (7); 2024 (7).
5. Relaciones y alianzas: Direcciones y Subdirecciones Generales del SPS: 2021 (48 expedientes); 2022 (45); 2023 (39); 2024 (23). Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): 20212; 20223; 20233; 2024 1. Mutuas: 2021 1. Comunidad Autónoma del SPS: 20212; 20221; 2024 5. Otros SPS: 20212; 2022 5; 20232; 2024 1. Tesorería de la Seguridad Social: 2024 1.

CONCLUSIONES

1. Existe un incremento, fundamentalmente en contingencias profesionales, con la participación del CFSSFT en lo facturado en un SPS.
2. La figura del CFSSFT, contribuye a detectar la dispersión de actividad a facturar en un SPS.
3. El CFSSFT favorece las posibles relaciones potenciales de los SFT en un SPS.

112 DETERMINACIÓN DE LA CRITICIDAD DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO EN UN HOSPITAL DE 650 CAMAS

Díaz Tudela, JJ¹; Bernal Belívar, I²; Bernal Belívar, MB²; Olmos Sánchez, A²; Pérez Torrente, P²

¹ Servicio Murciano de Salud. Área II; ² Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

No todos los equipos médicos que conforman la base instalada del Hospital, tienen la misma importancia, ni su funcionamiento idéntica trascendencia y repercusión, es por ello que se hace necesario la obtención de un indicador, en nuestro caso la Criticidad (C_{TOTAL}), que resultará clave en el sistema global de gestión de activos del Hospital de referencia, que fomente un uso eficiente de los recursos.

OBJETIVO

Definir una metodología de cálculo, tomando en consideración diferentes parámetros y características del equipamiento médico, que nos permita obtener, de manera individualizada, la Criticidad (C_{TOTAL}) de cada uno de los equipos que forman parte de la base instalada en el Hospital de referencia.

MATERIAL

Para calcular el valor de la Criticidad (C_{TOTAL}) de cada equipo, se empleará la fórmula que se presenta a continuación:

$$C_{TOTAL} = (C_1 \times 0,5 + C_2 \times 0,5 + C_3 \times 0,5 + C_4 \times 0,5) / 4$$

A continuación, se describe el significado y valores posibles de los parámetros (C_1 , C_2 , C_3 y C_4), que forman parte de la fórmula anterior, así como sus respectivas ponderaciones:

C₁. Horas de uso del equipo (ponderación (p)=0,5)

Este parámetro puede tomar valores comprendidos entre 1 y 0,2, en función de que el equipo trabaje 24 h.; 2 turnos; 1 turno o menos de 1 turno.

C₂. Repercusión funcional sobre el paciente * (p=0,9)

Equipos clase III ($C_2=1$) - Equipos clase IIb ($C_2=0,8$) - Equipos clase IIa ($C_2=0,6$)

Equipos clase I ($C_2=0,4$) - Equipos sin clasificar ($C_2=0,2$)

(*) Clasificación según ANEXO IX (Criterios de clasificación), del RD 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.

C₃. Precio del equipo (p=1,2)

El parámetro C_3 puede tomar valores comprendidos entre 0 y 1, tomando en consideración desde precios superiores a 150.000 € hasta precios inferiores a 350 €.

C₄. Grupo funcional homogéneo (GFH) de pertenencia (p=1,4)

Dependiendo de la zona (Crítica / Intermedia / Bajo riesgo) donde se ubique el equipo, el valor del parámetro puede ser 1, 0,4 o 0,6.

RESULTADOS

Una vez obtenidos los valores individuales de C_{TOTAL} , se englobará el total de la base instalada en 3 grandes grupos:

Criticidad ALTA ($0,8 \geq C_{TOTAL}$) - Criticidad MEDIA ($0,8 > C_{TOTAL} \geq 0,5$) - Criticidad BAJA ($0,5 > C_{TOTAL}$).

De esta manera con los datos obtenidos, nos permite identificar, por ejemplo, la estrategia de mantenimiento óptima, que nos posibilitará incrementar la disponibilidad del equipamiento, minimizando las paradas no programadas y asegurando un rendimiento optimizado.

CONCLUSIONES

La consideración de la Criticidad (C_{TOTAL}) de los equipos médicos y por consiguiente su clasificación o priorización en función de las utilidades que los mismos aportan y las consecuencias que de su no funcionamiento se pueden derivar, permite el diseño de una estructura que facilite la toma de decisiones, direccionando y focalizando el esfuerzo y los recursos a las áreas que tengan más importancia, las áreas más críticas, mejorando la propia confiabilidad operacional del sistema de gestión de activos que persigue optimizar la prestación de la asistencia sanitaria en el Hospital de referencia.

130 EL PAPEL CLAVE DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL EN UNA COMUNIDAD UNIPROVINCIAL

García Gómez, MDC¹; Gómez Román, JJ¹; Freire Salinas, FJ¹; Secadas Díaz, V¹; Andrés Gómez, M¹; Tejón Pérez, G¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

Los programas de cribado de cáncer de cuello uterino (CCU) han sufrido una importante transformación debido a la necesidad de realizar pruebas moleculares frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) en lugar de la citología tradicional. Además, las estrategias de vacunación han demostrado la necesidad de conocer la distribución de genotipos virales para evaluar los posibles reemplazos de tipos y la efectividad vacunal.

La autotoma vaginal consiste en la obtención por la propia mujer de la muestra para la determinación del VPH. En nuestra comunidad el nuevo programa de cribado de CCU ha centralizado la prueba de VPH en el laboratorio de anatomía patológica del hospital de tercer nivel referencia de la comunidad.

OBJETIVO

Exponer los resultados de las determinaciones realizadas en el laboratorio de anatomía patológica, contribución al programa de cribado en nuestra comunidad, utilizando los métodos de autotoma vaginal, con análisis de tiempos de respuesta y distribución de genotipos virales.

MATERIAL

Se analizaron de forma retrospectiva las autotomas vaginales realizadas desde que se comenzó con el nuevo programa de cribado de CCU en nuestra comunidad, desde junio 2024 hasta febrero 2025. El análisis de la autotoma vaginal recibida en el laboratorio se ha realizado con métodos de detección de ADN del VPH basados en pruebas de alta sensibilidad. Se realizó un análisis de resultados no válidos con la técnica utilizada (Seegene, distribuida por Werfen© sobre tubos Copan), así como descripción de la tasa de positividad y genotipos determinados.

RESULTADOS

Se ha realizado un análisis de 4937 autotomas recibidas en el laboratorio de Anatomía Patológica en los primeros ocho meses desde que comenzó el programa de cribado. El tiempo de respuesta del laboratorio fue en promedio de 8,84 días con una mediana de 7,9 días. 4265 de las determinaciones resultaron negativas y 672 positivas (13,6%).

En 87 de ellas estaba implicado el genotipo VPH 16 (1,76%) de los que 39 aparecía en combinación con otros genotipos. En 22 casos estaba implicado el VPH18 (0,44%) de los que 10 eran en combinación. En 66 casos aparecía el VPH 31 (1,34%) y en 83 el VPH 52 (1,68%). En 32 el responsable era el VPH45.

Sólo en cuatro casos de las 4937 muestras recibidas los resultados fueron no válidos por ausencia de amplificación del ADN de control incluido en la determinación (0,08%). Un total de 109 casos de las 4937 mujeres incluidas fueron remitidas a consulta de colposcopia (2,20%)

CONCLUSIONES

La reciente introducción de la vacunación frente a algunos tipos de VPH junto al desarrollo de nuevas técnicas de determinación molecular para la detección de estos virus oncogénicos ha hecho necesario en nuestra comunidad un nuevo planteamiento sobre el cribado del cáncer de cérvix para adaptarlo a la evidencia científica disponible.

El VPH 31 y el VPH52 aparecen en una proporción apreciable de casos sugiriendo un reemplazo de genotipos en la población. Sólo un 0,08% de las autotomas vaginales no fueron válidas por no proporcionar resultados valorables por la técnica, lo que apoya el uso de autotoma como método de obtención de muestra vaginal para la detección de ADN de VPH en el cribado de CCU.

Esta revisión muestra cómo la colaboración del laboratorio de Anatomía Patológica está siendo determinante para el desarrollo del cribado, mejorando la detección precoz y la gestión de pacientes, con un impacto positivo en la salud pública.

163 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES 2024

Carrillo Atero, D¹; De Manuel Lorenzo, M¹; Hernández Rubiño,¹; Ruíz De Azúa López, Z²; Romanos Rodríguez, A¹; Corcia Palomo, Y²

¹Fundación Progreso y Salud - IAVANTE; ²Consejería de Salud y Consumo - Andalucía

INTRODUCCIÓN

El Programa de Formación para Especialistas Internos Residentes 2024 se implementó para cubrir áreas formativas esenciales en la práctica clínica. Dirigido principalmente a residentes de primer, segundo y tercer año, el programa permitió la formación de más de 3.000 residentes, a través de más de 7.000 matrículas, alcanzando una superación del 81,5% y una satisfacción media del 89.78%. Los registros de cursos impartidos durante 2024 reflejan que las actividades presenciales, como los cursos de Soporte Vital Avanzado y Fundamentos en Cirugía Laparoscópica, han obtenido resultados muy satisfactorios, mientras que algunos módulos online y especializados han mostrado mayor variabilidad, evidenciando oportunidades de mejora.

OBJETIVO

El presente estudio tiene como finalidad desarrollar un plan de mejora para la edición 2025 del programa formativo, a partir de la evaluación integral de la actividad impartida en 2024 y de la retroalimentación obtenida mediante una encuesta aplicada a los residentes matriculados. Se busca mejorar y optimizar la planificación, comunicación y metodología formativa, garantizando que el programa formativo se adecúe de manera óptima a las demandas del entorno sanitario actual.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo basado en una encuesta online a todos residentes matriculados que evaluó la experiencia formativa, identificó las principales barreras de participación -destacándose, en términos relativos, la incompatibilidad de horarios, los problemas de desplazamiento y las dificultades administrativas- y recabó sugerencias para mejorar la experiencia formativa.

RESULTADOS

El análisis de los registros evidenció que la mayoría de los cursos presenciales alcanzaron índices de superación muy altos, mientras que ciertos módulos online y algunos cursos especializados, como los relacionados con Microcirugía y Manejo de la Ecocardiografía, presentaron una variabilidad considerable en sus resultados. La encuesta, respondida por un porcentaje representativo de los residentes, reflejó que la mayoría valoró positivamente la calidad formativa y la aplicabilidad práctica de los contenidos. Sin embargo, se identificaron barreras relevantes: incompatibilidad de horarios, problemas logísticos relacionados con el desplazamiento y la obtención de permisos para asistir. Los residentes sugirieron mejorar la comunicación mediante la difusión anticipada de calendarios o infogramas que detallen fechas, sedes y modalidades, incrementar la oferta de talleres prácticos y desarrollar cursos más especializados, además de ofrecer mayor flexibilidad en la organización.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, los resultados del programa 2024 demuestran que, aunque la formación impartida es de alta calidad y fortalece las competencias prácticas, es imprescindible implementar mejoras para optimizar la planificación y la comunicación. Con miras a la edición 2025, se propone un plan integral que incluya la difusión anticipada de un calendario de actividades, la ampliación de opciones en fechas y sedes para facilitar la participación, la revisión y adaptación de contenidos en aquellos cursos con menor índice de superación y mejora de la plataforma online y del soporte técnico. La implementación de estas medidas contribuirá a una formación más accesible, flexible y eficaz, respondiendo a las exigencias del entorno sanitario actual y potenciando la calidad asistencial futura.

189 GESTIÓN INTEGRADA DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA CON DISPENSACIÓN DOMICILIARIA EN EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DEL ASMA GRAVE: IMPACTO EN ADHERENCIA, VISITAS HOSPITALARIAS Y SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

Palop Cervera, M¹; Borrás Blasco, J¹; Cornejo Uixeda, S¹; Aparicio Rubio, C¹; Peiró Gómez, A¹

¹Hospital de Sagunto

INTRODUCCIÓN

Con la pandemia del año 2020, iniciamos un programa de dispensación domiciliar de tratamientos biológicos en pacientes con asma grave no controlada.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de una gestión integrada de un tratamiento biológico de pacientes con asma grave mediante un programa de telefarmacia con dispensación informada y entrega domiciliar en la adherencia al tratamiento, así como su efecto en la reducción de visitas hospitalarias y la huella de carbono.

MATERIAL

Durante la pandemia Covid-19, implementamos un programa de telefarmacia con dispensación informada y entrega domiciliar a farmacias domiciliarias o comunitarias (HCPHAR) para reducir las visitas hospitalarias de pacientes con asma grave tratados con terapia biológica. En primer lugar, los farmacéuticos del hospital proporcionan a los pacientes materiales educativos para la autoadministración de medicamentos y obtuvieron el consentimiento informado de los pacientes. Tras la confirmación telefónica, los medicamentos fueron recogidos y entregados por una empresa externa a HCPHAR.

Se incluyeron todos los pacientes en el programa entre mayo de 2020 y septiembre de 2024. Se realizó un estudio analítico observacional transversal para calcular la adherencia. La adherencia se midió mediante el índice de posesión de medicamentos (MPR, por sus siglas en inglés) basada en registros de dispensación proporcionada por el registro de dispensaciones del Servicio de Farmacia y se valoró como el efecto de la Telefarmacia asociada a la dispensación en proximidad inciden en la obtención de una adecuada adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes seleccionados; se consideró que los pacientes con MPR $\geq 80\%$ eran adherentes. Además, se evaluaron las visitas hospitalarias evitadas y la reducción de la huella de carbono, calculada en función de los kilómetros ahorrados.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 123 pacientes (50 hombres, 73 mujeres; edad media 56 ± 8 años). En total se analizaron 155 líneas de tratamiento, cada paciente recibió una media de 1,2 fármacos distintos. Se evaluó la adherencia de dupilumab (30 pacientes), benralizumab (50 pacientes), mepolizumab (33 pacientes), omalizumab (38 pacientes) y tezepelumab (3 pacientes). El 93% de los pacientes alcanzaron una MPR superior al 80%, evidenciando una alta adherencia al tratamiento.

Cada paciente recibió un promedio de 8,6 dispensaciones y evitó un promedio de 6 visitas al hospital por año, que en total se evitaron 745 visitas al hospital. Esto supuso una distancia total ahorrada de 24.062 kilómetros (media de 12,5 km por paciente; rango 2-65 km), resultando en una reducción de 5.083 kg de CO₂. Todos los pacientes recibieron su medicación a tiempo, y no se reportaron incidentes importantes.

CONCLUSIONES

El programa de telefarmacia no solo asegura una alta adherencia al tratamiento biológico en pacientes con asma grave, sino que también disminuye significativamente las visitas hospitalarias y contribuye a la sostenibilidad ambiental mediante la reducción de emisiones de carbono.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



444

200 HACIA LA EXCELENCIA ASISTENCIAL: IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN EL HOSPITAL

Sánchez Álvarez, MT¹; Vega Barea, J¹; Ruiz Adán, S¹; Santano Magariño, A¹

¹ Hospital Universitario Infanta Cristina

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial es uno de los principales retos en la atención hospitalaria, esencial para garantizar la seguridad del paciente, mejorar la satisfacción del usuario y optimizar el uso eficiente de los recursos. En este contexto, nuestro hospital decidió apostar por la creación de una Unidad de Calidad Hospitalaria como respuesta estratégica para centralizar los esfuerzos de mejora continua que realizan los profesionales y consolidar una cultura institucional en la excelencia asistencial.

OBJETIVO

El objetivo principal de la creación de la Unidad de Calidad es coordinar acciones dirigidas a garantizar todos los aspectos que impactan en la calidad asistencial mediante un sistema estructurado de gestión de calidad.

MATERIAL

La unidad se implementó bajo un enfoque multidisciplinario, liderado por profesionales especializados en calidad sanitaria. Partiendo de la ya existente Unidad Funcional de Mejora, se analizaron las áreas críticas y, junto con la dirección-gerencia, se definieron los componentes de la unidad: responsables de control de gestión, calidad en medicina, continuidad asistencial, calidad de enfermería, gestión ambiental, seguridad del paciente y documentación. Este núcleo operativo cuenta con el apoyo de la alta dirección (gerencia, dirección médica y de enfermería, y dirección económica), que participan puntualmente cuando es necesario.

La unidad trabaja siguiendo planes anuales en diversas facetas de la calidad asistencial (seguridad del paciente, gestión ambiental y adecuación de la práctica clínica), asesorando y colaborando en el desarrollo de procedimientos y estándares con los servicios asistenciales (certificaciones ISO 9001) y evaluando la satisfacción del paciente.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha de la Unidad de Calidad, se han implementado acciones que mejoran la calidad asistencial. Se han obtenido certificaciones ISO 9001 para los servicios de Anatomía Patológica, Farmacia y Atención al Paciente, así como la certificación UNE 179003 en Seguridad del Paciente para todos los procesos asistenciales del hospital.

Se ha establecido el cronograma de actuación para todo el 2025, procedimientos de actuación para revisar y aprobar los protocolos asistenciales, planificación de rondas de seguridad anuales, análisis Dafo, matrices de riesgo, etc.

Aunque aún es pronto para obtener resultados específicos adicionales, se espera evidenciar mejoras en seguridad clínica y satisfacción del paciente. Además, se sigue trabajando en la identificación de procesos organizacionales críticos para hacerlos más eficientes y eficaces, lo que se espera mejore el clima laboral y la calidad percibida.

CONCLUSIONES

La creación de la Unidad de Calidad Hospitalaria es una estrategia efectiva para mejorar la seguridad del paciente, aumentar la satisfacción del usuario y optimizar procesos organizacionales. Los resultados iniciales indican que es posible lograr mejoras significativas mediante un enfoque estructurado, multidisciplinario y comprometido con la excelencia asistencial. El desafío futuro será mantener estas mejoras, fomentar la participación activa del personal hospitalario y seguir impulsando la calidad como valor esencial. Este modelo puede replicarse exitosamente en otros hospitales, aportando valor tangible y sostenible al sistema sanitario.

205 HOSPITAL VIRTUAL VALDECILLA: UN EJEMPLO DE ÉXITO DE LA SIMULACIÓN TRAS 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Hernández-Coronado Quintero, MJ¹; Rojo Santos, E¹; Pedraja Vidal, J¹; Montero González, V¹

¹ Hospital Virtual Valdecilla

INTRODUCCIÓN

El Hospital virtual Valdecilla es una entidad pública dependiente de la Consejería de Salud del Gobierno de Cantabria.

Fue fundado en 2010 con el propósito de liderar la innovación en la formación del sector salud preparando a los profesionales para enfrentar con éxito los desafíos futuros y brindar una atención de excelencia a los pacientes.

Hoy en día trabajamos para fortalecer el sistema sanitario, conscientes de que su éxito depende de la integración armónica de todos los actores involucrados en él. Desde pacientes y profesionales sanitarios, hasta empresas farmacéuticas y tecnológicas, sociedades científicas, colegios profesionales, administración e instituciones sanitarias, todos jugamos un papel esencial en este ecosistema.

OBJETIVO

Nuestra contribución radica en el desarrollo de soluciones innovadoras a través de proyectos que utilizan la simulación como herramienta de cambio tanto en el ámbito formativo como en el tecnológico.

Nuestro objetivo principal es resolver retos y desafíos a los que se enfrenta el ámbito sanitario, implementando proyectos formativos basados en simulación que mejoren los procesos asistenciales, optimicen los protocolos y fomenten el desarrollo de competencias "hard" y "soft", mejorando la seguridad de los pacientes y, en última instancia, promoviendo el bienestar de la sociedad en su conjunto.

MATERIAL

Contamos con un espacio de más de 2500 m², diseñado al detalle y equipado con moderna tecnología; además de los recursos humanos necesarios para recrear cualquier espacio de simulación clínicos y quirúrgicos.

Contamos con un amplio equipo humano formado por instructores reconocidos a nivel internacional por su formación en el uso de la simulación clínica como metodología docente, además del staff y la dirección que se ocupan día a día de todas las operaciones necesarias para ofrecer todos nuestros servicios con los más altos estándares de calidad.

Ofrecemos servicios personalizados organizados en dos áreas clave: formación e innovación tecnológica. Nos encargamos de la gestión integral, abarcando desde el desarrollo e implementación tecnológica hasta la coordinación logística, gestión de asistentes, aspectos docentes y gestión económica, además de la obtención de avales y validaciones necesarias, todo ello para garantizar el éxito.

Para estos proyectos contamos con el apoyo de las instituciones sanitarias y la industria farmacológica y de tecnologías sanitarias, y colaboramos con un amplio abanico de organizaciones y entidades nacionales e internacionales, siempre con el propósito de generar valor y elevar los estándares de calidad en el sector salud.

RESULTADOS

Contamos con una trayectoria de más de una década haciendo realidad proyectos formativos complejos. Anualmente ofrecemos más de 300 programas de entrenamiento con unas 2.500 plazas de entrenamiento tanto de ámbito nacional como internacional.

- Proyectos organizativos (rediseños de rutas asistenciales y procesos).
- Formativos (desarrollo de habilidades "hard" y "soft").
- Desarrollo profesional (formación e Investigación).
- Tecnológicos (adopción y diseño de nuevas herramientas)

Dentro de nuestras actividades se encuentra la creación simuladores basados en un análisis exhaustivo de las necesidades de formación de los profesionales sanitarios, y que se diseñan en colaboración con expertos clínicos y docentes para garantizar su realismo y eficacia

Estos simuladores hiperrealistas adaptados a las necesidades específicas de los profesionales sanitarios, combinan tecnologías como la impresión 3D, la realidad virtual y aumentada para replicar situaciones de alta complejidad. La implementación de estos simuladores hiperrealistas se traduce en una mejora significativa en las habilidades clínicas de los profesionales sanitarios, una reducción en los tiempos de aprendizaje y una mayor confianza en la toma de decisiones en situaciones críticas.

También desarrollamos planificaciones quirúrgicas avanzadas utilizando biomodelos impresos en 3D que replican la anatomía y patología de pacientes específicos. Con el uso de estos biomodelos, permite a los cirujanos practicar intervenciones complejas con mayor precisión por lo que se reduce el tiempo de cirugía, se disminuyen las complicaciones y se mejora la satisfacción del paciente.

De esta forma, transformamos los avances científicos y tecnológicos en soluciones tangibles para el sector salud mediante la gestión integral de proyectos. Los objetivos alcanzados revierten tanto en los propios profesionales como en las instituciones en las que ejercen, con el fin último de garantizar la seguridad del paciente y crear un entorno laboral óptimo para los profesionales.

CONCLUSIONES

Nuestra ventaja radica en la capacidad de integrar de modo dinámico las diversas perspectivas y necesidades de todos los involucrados permitiendo la identificación rápida de soluciones efectivas.

Sabemos que solo mediante el trabajo en equipo podemos enfrentarnos con éxito a los desafíos crecientes y complejos del entorno sanitario y por ello nos especializamos en crear sinergias entre profesionales sanitarios, empresas del sector farmacológico y tecnológico e instituciones sanitarias, facilitando la creación de grupos de trabajo relevantes, ágiles y eficaces.

Estas conexiones nos brindan una plataforma sólida para impulsar proyectos que beneficien a todo el ecosistema sanitario regional, facilitando una mayor coordinación y el desarrollo de soluciones innovadoras en salud.

Además, el desarrollo de las capacidades docentes de los instructores, brindándoles acceso a herramientas pedagógicas innovadoras y programas de formación continua, garantizará que nuestros programas de formación sean de la más alta calidad.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



446

217 IMPACTO DE LA INNOVACIÓN FARMACÉUTICA EN EL AUMENTO DEL CONSUMO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

Simal López, R¹; Pérez Huerga, M¹; García Osuna, MR¹; Vinuesa Hernando, JM¹; Alcácer López, MA¹; Salvador Gómez, T¹

¹ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INTRODUCCIÓN

El uso de medicamentos en los hospitales ha evolucionado significativamente en los últimos años, impulsado por la aparición de nuevas terapias, el envejecimiento poblacional y el aumento de la complejidad de los pacientes.

La Farmacia Hospitalaria es el ámbito donde mayores crecimientos del gasto se producen, fruto de la innovación.

Este crecimiento plantea desafíos importantes, desde la sostenibilidad económica hasta la necesidad de estrategias que fomenten un uso racional y seguro de los fármacos.

OBJETIVO

Analizar y evaluar cómo la incorporación en el medio hospitalario de nuevos fármacos ha llevado a un incremento en el gasto farmacéutico durante los últimos años, en especial en el año 2024.

MATERIAL

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo del consumo de fármacos en un hospital de tercer nivel con análisis de tendencias y costes asociados.

Las variables de estudio incluyeron el coste de los medicamentos y las unidades consumidas durante el período de análisis a nivel global, por grupos terapéuticos y principios activos.

RESULTADOS

El gasto farmacéutico hospitalario en 2024 fue de 71.375.655 millones de euros en el hospital. Esta cifra supone un incremento de 7.460.141 millones de euros respecto al año anterior (11,67 %).

Si se hace un análisis del consumo farmacéutico según la especialidad médica, el incremento es diferente y varía ligeramente en % con respecto al año anterior. Podemos observar que tanto en 2023 como 2024 el 80 % de impacto del consumo farmacéutico recae en 9 especialidades médicas (Oncología, Hematología, Digestivo, Infecciosas, Dermatología, Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Oftalmología) de las 48 totales, suponiendo casi la mitad del consumo total Oncología (19,4% en 2023 y 19,7% en 2024), Hematología (12% en 2023 y 15,1% en 2024), Digestivo (9,5% en 2023 y 8,2% en 2024) e Infecciosas (8,9% en 2023 y 8% en 2024).

Si comparamos la diferencia entre 2023 y 2024 de las 9 especialidades médicas, en Digestivo, Infecciosas, Oftalmología, Neurología y Reumatología del año 2023 al 2024 se observa una disminución ligera en el consumo farmacéutico debido a la incorporación de fármacos biosimilares y la puesta en marcha de diferentes estrategias de eficiencia.

Los principios activos responsables del aumento del consumo farmacéutico en 2024 son las nuevas terapias celulares: CAR-T como axicabtagen ciloleucel, las terapias dirigidas al tratamiento de enfermedades oncohematológicas y las enfermedades inmunomediadas. En este aumento destacan terapias CAR-T (74,4%), lopamidol (71,9%), Avacopan (69,3%), Dupilumab (66,5%), Secukinumab (63,8%), Trastuzumab deruxtecan (61%), Infliximab (58,1%), Brentuximab (55,1%), Cabotegravir (51,7%), Dolutegravir/Lamivudina (48,1%), Apalutamida (44,1%), Caplacizumab (40%), Abemaciclib (35,6%), Faricimab (31%), Daratumumab (25,9%), Risankizumab (20,7%), Pertuzumab/Trastuzumab (13,9%) y Axicabtagen ciloleucel (7,1%).

CONCLUSIONES

El mayor impacto en el consumo se ha producido en las áreas con mayor innovación farmacéutica: Oncología, Hematología y las enfermedades crónicas inmunomediadas.

La cronicación de las enfermedades favorece el aumento del consumo farmacéutico.

La introducción de biosimilares y otras medidas contribuyen parcialmente a contener el crecimiento del gasto farmacéutico, no obstante, su impacto aún no es suficiente para compensar completamente este aumento.

En este contexto, es imprescindible seguir implementando estrategias de uso eficiente del medicamento, y reforzar la evaluación de la innovación terapéutica para garantizar un acceso equitativo y sostenible a los tratamientos.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



447

218 IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA GESTIÓN ENFERMERA

Pérez González, S¹; Marqués Sánchez, P¹; Suárez Tascón, M¹; Torre Miñones, M¹; González Sánchez, A¹; González García, A²

¹ Complejo Asistencial Universitario de León; ² Universidad de León

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA) está transformando la gestión sanitaria al optimizar la toma de decisiones, la comunicación y la asignación de recursos. En el ámbito de la gestión enfermera, la adopción de IA tiene el potencial de mejorar la eficiencia operativa y el liderazgo. Sin embargo, su integración en la gestión de los equipos de enfermería sigue siendo un desafío, debido a la resistencia al cambio, las implicaciones éticas y la falta de formación específica en IA para los gestores enfermeros. Esta investigación revisa el impacto de la IA en la gestión enfermera y propone estrategias para su integración efectiva en el ámbito hospitalario.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la inteligencia artificial en la gestión enfermera, identificando sus beneficios, desafíos y oportunidades para optimizar la toma de decisiones y la eficiencia organizativa en entornos sanitarios.

MATERIAL

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA, con búsqueda en bases de datos como Web of Science, Scopus, CINAHL y PubMed. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos publicados entre 2015 y 2024. La evaluación de calidad se realizó con la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI). Se analizaron 14 estudios que abordaban el uso de IA en la gestión enfermera, considerando sus aplicaciones, beneficios y barreras.

RESULTADOS

Los hallazgos muestran que la IA contribuye a mejorar la eficiencia en la gestión de recursos, la evaluación de riesgos y la toma de decisiones en la gestión enfermera. Además, facilita la comunicación dentro de los equipos y reduce la carga administrativa. Se identificaron desafíos clave, como la resistencia al cambio, la falta de capacitación en IA y los dilemas éticos asociados con la automatización de decisiones clínicas. La integración de programas de formación en IA para gestores enfermeros y la colaboración interdisciplinaria con desarrolladores de IA emergen como estrategias clave para una implementación efectiva.

CONCLUSIONES

La IA está desempeñando un papel cada vez más relevante en la gestión enfermera, con beneficios sustanciales en eficiencia operativa y apoyo a la toma de decisiones. Sin embargo, su adopción requiere estrategias que incluyan capacitación específica y desarrollo de políticas éticas claras. La formación en IA para gestores enfermeros y la creación de equipos interdisciplinarios podrían facilitar una implementación efectiva, asegurando que la IA se utilice de manera ética y alineada con los valores de la gestión sanitaria.

219 IMPACTO DE LA MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN LOS RESULTADOS EN SALUD DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Canora Lebrato, J¹; Toledo Bartolomé, D¹; Jurado Macías, P¹; Cubero López, E¹; García De San José, S¹; Romero Pareja, R¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM

INTRODUCCIÓN

La malnutrición hospitalaria es un problema de salud pública con una prevalencia estimada entre el 21% y el 37% en pacientes hospitalizados, dependiendo del contexto clínico y la metodología de evaluación utilizada 1. Su impacto negativo en la evolución clínica es ampliamente reconocido, ya que se asocia con un aumento de la morbilidad, la prolongación de la estancia hospitalaria, el incremento de los costos y una mayor mortalidad.

A pesar de estos efectos adversos, sigue siendo infradiagnosticada y, en consecuencia, insuficientemente tratada en la mayoría de los hospitales. Si bien ha sido ampliamente estudiada en servicios como medicina interna, geriatría y cuidados intensivos, también es altamente prevalente en pacientes quirúrgicos y oncológicos.

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de la malnutrición hospitalaria en un hospital terciario, su impacto en la morbimortalidad y los costos hospitalarios, y proporcionar evidencia que respalde la implementación de estrategias de evaluación nutricional sistemática desde el ingreso hospitalario.

MATERIAL

Estudio observacional, retrospectivo y analítico basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del hospital, identificando pacientes con diagnósticos o procedimientos relacionados con la malnutrición según la CIE-10-ES (E40, E41, E42, E43, E44, E44.0, E44.1, E45, E46, K91.2, 3E0336Z, 3E0436Z, 3E0536Z, 3E0D36Z, 3E0D76Z, 3E0G36Z, 3E0G76Z, 3E0H76Z). Se incluyeron todas las hospitalizaciones entre 2022 y 2024.

Para la clasificación de los pacientes se utilizó la versión APR-GRD_07380. Se analizaron variables demográficas, diagnósticas y de severidad, así como indicadores de estancia hospitalaria, costos y mortalidad.

RESULTADOS

De un total de 131.254 altas, 8.828 pacientes (6,7%) presentaban malnutrición. En comparación con los pacientes sin desnutrición, estos presentaron:

- Mayor edad (59,8 vs. 56,3 años).
- Mayor carga de comorbilidades, destacando infecciones (neumonía, sepsis, infección urinaria), enfermedades respiratorias crónicas y neoplasias.
- Mayor distribución en servicios médicos (67,1%) frente a quirúrgicos (32,9%).

Los servicios con mayor número absoluto de casos fueron Geriatría, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría. Sin embargo, en términos de prevalencia sobre el total de altas, los más afectados fueron Neonatología, Medicina Intensiva Pediátrica, Cuidados Intensivos, Hematología, Geriatría, Cuidados Paliativos, Oncología y Digestivo, con tasas entre el 10% y el 35%.

Comparado con pacientes sin malnutrición, los pacientes desnutridos presentaron:

- Mayor severidad clínica (niveles 3-4: 84,2% vs. 26,1%).
- Mortalidad significativamente más alta (11,8% vs. 3%). En algunos servicios fue aún superior (UCI 98%, Paliativos 76,5%).
- Estancia hospitalaria más prolongada (22,9 vs. 6,3 días).
- Costos hospitalarios más elevados (19.658,03 € vs. 7.083,34 €).
- Mayor peso relativo aplicado a cada GRD (2,36 vs. 0,92).

Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

La malnutrición hospitalaria está presente en todos los servicios y se asocia con mayor gravedad, mayor estancia, costos significativamente elevados y peor pronóstico, duplicando la mortalidad hospitalaria. Sin embargo, existe un problema importante de detección y el estudio indirecto mediante códigos CIE específicos infradiagnostica el problema. Su impacto es particularmente relevante en servicios con pacientes pluripatológicos y en unidades quirúrgicas.

Es fundamental reforzar estrategias de detección precoz y manejo nutricional desde el ingreso hospitalario, así como mejorar la notificación en los informes de alta para visibilizar su impacto y fomentar intervenciones oportunas.

222 IMPACTO DE LOS NUEVOS FÁRMACOS E INDICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

Pérez Huerga, M¹; Simal López, R¹; Merchan Flores, A¹; Allende Bandres, M¹; Gimeno Gracia, M¹; Salvador Gómez, T¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los avances en la investigación farmacéutica han llevado al desarrollo de nuevos fármacos innovadores y a un creciente número de indicaciones aprobadas para los anticuerpos monoclonales, particularmente en el ámbito de las enfermedades inmunomediadas.

Estos fármacos, que incluyen terapias biológicas y medicamentos dirigidos a modificar el sistema inmunológico, han revolucionado el tratamiento de estas enfermedades generando un aumento en la demanda de estos tratamientos en el ámbito hospitalario lo que se traduce en un aumento del consumo farmacéutico.

OBJETIVO

Evaluar el impacto nivel del consumo farmacéutico de los nuevos fármacos y las nuevas indicaciones destinados al tratamiento de las enfermedades inmunomediadas durante los años 2023-2024, con especial atención a las implicaciones económicas que generan estos avances.

MATERIAL

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo del consumo de los tratamientos destinados a las enfermedades inmunomediadas, en un hospital de tercer nivel durante los años 2023 y 2024, con análisis de tendencias y costes asociados.

Las variables de estudio incluyeron el coste de los fármacos durante el período de análisis a nivel global, por especialidades médicas y principios activos.

RESULTADOS

La comparación del consumo farmacéutico (en euros) en las especialidades médicas que utilizan fármacos inmunomediados, entre 2023 y 2024, muestra un aumento significativo en la mayoría de las especialidades, con variaciones notables entre ellas. Dermatología registró el mayor crecimiento relativo, con un incremento de 894.827 (24,73%) seguida de Medicina Interna con un incremento de 650.415 (16,22%). Alergias aumentó en 309.819 (16,37%) y Reumatología en 194.816 (5,04%).

Finalmente, Digestivo y Neurología experimentaron una disminución de 219.778 (-3,72%) y de 27.278 (-0,70%) respectivamente respectivamente debido a la incorporación de fármacos biosimilares.

Centrándonos en principios activos, la farmacoterapia de estas enfermedades se basa principalmente en el uso de fármacos biológicos, como son los anticuerpos monoclonales, y los medicamentos de síntesis química como los inhibidores de la JAK-quinasa.

Se observa un aumento de diversos principios activos en 2024 con respecto 2023, destacando en las especialidades de Reumatología y Dermatología.

Secukimab destaca en Reumatología con un aumento de 119.227 (61,2%). Otros fármacos en Reumatología, como Adalimumab muestra un incremento significativo de 49.361 (25,3%) y Bimekizumab de 42.939 (22%). En Dermatología, Omalizumab y Tildrakizumab reflejan aumentos notables de 97.538 (10,9%) y de 90.620 (10,1%) respectivamente.

Los Inhibidores de JAK, como Tofacitinib, Baricitinib y Upadacitinib, muestran aumentos más modestos en ambas especialidades.

En el contexto del tratamiento de estas enfermedades inmunomediadas se ha observado un incremento de 431.077 euros en el coste asociado a los anticuerpos monoclonales en 2024 en comparación con el año 2023. En contraste, con los fármacos de síntesis química, específicamente los inhibidores de la JAK-quinasa, que han experimentado un aumento más moderado de 124.249 euros.

CONCLUSIONES

Las enfermedades inmunomediadas afectan a múltiples órganos y sistemas, por lo que su tratamiento implica diversas especialidades médicas.

La implementación de medidas como el uso de fármacos biosimilares, en comparación con los medicamentos originales, resulta en una reducción del gasto farmacéutico total destinado al tratamiento de estas enfermedades y continúa brindando tratamientos eficaces a los pacientes.

El alto coste y la creciente demanda de estos tratamientos, en especial de los anticuerpos monoclonales, desencadena un impacto económico importante en la factura del hospital en comparación con los fármacos de síntesis química.

Los fármacos de síntesis química, como los inhibidores de la JAK-quinasa, no han experimentado el mismo nivel de avance terapéutico que los medicamentos biológicos, lo que podría explicar la menor magnitud del incremento en el coste y la demanda asociados a estos tratamientos.

226 IMPACTO DE UNA APP EN LA RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN TUMOR OVARIO

Valero Valdelvira, P¹; Davins Riu, Mv; Palahi Navarro, E¹; Martínez Román, S¹; Magrí Gallart, J¹; Taboada Bernal, J¹

¹ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN

El programa eSalut, desarrollado entre 2020 y 2025, busca avanzar hacia una atención sanitaria personalizada, predictiva, preventiva y proactiva, basada en el empoderamiento de las pacientes. La incorporación de la salud digital, a través de telemedicina, teleasistencia, telemonitorización y gamificación, permite mejorar la experiencia del paciente, su empoderamiento y los resultados en salud. Para poder hacer una aplicación que cubra las necesidades de las pacientes es importante preguntarles.

OBJETIVO

Detectar oportunidades de mejora en la práctica asistencial.

Mejorar los resultados en salud a través de la participación activa de la paciente.

MATERIAL

Durante la jornada nacional de pacientes de cáncer de ovario, se realizó una encuesta para evaluar la experiencia de las pacientes en diferentes fases de su tratamiento: diagnóstico, preoperatorio, hospitalización y alta. La encuesta se explicó en una de las charlas y las asistentes pudieron acceder a través de un QR. Se analizaron las respuestas con el fin de definir el contenido de la aplicación. Posteriormente, se llevó a cabo una reunión con el equipo asistencial para la adaptación de la App a las necesidades identificadas.

RESULTADOS

Participaron 18 pacientes de forma voluntaria y anónima.

El 100% de las participantes había buscado información por internet.

Las necesidades expresadas variaron según la etapa del tratamiento:

- **Diagnóstico:** información sobre tratamiento, expectativas y supervivencia.
- **Preoperatorio:** riesgos quirúrgicos, porcentaje de éxito y posibles secuelas.
- **Hospitalización:** control del dolor, complicaciones postoperatorias y apoyo psicológico.
- **Alta a casa:** fisioterapia (suelo pélvico), seguimiento, nutrición y efectos secundarios.

Se integró esta información en la aplicación eSalut para mejorar la asistencia y empoderamiento de las pacientes.

CONCLUSIONES

La implementación de la App eSalut ha permitido identificar y abordar necesidades clave en la atención de pacientes con tumor de ovario. La participación activa de las pacientes ha sido fundamental en el desarrollo de una herramienta digital personalizada que mejora la calidad de la atención y la experiencia del usuario. A futuro, se busca seguir integrando a las pacientes en el proceso de transformación digital para optimizar la atención sanitaria. Un punto clave innovador es utilizar los congresos de pacientes para que nos ayuden a mejorar la aplicación.

227 IMPACTO DEL AUMENTO DE LA ACREDITACIÓN DOCENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Roldán Romero, E¹; Fernández Ramos, JA¹; Pleguezuelo Navarro, M¹; Arenas De Larriva, AP¹; Lopera Moreno, A¹; García Martínez, E¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

La acreditación docente en los hospitales de tercer nivel es un elemento fundamental para asegurar la calidad en la Formación Sanitaria Especializada (FSE), garantizando la preparación de futuros profesionales que contribuyan a mejorar la atención al paciente.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del aumento de las plazas acreditadas para la FSE en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS), analizando cómo este incremento ha influido en la organización de la docencia, la calidad asistencial y la planificación de recursos humanos, además de garantizar el relevo generacional en las especialidades sanitarias.

MATERIAL

Durante el período 2018-2023, el Hospital Universitario Reina Sofía incrementó un 30,5% el número de plazas acreditadas en varias especialidades sanitarias, alcanzando un total de 128 plazas en la actualidad. La unidad que más creció fue Anestesiología, pasando de 4 a 8 plazas/año.

Previo a la solicitud de ampliación de plazas al Ministerio de Sanidad, se realizó una valoración detallada de la capacidad docente de las unidades existentes, considerando la infraestructura, el personal docente (tutores de residentes y tutores colaboradores) y las necesidades asistenciales. Paralelamente, se efectuó un análisis de la demanda de especialistas, evaluando las jubilaciones programadas y la disponibilidad de candidatos en la bolsa de empleo del SAS. Este incremento en la acreditación docente de nuestro hospital incluyó la creación de nuevas unidades docentes como son Neurofisiología, Radiofísica, Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

RESULTADOS

El incremento en el número de plazas acreditadas permitió una mayor oferta de formación en especialidades que presentan escasez de especialistas, permitiendo el crecimiento de las mismas y contribuyendo a una mejor planificación del relevo generacional. Las nuevas unidades docentes acreditadas, como Enfermería de Salud Mental o Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, facilitaron la incorporación de especialidades clave en la estructura hospitalaria, mejorando la cobertura asistencial en áreas críticas. La reorganización de los planes formativos y la reestructuración de las unidades docentes permitió optimizar los recursos y mejorar la eficiencia operativa, aunque implica un proceso de adaptación a nivel organizacional.

CONCLUSIONES

El aumento de las plazas acreditadas para la FSE en el HURS ha tenido un impacto positivo en la organización hospitalaria, la planificación de recursos humanos y la calidad de la atención al paciente, siendo un beneficio que se mantendrá a largo plazo. Esta expansión, apoyada en un análisis riguroso de la capacidad docente y las necesidades de especialistas, no solo ha garantizado el relevo generacional en diversas especialidades, sino que ha permitido una mayor oferta formativa en áreas críticas. Este proceso resalta la importancia de la acreditación docente como herramienta estratégica en la gestión hospitalaria, permitiendo no solo una mejora en la formación, sino también en la operatividad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a largo plazo.

347 OPTIMIZACIÓN PROCESOS ADMINISTRATIVOS SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Sánchez Araya, S¹; Torralvo Diez De Los Ríos, M²; Sánchez Araya, S²; Pino Algarrada, R²; Expósito Tirado, JA²; Gómez López, A²

¹ Servicio Andaluz de Salud; ² Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Virgen del Rocío, se ha caracterizado por la mejora continua en la atención a nuestros pacientes/usuarios así como la mejora de los profesionales que prestan sus servicios, por ello continuamos trabajando en la integración de los Sistemas de Gestión y Servicios en la atención sanitaria.

La visión del paciente y su familia es clave para orientar las estrategias de mejora que se implantan en el centro y que siempre van destinadas a mejorar la calidad de la asistencia. Una calidad que va ligada a resultados científico-técnicos, pero que también prima aspectos como la accesibilidad, la equidad y la humanización.

La burocracia de los procesos administrativos para solicitar citas de consultas tanto de primera vez como de revisión, citas de pruebas diagnósticas, solicitudes de ambulancias, etc., así como las colas de esperas para ser atendidos en consulta, hacen que los tiempos de espera de pacientes en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación estén por encima de la media del Hospital Universitario Virgen del Rocío, cuantificado en el índice de satisfacción con el Servicio del 33% mientras que HUVR llega al 42%.

En los últimos tiempos se han implementado como sistemas digitalizados de asistencia a pacientes/usuarios, ClicSalud (proporciona a las personas con cobertura sanitaria pública en Andalucía información personal y la posibilidad de hacer gestiones en línea en su relación con la asistencia sanitaria), TurnoSAS (**es una solución digital corporativa, para la gestión de los pacientes en salas de espera y consultas**) y AviSAS (Plataforma de servicios para la notificación de eventos de distinta naturaleza hacia los usuarios del SSPA y sus allegados/familiares).

Con todos estos recursos que nos proporcionan información y agilizan los trámites administrativos nos ponemos en marcha para conseguir aumentar en el índice de satisfacción de pacientes/usuarios, y rebajar los tiempos de espera en Sala de Espera de Consultas de Rehabilitación y Fisioterapia.

OBJETIVO

Los principales objetivos de la mejora de los procesos administrativos:

1. Reducción de los trámites administrativos presenciales.
2. Reducción de los tiempos en sala de espera para ser atendidos en consultas médicas.
3. Mejora en la atención telefónica.
4. Mejorar la satisfacción de los pacientes con el Servicio.

MATERIAL

Para llevar a cabo los objetivos de mejora de satisfacción y reducción de colas de pacientes de espera tanto de atención médica como administrativa, se ha procedido, con carácter previo, al análisis de las siguientes variables:

- a. Análisis de la encuesta de satisfacción de pacientes o usuarios RATENOW, nos da una perspectiva de las áreas de mejora destacadas:
 - Exceso de demora de pacientes en salas de espera. Se realiza una adaptación de las cronas de los tiempos de las distintas tareas de cada agenda.
 - Análisis de la oferta de determinadas consultas en tres secciones:
 - Rehabilitación Linfedema.
 - Rehabilitación Suelo Pélvico
 - Rehabilitación Vertebral.
 - Análisis de la metodología de trabajo de los profesionales.
 - Se hace una identificación de tipos de procesos administrativos, con la identificación de las gestiones por la que los usuarios/pacientes se ponen en cola, identificando las siguientes:
- b. Se crean protocolos de actuación de forma que los pacientes no tenga que hacer cola para solicitar citas de revisión, de resultados, de revisión médica después de secciones fisioterápicas, peticiones de ambulancias, lo que supone una reducción de un 24% de personas en cola de espera de trámites administrativos.
- d. Análisis de las agendas de los profesionales. Se procede a la reorganización de las agendas con ajuste de cronas más reales que permitan a los pacientes ser asistidos en los tiempos establecidos en la citación, con la consiguiente mejora en los tiempos de espera.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



453

e. Análisis del TurnoSAS. Con ello se pretende objetivizar las dos variables principales de las colas de espera en sala de espera de Rehabilitación y Fisioterapia:

- Las gestiones administrativas que los pacientes hacen "in situ"
- Las colas de espera para ser atendidos en Consultas Médicas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido a través de dos actuaciones:

- Implementación de circuitos internos de gestiones administrativas, y la puesta en marcha de sistemas de atención al usuarios/pacientes no presenciales (teléfono y mail) se ha conseguido:
 - Reducción de un 7,5% de los trámites administrativos "in situ" de usuarios/paciente.
 - Reducción de un 24% de cola de pacientes en sala de espera para trámites administrativos.
- Reorganización de las agendas y de cronas de citas se ha conseguido
 - La reducción del tiempo de espera para poder acceder a consulta (56% - >70% entran en hora a la consulta).
- Implantación de una cultura de proceso y mejora continua.

CONCLUSIONES

El conjunto de funciones administrativas dentro del servicio tiene un peso muy importante en la percepción de la calidad en el servicio de salud. Es por ello que es muy importante aprovechar al máximo los recursos existentes de forma correcta, rápida y eficaz.

Se concluye, a la vista de los resultados que con una buena planificación, organización, ejecución, control, seguimiento y participación de todos los componentes del equipo se logran aumentar los niveles de satisfacción del cliente externo elevándolos incluso por encima de la media del centro de trabajo.

353 PERFIL DEL MULTIFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITAL METROPOLITANO

Campos Laencina, M¹; Cano Fernández, F²; Soto Ballester, IM²; López Alegría, R²; Cerezo Sanmartín, M²; Morales Ruiz, C²

1Servicio Murciano de Salud - Hospital G. U. Reina Sofía; 2Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que recurren con alta frecuencia a los servicios de urgencias hospitalaria (SUH), presentan desafíos que impactan tanto en el sistema de salud como en los profesionales que gestionan las urgencias.

La frecuentación a los SUH es un fenómeno mal definido, ya que no existe una definición unánime y la evidencia es limitada. Se entiende que un/a paciente es frecuentador/a en un nivel asistencia cuando lo hace por encima de la media.

Se considera profundizar en el perfil del paciente frecuentador del servicio de urgencias por la relevancia que tienen como consecuencia de la sobrecarga al sistema, que puede llevar a un seguimiento inadecuado, presencia estigmatización y alto riesgo de complicaciones.

OBJETIVO

Identificar perfil de pacientes con alta frecuencia de visitas al SUH.

MATERIAL

Se realiza análisis estadístico de los datos extraídos del HIS (Health Information System), de las 101749 visitas al SUH comprendidas en el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2024.

Para ello clasificamos en dos grupos de estudio, por un lado los frecuentadores del SUH con un número de visitas comprendidas entre de 5 y hasta 20, y por otro lado otro grupo que presenta más de 20 visitas al año, para determinar un perfil demográfico (edad, sexo), motivo de ingreso, patología y tipo de alta.

RESULTADOS

Tras analizar los datos de las visitas a urgencias el pasado año 2024, nos encontramos un total de 1179 pacientes que acumulan 9128 visitas al SUH (≥ 5 -20) que representa un 8.98 % de las atenciones. El grupo de ≥ 20 visitas, 22 pacientes acumulan 688 visitas, lo que supone un 0.68%, En total un 9.66% de las atenciones son de frecuentadores del SUH., En el desglose de los datos extraídos se observa un perfil predominantemente varón (68.64%) en el grupo de más de 20 visitas, frente un 49 % de varones en el grupo de ≥ 5 -20 visitas donde no se aprecian diferencias respecto al sexo.

En el tramo de edad de 40 a 60 años la proporción se duplica en frecuentadores de ≥ 20 visitas, al contrario, en mayores de 80 años, que se duplica los que acuden de 5 a 20, suceso esperable relacionado en el envejecimiento de la población y la comorbilidad.

Más del 70 % de las atenciones solicitadas han sido motivadas por decisión propia y en torno al 90% diagnosticado de enfermedad común, con resultado de alta a domicilio alrededor 80% de los casos.

El grupo de 5 a 20 visitas duplica en porcentaje de ingresos 15.2%, frente al 8% en los ≥ 20 visitas,

En el grupo de ≥ 20 las fugas se triplican 9%, en comparación al 3.6 % del grupo de 5 a 20 visitas.

CONCLUSIONES

Sería interesante ampliar estos datos con otros sociodemográficos como el acceso a primaria, condiciones socioeconómicas, factores psicológicos y sociales además de comorbilidades.

Este tipo de análisis puede ser utilizado para mejorar la gestión hospitalaria, optimizar los recursos disponibles, y desarrollar estrategias para reducir la carga en las urgencias hospitalarias, teniendo en cuenta que son un grupo de pacientes que requieren un enfoque más comprensivo y coordinado en el sistema de salud para abordar tanto sus necesidades de atención urgente como las causas subyacentes de su recurrencia en los servicios de urgencias.

357 PLAN DE APOYO AL TRABAJADOR EN EL USO DE APARATAJE Y TECNOLOGÍAS.

Chimeno Viñas, MM¹; Benito Juan, AM²; Fraile Domínguez, O²; Tameron Nieto, A²; Lozano Lozano, AB²; Pérez Rodríguez, L²; Chimeno Viñas, MM³

¹ SACYL; ² Complejo Asistencial de Zamora; ³ Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

INTRODUCCIÓN

El plan de apoyo al trabajador en el uso de aparataje y tecnologías de la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario, es un proyecto para mejorar la capacitación y el acceso a la información práctica a los trabajadores a través de videos cortos insertados en YouTube y visualizados gracias a un QR situado en todo el aparataje, en ellos se muestran el uso y diversas técnicas de enfermería.

OBJETIVO

Capacitar al personal de nueva incorporación para la utilización del aparataje de las distintas Unidades del Complejo Hospitalario. Mejorar la adaptación de los profesionales al nuevo puesto de trabajo. Estandarizar procedimientos y disminuir variabilidad de la práctica clínica.

MATERIAL

En base a la ficha técnica y modo de uso del equipo se redacta un guion y se realizan videos que incluyen el fungible asociado. Cada vídeo cuenta con explicaciones narradas y subtitradas, todos ellos realizadas por enfermeros y TCAES expertos en su uso. Posteriormente se inserta en el canal de Youtube y se crea un código QR que es impreso, plastificado y colocado en las distintas unidades donde se encuentre el equipo.

Se realiza difusión en intranet institucional, a través de mandos intermedios y en portal de la Escuela de Enfermería.

RESULTADOS

Realización de vídeos cortos de 2 a 5 minutos que facilita la rápida consulta y aprendizaje a los que se accede mediante escaneo con un móvil de un código QR colocado en cada equipo. Una vez escaneado te enlaza a YouTube a un vídeo con la explicación con subtítulos, de cómo manejarla o la técnica, a realizar.

Se observa muy buena aceptación por parte del trabajador.

Actualmente hay 19 videos en el canal con un total de 1121 visualizaciones.

Se realizan actualizaciones del contenido de manera regular para reflejar los últimos avances de la técnica a aplicar o el material a usar.

CONCLUSIONES

La elevada rotación de personal y la incorporación de personal nuevo, el aumento de nuevas tecnologías y cambio de aparataje en el Complejo Hospitalario crea la necesidad de mantener conocimientos actualizados.

Se observa satisfacción entre profesionales por la facilidad de acceso a videos explicativos recordando técnicas no habituales o novedosas en caso de incorporarse.

La unificación de los criterios de actuación y procedimientos a seguir disminuye la variabilidad en los cuidados y aumenta la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

380 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN ÁREA SANITARIA

Armengol Sala, J¹; Vargas Berzosa, M¹

¹ GAI Hellín

INTRODUCCIÓN

La integración de la ecografía clínica en nuestra práctica diaria asistencial implica tiempo de estudio y esfuerzo por parte del profesional y a saber reconocer el valor de la técnica dentro su actividad. En el diseño de un programa de capacitación hay que incidir en varios aspectos como es motivar al profesional para empezar ese esfuerzo, enseñar los diferentes escenarios clínicos en los que es útil e imprescindible su uso, manejar adecuadamente el ecógrafo, y saber adquirir e interpretar las imágenes e integrarlas dentro del acto clínico. Para ello, en el 2022, se creó la Unidad de Ecografía Clínica, con una actividad divulgativa, formativa y de seguimiento de la implantación de la ecografía en nuestra área.

OBJETIVO

Implantar de la ecografía clínica mediante la formación de los profesionales sanitarios en su ámbito de trabajo, enseñando sus indicaciones en diferentes escenarios clínicos y a saber gestionar de forma adecuada el tiempo y la demanda asistencial.

MATERIAL

El aprendizaje de una técnica como es la ecografía clínica implica varias fases. La parte inicial y más importante es la divulgativa, con presentación de la unidad, reflexión sobre qué es la ecografía clínica y su importancia. Una segunda fase es la formativa, con realización de talleres en el mismo centro sobre manejo del ecógrafo, valoración de la aorta abdominal, valoración de los órganos abdominales, valoración cardíaca, pulmonar y del sistema venoso, talleres con valoración musculoesquelética para fisioterapeutas, y de acceso venoso periférico ecoguiado para enfermería. Y, una tercera fase de seguimiento. Se trata de un proceso didáctico, continuo, secuencial y realizado de forma organizada y programada en cada área.

RESULTADOS

Desde la creación de la Unidad de Ecografía Clínica, se han impartido 26 talleres en los centros de salud, 10 realizados en 2023 y 16 en 2024, con una formación de más 100 profesionales sanitarios en el primer módulo de manejo del ecógrafo y en el módulo de valoración aortica como fase inicial del proyecto docente, 20 profesionales en valoración cardíaca, 30 en valoración pulmonar y 10 en el sistema venoso profundo. Un taller de musculoesquelética para los fisioterapeutas de nuestra zona y dos talleres de ecoguiada para nuestros profesionales de enfermería.

La dotación de ecógrafos en los centros de salud ha sido progresiva, desde ecógrafos portátiles en tres de ellos hasta la última dotación reciente de ecógrafos consola integrada en cada uno. Por ello la realización del seguimiento se ha centrado en los primeros. La implantación de la ecografía clínica ha sido un éxito inicial con la realización de un total de 97 ecografías clínicas en una de ellos. Queda pendiente la valoración completa de las realizadas en los otros dos centros y realizar el seguimiento de los centros dotados recientemente.

CONCLUSIONES

La formación en ecografía clínica requiere un importante trabajo de gestión, coordinación y de capacidad docente por parte del personal docente y un gran esfuerzo por parte del profesional sanitario. Cada vez se está realizando más ecografías clínicas, pero aún queda un arduo trabajo para seguir capacitando a los profesionales, por una parte, y realizar el adecuado seguimiento del número de ecografías, órganos valorados y su correlación con otras pruebas. Además, hay que incidir en escenarios clínicos en los que sería útil la realización e introducir de forma progresiva la simulación clínica dentro del programa.

Este esfuerzo docente, aunque desafiante, promete mejorar la capacidad diagnóstica y resolutoria de nuestra área, mejorando significativamente la calidad y seguridad de la atención médica en la región y la satisfacción del paciente.

383 PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA MAYOR DEL ADULTO

Delgado Moreno, S¹; Medina Rodríguez, MDP²; Valverde Martínez, A²; Moya Molina, M²; García Juárez, MDR²; Guijarro Rodríguez, JL²

¹ALMIRALL; ²Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

La Rehabilitación multimodal quirúrgica constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico con el objetivo de disminuir el estrés secundario originado por la intervención quirúrgica, propiciando una mejor recuperación del paciente al disminuir significativamente las complicaciones y la mortalidad.

OBJETIVO

Principal: Implantar las vías clínicas en cirugía mayor abdominal basadas en la Vía Clínica RICA y dentro de un proyecto a nivel nacional de implementación (IMPRICA).

Secundarios:

- Lograr una práctica clínica más segura y eficiente.
- Trabajar en equipo y por unidades multidisciplinares.
- Fomentar la excelencia clínica y la mejor calidad asistencial.
- Impulsar prácticas clínicas seguras con mejores resultados.
- Lograr una pronta reincorporación de los pacientes a su entorno social y laboral.
- Disminuir la utilización de recursos sanitarios.

MATERIAL

Implementación de un plan asistencial interdisciplinar en Cirugía Mayor Abdominal y del adulto, manteniendo la seguridad del paciente y optimizando el uso de recursos.

Colaboración e implicación de Anestesiólogos, Nutricionistas, Internistas, Preventivistas, Hematólogos, Estomaterapeutas, Enfermería, Digestólogos y Oncólogos.

Circuito de atención desde la valoración en Consultas Externas de Cirugía General hasta el alta domiciliaria tras su paso por el quirófano y la planta de hospitalización.

Implicación del propio paciente y sus familiares.

Creación de un comité único y pionero en la Comunidad, multidisciplinar para facilitar un instrumento de comunicación esencial para la mejora y establecimiento de protocolos, que propone mejora continua.

RESULTADOS

Preoperatorio. Valoración del paciente por parte del Cirujano General en Consultas Externas con explicación verbal y escrita del procedimiento a realizar, aplicación del test inicial del estado nutricional del enfermo y si hay riesgo alto de desnutrición se deriva ese mismo día al Nutricionista.

Derivación del paciente a consulta de Preanestesia, conocimiento de ejercicios de Prehabilitación para mejorar la capacidad funcional y activación de protocolo de Anemia.

Papel activo del paciente en el conocimiento y responsabilidad sobre la importancia de la adecuada preparación previa a la cirugía.

Unidad de Prehabilitación multimodal formada por un Profesor del Deporte, un Nutricionista y un Psicólogo, para la preparación óptima muscular.

Preoperatorio y postoperatorio precoz. Día del ingreso. Estrecha colaboración entre Enfermería de Planta y Cirujanos recalando al paciente la importancia del protocolo en el que participan para una recuperación más rápida, reduciendo el estrés físico y psicológico. Tratamientos de preparación adecuados.

Intraoperatorio. Entendimiento entre Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermería para un correcto manejo del paciente durante la cirugía. Preparación de la piel y el campo operatorio, monitorización rutinaria, profilaxis náuseas y vómitos, normotermia, fluidoterapia...

Unidad de Reanimación Anestésica con monitorización y seguimiento del paciente hasta el alta a planta de Cirugía.

Postoperatorio. Planta de hospitalización Manejo multidisciplinar por el Cirujano, Enfermería y Unidad del Dolor por parte de Anestesia. Inicio de la alimentación oral temprana y movilización precoz que reduce las complicaciones pulmonares y el uso de sondas y drenajes.

Alta domiciliaria Planificada y personalizada. Documentos informativos estandarizados de cuidados, mejora la comprensión de los pacientes sobre la información recibida al alta, influye en la estancia media y reingresos. Seguimiento telefónico y en consulta del paciente para valorar la adecuada adherencia a todas las recomendaciones.

CONCLUSIONES

Este proyecto aporta bienestar en términos de Salud de la población ya que afecta a más de un tercio de las intervenciones quirúrgicas totales que se realizan en nuestro país y propone un cambio de paradigma en la actuación terapéutica convencional a través de la implicación transversal y multidisciplinar, en relación directa con los pacientes y cuidadores, a los que convierte en protagonistas del proceso y en la toma de decisiones clínicas.

405 RED DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE APOYO A LA ASISTENCIA URGENTE Y EMERGENTE DE LAS ILLES BALEARS

Reynes, CM¹; Colombas Salas, AJ²; Villalba, B²; Bosch Sastre, FA²; Ureña Morales, J²

¹LLOBERA; ²Servicio de Salud Illes Balears

INTRODUCCIÓN

Las Islas Baleares, al igual que sucede en otros territorios, en determinadas épocas del año, sufren un crecimiento exponencial de la población. Ese crecimiento tiene consecuencias directas en cómo se gestionan los recursos sanitarios para poder seguir prestando una sanidad de calidad conforme a los principios que definen nuestro sistema sanitario público.

Ante esta situación, el Gobierno de las Illes Balears ha apostado por la colaboración público-privada y por la óptima utilización de los recursos, tanto públicos, como privados, a través de la creación de la Red de Asistencia Sanitaria Urgente y Emergente y así poder garantizar una asistencia sanitaria urgente y emergente de calidad para todas las personas.

OBJETIVO

El objetivo de la norma es habilitar los centros sanitarios privados que voluntariamente quieran adherirse y cumplan con los criterios de calidad equiparables a los centros sanitarios públicos para dar apoyo a la red sanitaria pública de las Illes Balears, para dar una mejor asistencia sanitaria urgente y emergente.

MATERIAL

Ley 14/1986, de 25 de abril; Ley 16/2003, de 28 de mayo; Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre; Ley 5/2003, de 4 de abril; Decreto-Ley 1/2024, de 22 de mayo, por el cual se regulan determinados aspectos de la actividad sanitaria urgente y emergente en las Illes Balears (BOIB núm. 61/24), y su modificación mediante el Decreto-Ley 5/2024, de 13 diciembre (BOIB núm. 163/24).

La norma prevé y establece los diferentes criterios a tener en cuenta para la que el Centro Coordinador de Urgencias Médicas 061 de Baleares (CCUM-SAMU061), responsable de coordinar los procesos asistenciales, pueda hacer efectiva la derivación de los pacientes que requieran dicha asistencia, esto es: criterio del facultativo que asista a la urgencia; mayor garantía de la continuidad asistencial del usuario; la viabilidad del traslado atendiendo a un criterio de distancia y la patología aparente; y la capacidad y la disponibilidad de prestar la asistencia en cada momento.

Asimismo, se excepcionan supuestos en virtud de los cuales, a pesar de incardinarse en la asistencia sanitaria urgente o emergente, debido a las características de la misma, complejidad o su carácter tiempodependiente, sólo pueda prestarse en centros específicamente habilitados.

En relación con la capacidad y la disponibilidad, es esencial conocer el estado de ocupación de las urgencias hospitalarias de cada uno de los centros del Servicio de Salud de las Illes Balears, por lo que, a través del análisis de los datos y las herramientas necesarias para su gestión, se garantiza que la información disponible sea real, además de estar actualizada para una adecuada gestión y coordinación de las urgencias.

RESULTADOS

En 2024 se resolvió la primera convocatoria pública. La mayoría de los centros sanitarios privados se adhirieron y se realizaron 4.966 asistencias urgentes y emergentes.

Durante el 2025 se ha publicado la nueva convocatoria pública.

CONCLUSIONES

La Comunidad Autónoma de las Illes Balears, ha apostado por una modalidad de gestión compartida con las diferentes entidades del sector, a efectos de coordinarnos y aprovechar los recursos sanitarios disponibles en las Illes Balears, tanto públicos, como privados, mediante la creación de una Red de Centros y Servicios Sanitarios de Apoyo a la asistencia urgente y emergente, para que todas aquellas personas que se encuentren temporalmente en las islas Baleares, puedan recibir una asistencia sanitaria conforme a los principios que rigen en nuestro sistema sanitario público, siendo compatible, con el derecho de los usuarios a ser asistidos en el centro de su elección.

412 REVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO DE ORIGEN LABORAL: IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO

Hidalgo Serrano, D¹; Hidalgo Serrano, D¹; Cabrera Jiménez, FJ¹; Torres Cruz, R¹; Villegas Navarro, A¹; Pérez Gordo, JM¹

¹ Hospital Universitario Poniente

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades profesionales (EP) se definen como aquellas contraídas a consecuencia de la actividad laboral y reconocidas legalmente como tales. En España, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Mutuas) cubren las prestaciones derivadas de estas patologías. Diversos estudios señalan una infraidentificación de las enfermedades profesionales, lo que produce un desplazamiento asistencial hacia el SNS de las atenciones que corresponderían a las Mutuas, generando un consumo de recursos (consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones, fisioterapia, etc.) en el SNS, que deberían ser asumidos por las mutuas correspondientes, con el consiguiente impacto tanto asistencial como económico. Este es el caso del Síndrome del Túnel Carpiano (STC), una enfermedad profesional (EP) reconocida en el SNS, para la que algunos estudios evidencian que no siempre se califican como tales.

OBJETIVO

Analizar la frecuencia de asistencias por STC con posible origen laboral en un hospital comarcal, evaluar el porcentaje de casos efectivamente sospechosos de EP y estimar el impacto asistencial y económico para el SNS, proponiendo un procedimiento de revisión administrativa realizado por la Dirección Económica y Servicios Generales (DEYSSGG) que facilite la adecuada calificación y cobertura por las mutuas de las EP por STC.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes intervenidos por STC (n=536) entre el 01/01/2020 y el 30/06/2024 en rango de edad laboral (mayores de 18 años o menores de 65); así como de paciente en lista de espera quirúrgica (LEQ) al 30/06/2024 (n=163). Se elaboró un cuestionario, en colaboración con servicios de inspección médica provincial, para identificar la sospecha de origen laboral (movimientos repetitivos, fuerza en la muñeca, antigüedad en el puesto, etc.), y se realizó encuesta telefónica a los pacientes. Los datos se integraron en una base de análisis, evaluando variables sociodemográficas y laborales. Se cuantificó el promedio de actos clínicos (consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones, etc.) y su coste según las tarifas de precios públicos vigentes que originaron las intervenciones (10 actos clínicos con un coste de 3.030,82 €) y la inclusión en LEQ (5 actos clínicos con un coste de 457,72 €).

RESULTADOS

En cuanto a intervenciones realizadas, se detectaron indicios de EP en 188 (35,07%), de los cuales 58 (10,82%) confirmaron baja laboral por la intervención. En la LEQ se detectaron 29 pacientes con STC (17,79%) que presentaban sospecha de origen laboral aplicando el cuestionario, y que fueron confirmados por el servicio de traumatología. El análisis de la asistencia mínima necesaria (consultas, pruebas diagnósticas) y la atención integral (incluyendo intervención, rehabilitación, revisiones) mostró un consumo significativo de recursos potencialmente imputables a Mutuas. En total se contabilizaron 1.880 actos clínicos por intervenciones realizadas por STC con origen laboral y 145 actos clínicos por pacientes incluidos en LEQ sin haberse llegado a realizar la intervención. La estimación económica sugirió importes facturables considerables en caso de gestionar adecuadamente la identificación de enfermedad profesional y su consiguiente cobertura, cuantificados en 583.068,04 €, de los cuales 569.794,16 € se originaron por intervenciones quirúrgicas realizadas, y 13.273,88 € por pacientes incluidos en LEQ sin haberse realizado la intervención.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que un porcentaje relevante de las intervenciones por STC podría responder a un origen laboral. La implementación de un procedimiento de revisión administrativa realizado por la DEYSSG, unido a la colaboración con la inspección médica, permite identificar mejor estos casos, derivarlos a los dispositivos de las Mutuas y, en su defecto, facturar la atención realizada por el SNS. Con ello se optimiza el uso de recursos públicos y se garantiza que las mutuas cumplan su función en la cobertura de las enfermedades profesionales, evitando la sobrecarga asistencial y económica en el ámbito sanitario público.

453 UN MODELO DE GESTIÓN PARA UN CENTRO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Romanos Rodríguez, A¹; De Miguel-Lorenzo, M¹; Hernández-Rubiño, A¹; Carrillo-Atero, D¹; Balbontín-Casillas, G¹

¹ FPS|IAVANTE. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

IAVANTE es un centro público de aprendizaje por simulación, dependiente de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Durante sus veinte años de funcionamiento, ha mantenido el compromiso fundamental de proporcionar formación mediante simulación a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, adaptándose a las necesidades cambiantes del sector sanitario y manteniendo altos estándares de calidad educativa.

OBJETIVO

Describir el modelo de gestión desarrollado e implementado por IAVANTE para la efectiva ejecución de programas de formación basados en simulación, abarcando desde la identificación inicial de necesidades formativas hasta la evaluación final de resultados, destacando los factores críticos de éxito y las barreras encontradas durante su implementación.

MATERIAL

El sistema de gestión implementado se estructura en tres componentes principales interrelacionados:

1. Identificación de necesidades formativas: Se establece un proceso sistemático de evaluación y análisis de las necesidades del sistema sanitario, considerando tanto las demandas actuales como las proyecciones futuras.
2. Diseño de acciones formativas: Se desarrollan programas específicos orientados a cumplir objetivos educativos claramente definidos, basados en factores críticos de éxito que incluyen:
 - Alineación con necesidades de salud identificadas.
 - Optimización de recursos disponibles.
 - Estructuración de actividades formativas.
 - Implementación de práctica deliberada.
 - Definición clara del rol del instructor.
 - Facilitación de la transferencia a la práctica clínica.
 - Establecimiento de sistemas de medición de resultados.
3. Evaluación de resultados: Se implementa un sistema integral de evaluación que considera tanto aspectos cuantitativos como cualitativos del aprendizaje.

El modelo operativo se fundamenta en la colaboración entre profesionales clínicos especializados y el equipo docente de IAVANTE, quienes trabajan conjuntamente en el diseño y ejecución de los programas formativos.

RESULTADOS

La implementación del modelo ha generado resultados significativos en múltiples dimensiones:

1. Marco conceptual: Se ha desarrollado un sistema de gestión eficiente que integra efectivamente los componentes educativos y organizativos.
2. Satisfacción del usuario: Las evaluaciones consistentemente demuestran altos niveles de satisfacción entre los participantes.
3. Efectividad formativa: Se ha logrado una implementación exitosa de la formación basada en simulación, con evidencia de transferencia efectiva al entorno clínico.

Los principales desafíos identificados durante la implementación incluyen:

- Restricciones en la financiación de actividades formativas
- Necesidad continua de justificar y asegurar el tiempo de dedicación de los profesionales a la formación
- Proceso continuo de sensibilización sobre la importancia de la simulación en la formación sanitaria

CONCLUSIONES

El éxito sostenido del modelo se atribuye principalmente a la integración efectiva de profesionales clínicos competentes, específicamente formados en docencia basada en simulación, que colaboran estrechamente con el equipo docente de IAVANTE en el diseño y ejecución de los programas formativos. Esta colaboración ha permitido mantener un alto nivel de calidad educativa mientras se adapta a las necesidades cambiantes del sistema sanitario.

484 OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ITU MEDIANTE UN CDSS

Salinas Serrano, JM¹; Guarner Sala, ²; Flores Pardo, E¹; Abril Torres, Y¹; Matas Millas, E¹; Esteban Carrillo, MA¹

¹Hospital San Juan - Conselleria Sanidad Comunidad Valenciana; ²Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan un reto asistencial y organizativo en los hospitales debido a su alta frecuencia, la creciente resistencia antibiótica y la heterogeneidad clínica. Los Sistemas de Soporte de Decisiones Clínicas (CDSS) han demostrado ser herramientas valiosas para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar recursos. En el Hospital se empleaba un CDSS basado en modelos predictivos separados por género, un enfoque con limitaciones en escalabilidad y eficiencia. Este trabajo describe la reingeniería del sistema para unificar criterios diagnósticos e incorporar evaluación de gravedad, logrando un modelo más robusto y adaptable.

OBJETIVO

Implementar un CDSS mejorado para la predicción y clasificación de ITU, demostrando cómo la integración estratégica de inteligencia artificial puede optimizar el flujo clínico, reducir redundancias y mejorar la toma de decisiones, con resultados replicables en otros contextos hospitalarios.

MATERIAL

Se analizaron datos retrospectivos de 14.500 pacientes con sospecha de ITU. El nuevo CDSS integró un pipeline automatizado de preprocesamiento, un modelo predictivo unificado (LightGBM) y una interfaz clínica para facilitar su uso. El sistema se validó comparando su rendimiento con el enfoque previo (Random Forest segmentado por género).

RESULTADOS

El CDSS unificado alcanzó una AUC-ROC del 0.86 en el diagnóstico general, superando al modelo anterior (0.80). Además, permitió clasificar la gravedad bacteriana (gramnegativas vs. grampositivas), aunque con menor precisión (63,8%).

CONCLUSIONES

La reestructuración del CDSS demostró que un enfoque unificado, apoyado en IA, puede optimizar la gestión de las ITU en entornos hospitalarios. Aunque la clasificación por gravedad requiere ajustes, este caso de éxito sienta las bases para implementaciones similares en otras áreas infecciosas, priorizando escalabilidad y eficiencia clínica.

506 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ALUMNADO DE 3º DE ESO

Mogo Serrano, MJ¹; Martínez Rodil, S¹; Sendón Ruiz, MM¹; Sánchez Casales, A¹; Arrojo Romero, M¹; Díaz Pereira, MDLA¹

¹ Consellería de Sanidad

INTRODUCCIÓN

El programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*) es un programa de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida con eficacia demostrada desarrollado por investigadores del Instituto Karolinska (Suecia). Nuestra comunidad lleva implementando este programa en alumnado de 3º ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) desde el curso 2023/24 a través del Fondo Social Europeo (FES).

OBJETIVO

El programa pretende ser una herramienta de promoción de la salud mental y de prevención de la conducta suicida en adolescentes a través de dos estrategias:

1. Generando un espacio libre de juicios, donde las y los adolescentes se sientan seguros para compartir sus preocupaciones e inquietudes, bajo la guía de personal cualificado.
2. Fomentando el aprendizaje entre iguales, poniendo en práctica la escucha activa y la empatía.

MATERIAL

El programa YAM dispone de materiales estandarizados (6 pósteres, 12 tarjetas dilema y un libro que se entrega a cada participante) traducidos y adaptados a nuestro medio. Se compone de cinco sesiones de 50 minutos cada una, que se realizan en tres días no consecutivos a través de equipos YAM compuestos por una persona instructora y una ayudante (helper), ambos con formación reglada en el programa. A lo largo de las sesiones se tratan diferentes aspectos de salud mental, las emociones, situaciones del día a día en la adolescencia e información sobre recursos de ayuda. Algunas de estas sesiones incluyen el role-play entre adolescentes.

RESULTADOS

Hasta el momento, han participado en el programa más de 8000 adolescentes de 78 centros educativos. En la última sesión y tras la finalización del programa se realiza una evaluación cualitativa mediante preguntas a los participantes (interés por los temas tratados, cambios que han notado, recomendaciones para el alumnado del siguiente año).

Globalmente el alumnado valora de forma favorable tener la libertad de hablar sin que se les juzgue y sentirse escuchados. Los departamentos de orientación refieren que hay una mayor comunicación con el alumnado, que además se muestra más dispuesto a pedir ayuda.

Paralelamente se está realizando un ensayo clínico que replica el ensayo original destinado a evaluar la eficacia del programa en nuestra población y encuestas PARTICIPA (que incluyen cuestiones relacionadas con la eficacia del programa).

CONCLUSIONES

Esta experiencia puede aportar evidencia científica adicional que ayudará a la toma de decisiones sobre la implementación y extensión del programa.

526 MONITORIZACIÓN DE RESPUESTA CON ECOGRAFÍA DE ASAS TRAS ESTRATEGIA SWITCH EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

Mateos Sánchez, C¹; Quintanilla Lázaro, E¹

¹ Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos biológicos son un pilar fundamental en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La llegada de los fármacos biosimilares, permite reducir su coste, y son varios los estudios que han demostrado ser equivalentes en eficacia, seguridad y farmacocinética.

Sin embargo, no existen estudios en los que se utilice la ecografía de asas intestinales para evaluar la respuesta a los mismos.

Esta técnica es fundamental en la monitorización de la enfermedad, ya que es fiable, no invasiva y comparable a otros métodos tradicionales, posicionándose como una herramienta muy útil en nuestra práctica clínica

OBJETIVO

Presentamos un estudio avalado por la Comunidad Autónoma de Madrid, en el que planteamos la no inferioridad de los biosimilares con los fármacos biológicos de referencia en el mantenimiento la remisión, así como evaluar la utilidad de la ecografía de asas para su monitorización.

MATERIAL

Estudio retrospectivo, unicéntrico y de no inferioridad en pacientes con Enfermedad de Crohn tratados inicialmente con Infliximab o Adalimumab (Remicade® y Humira®, respectivamente) y en remisión, a los que se modificó tratamiento a biosimilar (estrategia switch). Los criterios de remisión se establecieron según criterios clínicos (Índice de Harvey-Bradshaw < 4), analíticos (PCR

A partir de los seis meses del cambio, los pacientes fueron evaluados mediante ecografía de asas realizada por gastroenterólogos con más de cinco años de experiencia, utilizando el ecógrafo Canon Aplio A i700 con transductor lineal multifrecuencia en modo B y Doppler.

RESULTADOS

De los 54 pacientes con estrategia switch, 43 fueron excluidos por no presentar ecografía previa o ausencia de respuesta al biológico inicial, que obligó a cambio de línea.

Se analizaron 11 pacientes (6 Remicade® y 5 Humira®). Todos los pacientes tratados con Humira® mantuvieron respuesta clínica, analítica y ecográfica obtenida con Adalimumab biosimilar. En el caso de Remicade®, dos pacientes presentaron signos de actividad ecográfica (imagen 1) antes del cambio, por lo que se intensificó el tratamiento alcanzando la remisión antes del switch y manteniendo dicha remisión con el tratamiento biosimilar (tabla 2).

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que, como confirman estudios previos, los biosimilares son tan efectivos como los biológicos de referencia en mantener la remisión en pacientes con EII. En concreto, se evaluó la remisión radiológica con la ecografía de asas en pacientes sometidos a estrategia switch, siendo una herramienta eficaz y comparable a los métodos tradicionales para valorar la actividad de la enfermedad.

Contamos con una muestra pequeña, debido fundamentalmente a la falta de disponibilidad del ecógrafo previo al cambio. Sin embargo, estos hallazgos abren la puerta a emplear la técnica en la práctica clínica habitual, si bien se requiere estudios prospectivos y muestras mayores para confirmar estos resultados.

539 TESELA: DIFUSIÓN CIENTÍFICA PARA LA GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

García Montesdeoca, R¹; Tena García, B³; Sanz Villorejo, J⁴

¹Técnico de la Dirección General de salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud; ²Dirección Gral. de Salud Mental y Adicciones. SCS; ³Hospital Universitario Virgen Macarena; ⁴Universidad Europea de Madrid

INTRODUCCIÓN

La gestión del conocimiento en enfermería ha cobrado especial relevancia en los últimos años, impulsando el surgimiento de iniciativas de comunicación científica especializadas. TESELA, revista electrónica de tirada anual en edición continua, es el órgano de expresión de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), cuyo propósito es fomentar el intercambio de innovaciones en la gestión y liderazgo enfermero.

OBJETIVO

Presentar la actividad editorial de la revista TESELA, destacando su papel como plataforma de difusión de conocimientos y herramientas en gestión enfermera y su contribución a la toma de decisiones de los profesionales de la salud.

MATERIAL

Se realizó un análisis descriptivo de la revista TESELA a partir de la revisión de su estructura editorial, objetivos declarados, líneas temáticas y mecanismos de difusión e indexación. Se analizaron las características de publicación, los servicios adicionales ofrecidos (búsqueda automatizada de artículos, biografía de autores, edición bilingüe) y la pertenencia a bases de datos especializadas (CINAHL, CUIDEN, DULCINEA y CANTÁRIDA), así como su integración en el Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (CIBERE).

RESULTADOS

TESELA se posiciona como la primera revista electrónica orientada exclusivamente a la gestión en enfermería. Su estructura participativa y su respeto por los principios éticos y científicos garantizan el rigor y la transparencia editorial. Incluye secciones de artículos originales, revisiones, metodología, instrumentos de gestión y cartas al director, que permiten recoger una amplia diversidad de perspectivas y propuestas. La publicación facilita el acceso internacional mediante artículos bilingües y el soporte de bases de datos especializadas, favoreciendo la visibilidad y el impacto de los trabajos publicados.

CONCLUSIONES

TESELA constituye una herramienta de referencia para la actualización y el intercambio científico en gestión de cuidados, contribuyendo de manera significativa al desarrollo profesional de las enfermeras gestoras. Su modelo editorial abierto, riguroso e innovador promueve la generación de conocimiento útil para la toma de decisiones en el ámbito de las organizaciones sanitarias, consolidándose como un pilar en la profesionalización de la gestión enfermera.

540 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN PREOPERATORIA EN LA ADHERENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Gonzalvo Soto, E¹; Fernández Arriaga, P¹; Gonzalvo Soto, E¹; Castro Ramos, MM¹; Saucedo Vélez, E¹; Parra Expósito, S¹; Faura Santos, C¹

¹ Hospital Universitario de Torrejón

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la enfermera de quirófano desempeña un papel clave en la preparación del paciente y en la garantía de su seguridad en las fases pre, intra y postoperatoria. En los cuidados prequirúrgicos, su labor es esencial para asegurar que se cumplan todas las indicaciones necesarias para una cirugía exitosa.

Más allá de confirmar datos, la enfermera comunica información relevante, evalúa riesgos y resuelve dudas del paciente. Este contacto favorece el cuidado centrado en la persona, reduce la ansiedad preoperatoria y mejora la adherencia a las indicaciones médicas, lo que contribuye a una atención más segura y a una mejor gestión de recursos.

OBJETIVO

El objetivo principal del estudio es analizar el impacto en la correcta preparación, la seguridad y el bienestar el papel de la enfermera quirúrgica mediante la competencia enfermera de comunicación en el momento de los cuidados preoperatorios del paciente.

Como objetivos secundarios, se pretende:

- Identificar las funciones clave que desempeña la enfermera quirúrgica en el contacto preoperatorio con el paciente.
- Examinar la influencia de la comunicación preoperatoria en la reducción de la ansiedad y el aumento de la adherencia a las instrucciones sanitarias.
- Describir los beneficios que aporta la llamada preoperatoria en la optimización de los recursos y en la prevención de errores.
- Analizar cómo la comunicación efectiva mejora la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico.

MATERIAL

La metodología empleada en este estudio se basa en la realización de una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Cochrane, Web Of Science y Cinahl, encontrando suficiente evidencia científica para la realización del estudio.

Por otra parte, para la realización del checklist de la llamada prequirúrgica, se emplearon variables orientadas a identificar las fortalezas y limitaciones de comunicación por parte del personal de enfermería en los cuidados preoperatorios del paciente. Esto permite definir las categorías según el diseño del estudio y los criterios de análisis establecidos.

RESULTADOS

El papel de la enfermera en los cuidados preoperatorios es esencial para ofrecer una atención holística centrada en el paciente. Los resultados del estudio evidencian que la llamada prequirúrgica permite identificar riesgos como alergias o antecedentes, minimizando complicaciones.

Además, se pudo observar cómo se reduce la ansiedad del paciente al aclarar dudas, generando confianza. Esta intervención también mejora la adherencia a indicaciones como el ayuno o la correcta medicación, optimizando la seguridad del procedimiento.

Finalmente, una comunicación clara y detallada contribuye a prevenir errores, consolidando el rol de la enfermera como garante de la seguridad y bienestar en el proceso quirúrgico.

CONCLUSIONES

El presente estudio pone de manifiesto la relevancia del papel de la enfermera quirúrgica en los cuidados preoperatorios, subrayando la importancia de su competencia comunicativa como herramienta clave para garantizar la seguridad y bienestar del paciente.

La evidencia científica analizada demuestra que una comunicación prequirúrgica efectiva, permite identificar riesgos, reducir la ansiedad, mejorar la adherencia a las indicaciones médicas y prevenir errores clínicos.

La llamada preoperatoria, como intervención enfermera, no solo optimiza recursos sanitarios, sino que también refuerza un modelo de atención centrado en la persona, favoreciendo un entorno más seguro y humanizado. Esta actuación anticipada contribuye a que los pacientes lleguen al procedimiento quirúrgico en mejores condiciones físicas y emocionales.

En consecuencia, se concluye que la comunicación enfermera en el contexto quirúrgico debe ser reconocida como una competencia esencial, ya que impacta directamente en la calidad asistencial y en los resultados en salud. Protocolizar esta práctica podría suponer una mejora significativa en los procesos quirúrgicos y en la experiencia del paciente.

541 ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL DOMICILIO: MEJORANDO LA EXPERIENCIA Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Fernández Arriaga, P¹; Castro Ramos, MM¹; Abad López, I¹; Pérez Paradelo, E¹; Barbi Pérez, V¹; Díaz Pita, P¹

¹ Hospital Universitario de Torrejón

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la atención domiciliar ha adquirido un papel relevante en los sistemas de salud, como respuesta a la creciente demanda de cuidados continuos y personalizados por parte de una población envejecida y con enfermedades crónicas. Este modelo se basa en ofrecer intervenciones sanitarias y sociales en el hogar del paciente, con el objetivo de complementar o sustituir la atención hospitalaria tradicional.

La administración de tratamientos como la quimioterapia en el domicilio ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz para ciertos pacientes, al mejorar su bienestar, aumentar su autonomía y reducir la carga sobre los recursos hospitalarios. Esta modalidad disminuye las estancias hospitalarias, evita complicaciones como infecciones nosocomiales y contribuye a una atención más humana, al permitir que el paciente permanezca en su entorno habitual, rodeado de su red de apoyo.

La atención domiciliar, además, favorece una mayor adherencia al tratamiento y un impacto emocional positivo, al mantener la estabilidad emocional y social del paciente. No obstante, su implementación exige una planificación rigurosa, coordinación multidisciplinar, formación específica del personal y una evaluación constante para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en la persona.

Este estudio tiene como objetivo analizar los beneficios, desafíos y buenas prácticas de este modelo asistencial, con énfasis en la experiencia y satisfacción del paciente. Se busca generar evidencia que respalde su integración dentro del sistema sanitario como una alternativa ética, eficiente y centrada en el cuidado integral.

OBJETIVO

El objetivo principal del estudio es promover la implementación de cuidados y administración de tratamientos médicos en domicilio. Así como la identificación tanto de los principales beneficios como las limitaciones encontradas.

Como objetivos secundarios, se pretende:

- Analizar estrategias para garantizar una atención segura, efectiva y accesible.
- Promover una excelente práctica clínica centrada en la persona desde la humanización del cuidado.
- Evaluar el impacto en la satisfacción del paciente.

MATERIAL

La metodología empleada en este estudio se basa en la realización de una encuesta de satisfacción dirigida a los pacientes, en el marco de un estudio descriptivo, observacional y longitudinal. Para ello, se utilizaron variables orientadas a identificar las fortalezas y limitaciones de la administración de quimioterapia a domicilio, así como datos demográficos de los pacientes y categorías definidas según el diseño del estudio y los criterios de análisis establecidos.

RESULTADOS

El cuidado centrado en el paciente, abordando todas las dimensiones de la persona, permite al personal sanitario ofrecer una atención de calidad y confort. Esto contribuye a mejorar tanto la comodidad como la calidad de vida del paciente, al tiempo que optimiza los recursos sanitarios y reduce el riesgo de infecciones nosocomiales.

Por otro lado, no se pretende reemplazar los cuidados intrahospitalarios, sino complementarlos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES

La atención domiciliar, específicamente en la administración de tratamientos como la quimioterapia, representa una alternativa viable y beneficiosa dentro del sistema sanitario actual.

Entre los desafíos identificados, destacan la necesidad de protocolos claros que garanticen la seguridad y eficacia del tratamiento, así como la formación continua del personal sanitario para mantener una práctica clínica de calidad en el entorno domiciliario.

Asimismo, se ha constatado que la atención domiciliar contribuye a la optimización de los recursos sanitarios y a la reducción de riesgos asociados a la hospitalización, como las infecciones nosocomiales. No obstante, este enfoque no debe concebirse como un sustituto del entorno hospitalario, sino como un complemento que potencia los cuidados integrales.

548 TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN DERMATOLOGÍA: IMPACTO DE UN MODELO DE TELEDERMATOLOGÍA SISTEMÁTICA

González Díaz, E¹; Parrado Cuesta, S¹; Izquierdo Doyagüez, PL¹; Fernandez Fueyo, J¹; Bollo De Miguel, E¹; Rodríguez-Hevia Gonzalez, A¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE)

INTRODUCCIÓN

La especialidad de dermatología presenta una elevada presión asistencial, acentuada por factores como el envejecimiento poblacional, el incremento de la incidencia de cáncer de piel, y la dispersión geográfica de la población. Estas circunstancias dificultan el acceso equitativo a la atención especializada, especialmente en áreas rurales. En este contexto, se planteó la implementación de un modelo de teledermatología sistemática, con el objetivo de mejorar la eficiencia en la gestión de las consultas, reducir las listas de espera y optimizar los recursos disponibles sin comprometer la calidad asistencial.

OBJETIVO

- Dermatología.
- Establecer un sistema estructurado de triaje digital que permita priorizar eficazmente la atención según criterios clínicos.
- Facilitar el acceso a dermatólogos desde atención primaria, especialmente en zonas con menor cobertura presencial.
- Garantizar la adecuada indicación de las consultas presenciales, reservándolas únicamente para los casos que no puedan resolverse mediante valoración remota.
- Mejorar los tiempos de respuesta y la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes.

MATERIAL

Desde noviembre de 2024, todas las derivaciones desde atención primaria al servicio de dermatología se gestionan de forma obligatoria a través de interconsultas no presenciales:

- Interconsulta ordinaria (Telederma)
- Interconsulta preferente (Dertri)

Los profesionales de atención primaria remiten imágenes clínicas y dermatoscópicas a través de la historia clínica electrónica del sistema regional. Un dermatólogo revisa los casos y determina si pueden resolverse directamente, si requieren priorización especial o si es necesaria una consulta presencial. El modelo incluye formación a los profesionales remitentes, auditorías periódicas y seguimiento de indicadores clave.

RESULTADOS

- Reducción del 20% en el total de pacientes en espera para primeras consultas dermatológicas (de 4.012 en octubre de 2024 a 3.222 en marzo de 2025).
- Elevada resolución directa sin necesidad de consulta física:
 - Telederma: 48,65%
 - Dertri: 20,83%
- Reducción del tiempo medio estructural a 78,85 días, con una tendencia decreciente sostenida.
- Priorización efectiva, incluso dentro de la cita ordinaria:
 - Prioridad 1: 32,18 días
 - Prioridad 2: 66,32 días
- Disminución global de solicitudes gracias al cribado y adecuación del motivo de consulta desde atención primaria.
- Mayor eficiencia en la presencialidad, reservada a casos complejos o no resolubles digitalmente

CONCLUSIONES

La teledermatología sistemática ha demostrado ser una herramienta eficiente y transformadora en la gestión asistencial de consultas dermatológicas. Este modelo permite mejorar los principales indicadores operativos sin necesidad de aumentar los recursos humanos o estructurales. Además, contribuye a una atención más equitativa, ágil y centrada en el paciente. Su aplicación resulta especialmente útil en contextos con alta demanda y limitada disponibilidad de especialistas, y su éxito sugiere un potencial de escalabilidad a otras especialidades.

2 “DE LA IDEA A LA REALIDAD”: TRABAJO EN EQUIPO EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS

Lluch Garvi, V¹; Ortiz Lopez, M¹; Buen Ruiz, MDC¹; Vidal Barceló, P¹; Sobrino Luengo, S¹; Ortiz Monjo, A¹

¹ Hospital universitari Son LLàtzer

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual, la gestión de proyectos se ha convertido en una habilidad esencial para alcanzar el éxito en cualquier organización. Desde la concepción de una idea hasta su implementación, el trabajo en equipo juega un papel crucial en cada etapa del proceso.

El trabajo en equipo no solo facilita la distribución de tareas y responsabilidades, sino que también fomenta la creatividad, la innovación y la resolución de problemas. Cuando los miembros del equipo colaboran de manera efectiva, pueden superar obstáculos, aprovechar las fortalezas individuales y alcanzar objetivos comunes de manera más eficiente.

En esta presentación, exploraremos cómo el trabajo en equipo puede transformar una simple idea en una realidad tangible.

OBJETIVO

Principal:

1. Adquirir “fondos europeos” para un proyecto de nuestro hospital: “Adecuación de espacios y adquisición de equipos para la atención humanizada a pacientes con ELA”.

Secundarios:

1. Definir la visión y los objetivos del proyecto: Asegurarnos de que todos los miembros del equipo comprendan y compartan la visión y los objetivos generales del proyecto.
2. Establecer roles y responsabilidades: Asignar tareas específicas a cada miembro del equipo según sus habilidades y fortalezas, asegurando que todos sepan qué se espera de ellos.
3. Fomentar la comunicación abierta y efectiva: Crear canales de comunicación claros y fomentar un ambiente donde todos se sientan cómodos compartiendo ideas, preocupaciones y actualizaciones.
4. Promover la colaboración y el trabajo en equipo: Incentivar la cooperación y el apoyo mutuo, aprovechando las habilidades y conocimientos de cada miembro para alcanzar los objetivos del proyecto.
5. Gestionar el tiempo y los recursos eficientemente: Planificar y utilizar los recursos disponibles de manera óptima, estableciendo plazos realistas y cumpliéndolos.
6. Monitorear y evaluar el progreso: Realizar seguimientos periódicos del avance del proyecto, identificando posibles obstáculos y ajustando las estrategias según sea necesario.

MATERIAL

Antes de iniciar un proyecto, es fundamental, realizar una serie de trabajos preparatorios para asegurar una base sólida y aumentar las probabilidades de éxito. Acciones que realizamos:

1. Identificamos la necesidad o problema: En nuestro caso, mejorar la atención a los pacientes con ELA.
2. Formamos el equipo de trabajo: Seleccionamos a los miembros del equipo según sus habilidades y experiencia. Asignamos roles y responsabilidades claras a cada miembro del equipo.
3. Recopilamos datos relevantes, mejores prácticas en relación con los cuidados al paciente con ELA y su familia.
4. Definimos el alcance con indicadores clave.
5. Desarrollamos el proyecto incluyendo cronograma, recursos necesarios (obras y equipamiento) y presupuesto estimado.
6. Establecimos una comunicación fluida para fomentar un ambiente de trabajo colaborativo.
7. Preparamos la documentación necesaria para la convocatoria. En todo momento estuvo accesible para todos los miembros del equipo.
8. Obtuvimos las aprobaciones necesarias de todas las partes interesadas.

RESULTADOS

Obtuvimos la financiación al proyecto.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo puede transformar una simple idea en una realidad tangible.

Nuestro proyecto ha sido un claro ejemplo:

1. Cada miembro del equipo ha aportado diferentes perspectivas y habilidades, lo que nos ha llevado a soluciones más creativas e innovadoras. Ejemplo de ello, es que el mismo espacio se ha convertido en una sala polivalente para atender otras patologías.
2. Nos dividimos el trabajo, por lo que las tareas se pudieron completar más rápidamente y con mayor eficiencia; teníamos poco tiempo.
3. Nos apoyamos mutuamente, lo que aumentó nuestra motivación.
4. Aprendimos. Trabajar con otros miembros nos permitió el intercambio de conocimientos.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



469

3 “HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD”. COMO CONVERTIR UN PROGRAMA INSTITUCIONAL EN UNA EXPERIENCIA ESPECIAL PARA EL PROFESIONAL

López Roca, EM¹; Hernández Castaño, V¹; Rascado Sedes, FJ²; Camino Fernández, E²

¹ Hospital da Mariña; ² Hospital Universitario A coruña

INTRODUCCIÓN

El déficit mantenido de profesionales médicos en una Unidad de Urgencias (UUH) de un hospital de 1ª nivel determinó que un Servicio de Salud en el año 2023 aprobara un programa especial de apoyo con profesionales de un hospital de 3º nivel.

A partir de aquí el reto consiste en hacer atractiva esta colaboración para los médicos participantes

OBJETIVO

Conseguir que la cooperación entre servicios afines de diferentes hospitales forjada en una necesidad asistencial, se convierta en una relación de intercambio de conocimiento y se consolide como una verdadera alianza entre servicios, beneficiosa para ambos.

MATERIAL

Tras detectar la necesidad en la UUH y una vez gestionado el plan de apoyo con profesionales de otra Área Sanitaria se plantea cómo materializar esta colaboración, haciéndola atractiva para ambas partes. Siguiendo pasos:

- Contacto personalizado con los facultativos candidatos a ser colaboradores para explicarles el plan. Se modifica la cartelera de la UUH concentrando los turnos de trabajo en guardias de 24 horas para favorecer apoyos externos. Se organizan guardias conjuntas entre facultativos colaboradores para favorecer desplazamientos compartidos (150 km)
- Los facultativos receptores adaptan su cartelera de trabajo a la disponibilidad de los facultativos colaboradores. Entender este “sacrificio” a favor de otras ganancias. Involucrar al equipo de enfermería de la UUH como referentes en la acogida a los facultativos colaboradores externos.
- Algunos de los facultativos colaboradores externos son instructores acreditados por la SEMES en la disciplina de entrenamiento “Simulación in situ”. Se organiza un equipo de profesionales en la UUH que lidere la simulación. Este equipo recibe formación teórica y práctica por los instructores hasta acreditarse ellos como “facilitadores en simulación en urgencias. Se organizan talleres para todo el personal de la UUH que son impartidos por el personal que ya sido formado. Se solicita acreditación de estos talleres por parte del organismo competente.
- En 2025 se extiende la actividad de simulación/entrenamiento en RCP a otros servicios hospitalarios, ejerciendo el equipo de la UUH como formador.

RESULTADOS

Hospital emisor:

1. Beneficio retributivo de los colaboradores.
2. Refrescar rutinas laborales y conocer dinámicas de una UUH de un hospital comarcal. Descubrir y ejercer el rol de «médico polivalente».
3. Desarrollar la vertiente docente de los profesionales implicados.

Hospital receptor:

1. Solventar el déficit de facultativos.
2. En este contexto de intercambio de profesionales, surge la oportunidad de trasladar un programa consolidado de simulación in situ desde un hospital de 3ª nivel a un hospital de 1º nivel, adaptándolo a sus peculiaridades, con excelente aceptación además por parte de todas las categorías profesionales de la unidad.
3. Se organizan talleres de simulación reglados en la UUH y se obtiene la acreditación reglamentaria. La simulación in situ acreditada es algo novedoso en las UUH. 4. Se extendió el programa reglado de simulación a otros servicios hospitalarios: servicio de radiología, quirófano y plantas de hospitalización.

CONCLUSIONES

La situación de escasez de profesionales deriva en una búsqueda de soluciones que pueden favorecer la consolidación de verdaderos modelos colaborativos entre instituciones y profesionales, e incluso constituir un punto de partida para la innovación.

La cooperación entre hospitales no sólo contribuye a resolver problemas asistenciales sino que también puede aumentar las oportunidades formativas en un centro periférico, favoreciendo la creación de entornos de aprendizaje adaptados a realidades locales.

La extensión del programa de simulación a otros servicios hospitalarios refuerza el impacto positivo de este programa en la seguridad del paciente y en la cohesión de equipos de trabajo.

8 ABORDAJE INTEGRAL Y CONTINUADO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ENFOQUE INTERNIVELES E INTERINSTITUCIONAL.

Mingorance Aguado, MA¹; Vidao Ferriz, MDM¹; López Gómez, MDM¹; Cuadrado Aznar, F¹; Romero Ortega, DA¹; Ramos Bosquet, G¹

¹ SAS - Hospital Universitario Torre Cárdenas

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema social y de Salud Pública que afecta a miles de mujeres en España y nuestra provincia no es una excepción.

La coordinación entre diferentes niveles asistenciales e interinstitucional son fundamentales para abordar esta problemática de manera efectiva.

En nuestra provincia hemos implementado un modelo de atención integral que busca, no solo abordar las necesidades inmediatas de las víctimas, sino también garantizar un seguimiento continuo y coordinado entre diferentes niveles e Instituciones.

OBJETIVO

1. Presentar el modelo de atención integral en nuestra provincia para víctimas de Violencia de Género.
2. Destacar la importancia de la coordinación interniveles e interinstitucional.
3. Proponer estrategias para mejorar la atención y el seguimiento de las víctimas.
4. Visibilizar los centros sanitarios como entornos seguros y especializados en la atención a mujeres que viven una situación de malos tratos.

MATERIAL

Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se incluyeron datos de pacientes atendidos en hospitales y centros de salud provinciales entre enero y diciembre de 2023.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con profesionales sanitarios, trabajadores sociales y representantes de instituciones locales.

Se realizaron grupos focales para obtener una visión integral de la situación.

RESULTADOS

Los resultados indican una evidente mejoría en la coordinación entre los diferentes niveles de atención primaria, especializada y hospitalaria, así como con el Instituto de la Mujer.

El 100% de las víctimas detectadas a nivel hospitalario han sido remitidas al equipo de atención a la mujer de atención primaria y al Instituto de la Mujer Provincial.

Se identificaron barreras como la falta de formación específica en Violencia de Género de algunos profesionales y la necesidad de homogeneizar protocolos.

CONCLUSIONES

La coordinación interniveles e interinstitucional a nivel provincial ha mostrado avances significativos en la atención a víctimas de Violencia de Género, aunque aún persisten desafíos que deben ser abordados.

Es fundamental seguir trabajando en la formación de los profesionales y en la homogeneización de los protocolos que faciliten la colaboración.

Solo a través de un enfoque integral y coordinado podremos ofrecer un apoyo adecuado a las víctimas y contribuir a la erradicación de la Violencia de Género en nuestra sociedad.

29 ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES ASISTENCIALES EN UN ÁREA SANITARIA DURANTE LOS AÑOS 2020-2024

Lanza Gándara, MM¹; Díaz López, E¹; Mosteyrin Salgado, P¹; Rodríguez Fouz, C¹; Pérez Duarte, MDM¹

¹Área sanitaria de Ferrol. Servicio Gallego de Salud

INTRODUCCIÓN

El área Sanitaria (AS) desde el año 2005 ha funcionado como un modelo integrado de Atención, aunando bajo una misma dirección la Atención Primaria y Hospitalaria. Tiene una población de 174.267 habitantes, con 11 servicios de Atención Primaria, y el Complejo Hospitalario Universitario (tres centros hospitalarios). El servicio de Admisión y Documentación Clínica (en adelante SADC) del AS consiguió la certificación UNE-EN-ISO 9001:2008 en noviembre de 2014, y desde julio de 2017 (norma ISO 9001:2015).

Dentro del SADC del AS se encuentra la unidad de Atención al Paciente que recibe y gestiona las sugerencias y reclamaciones presentadas por los usuarios a través de la web y/o de forma presencial en los distintos centros de salud, o en la propia unidad hospitalaria de atención al paciente. Existe un aplicativo habilitado para dicha gestión.

OBJETIVO

La mejora en la prestación asistencial es una de las líneas en la apuesta estratégica de la gestión integrada de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en el modelo de Área Sanitaria.

Uno de los elementos de la calidad percibida por los usuarios del sistema son el número de reclamaciones y el motivo de las mismas. Valorar la evolución en el número y los motivos de las reclamaciones durante los años 2020 a 2024 nos puede ayudar a detectar y corregir ineficiencias en la prestación de la asistencia sanitaria, y detectar el impacto en la calidad percibida por nuestros usuarios.

MATERIAL

Se ha realizado un análisis cuantitativo y cualitativo de las reclamaciones asistenciales presentadas durante los años 2020 a 2024 diferenciadas por servicios y motivos, y sus incrementos y variaciones.

RESULTADOS

Existe un incremento notable en el número de reclamaciones presentadas, más elevado en las presentadas a través de la web que en las presentadas de forma presencial.

Durante el año 2020 disminuyen las reclamaciones posiblemente al ser el primer año de pandemia. En el año 2021 se incrementan y continúan esa tendencia durante los años 2022, 2023 y 2024.

El 75% de las reclamaciones presentadas se refiere a demoras en la atención tanto en atención primaria como en hospitalaria.

Durante los años de pandemia se incrementan las reclamaciones en relación al Covid y las vacunaciones.

En Atención Hospitalaria los servicios de Traumatología y Radiodiagnóstico son los que alcanzan mayor número de reclamaciones. Existen servicios como urgencias que se podría esperar que pudiesen generar reclamaciones por las características de la prestación asistencial en el mismo, y sin embargo las que se presentan son mínimas en comparación con la actividad que desarrollan y en comparación con el resto de los servicios.

En un Complejo Hospitalario en el que se están acometiendo obras, las reclamaciones relativas a las mismas son prácticamente inexistentes.

Existe un porcentaje de reclamaciones sin clasificar y/o clasificadas como otras que aunque han disminuido siguen con un número aún considerable.

CONCLUSIONES

1. Debemos mejorar en la clasificación de las reclamaciones para poder conocer con exactitud los motivos de las mismas, eliminando las clasificaciones genéricas como "otros" o "sin clasificación".
2. Sería deseable desarrollar el sistema de información (aplicativo de gestión de las reclamaciones) añadiendo datos de actividad y recursos para poder ajustar el peso de las reclamaciones a la actividad de los diferentes servicios.
3. Es necesario priorizar las acciones de mejora según los motivos de las reclamaciones, comparando la actividad realizada, los recursos y el número por cada servicio asistencial.
4. Estas acciones de mejora se deberían formalizar en líneas de actuación por parte de los servicios con el fin de mejorar la calidad percibida por los usuarios.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



472

47 AULA DE CUIDADORES EN EL HOSPITAL: ASEO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN CAMA

Chimeno Viñas, MM¹; Benito Juan, AM²; Tameron Nieto, A²; Fraile Domínguez, O²; Lozano Lozano, AB²; Pérez Rodríguez, L²; Chimeno Viñas, MM³

¹ SACYL; ² Complejo Asistencial de Zamora; ³ Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

INTRODUCCIÓN

Existen situaciones donde un paciente de forma inesperada o programada, por intervenciones quirúrgicas o patologías, sufre un deterioro grave de su salud, convirtiéndose en un paciente dependiente (accidente de tráfico, cerebrovasculares, progresión rápida de su enfermedad, prótesis...). Este cambio genera gran impacto en el paciente y en su familia.

El aula está dirigida a ayudar/orientar en estos primeros momentos, ofreciendo una serie de conocimientos que haga esta situación más llevadera a la vez que se ofrecen herramientas útiles para el aseo, movilizaciones, prevención de complicaciones cutáneas como lesiones por presión... garantizando que, al alta hospitalaria, ambos sean conocedores de los cuidados necesarios en la vida diaria.

OBJETIVO

- Educar al cuidador principal en movilizaciones y aseo del paciente encamado.
- Reducir las lesiones por presión del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados en domicilio.

MATERIAL

Preparación del taller/aula:

- Publicitar con posters en DIN-A3 que se colocan una semana antes en la sala de estar de la unidad y un DIN A-4 con los temas a tratar. El día anterior se habla personalmente con cada paciente y/o familiar entregando un flyer con el día, la hora y duración de los temas del taller.
- El mismo día de la realización se despeja una zona de la sala común colocándose la camilla, el maniquí y la grúa.
- Exponer todos los materiales: crema hidratante, ácidos grasos hiperoxigenados, cepillo, clorhexidina oral, pañales, taloneras, diferentes dispositivos sanitarios... y comprobar el funcionamiento de la grúa.
- Llamamiento por megafonía 15 minutos y 5 minutos antes del comienzo.
- Recordar personalmente a los acompañantes y pacientes la realización del aula.

Modo de proceder:

- Presentación del monitor.
- Entregar el díptico de Recomendaciones para pacientes con riesgo de lesión y explicar que es una lesión por presión y porque se produce.
- Visionar el vídeo de movilizaciones del paciente y uso de la grúa, posteriormente realizar prácticas de cambios posturales y uso de almohadas sobre el maniquí, haciendo hincapié en descargar los talones, para evitar la aparición de lesiones o el pie equino.
- Mostrar los diferentes materiales: crema hidratante, ácidos grasos hiperoxigenados (dejando que los usuarios la prueben), gorro de lavado de cabeza, cepillos de dientes, clorhexidina oral, bastoncillos refrescantes, correcto uso de pañales, taloneras...
- Se explica el aseo y corte de uñas de manos y pies, insistiendo en la revisión diaria de los pies para evitar posibles infecciones por heridas.
- Explicación y práctica del manejo y el uso de la grúa.
- Despedida y valoración del taller mediante una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

Se han realizado en 9 meses 58 sesiones en dos Hospitales: Hospital Virgen de la Concha y Hospital Provincial.

Los asistentes fueron 426 con una edad media de 58 años [17-95], siendo un 72,70% mujeres y un 27,30% hombres y una valoración de la satisfacción de 9.93 sobre 10.

CONCLUSIONES

Este proyecto tiene muy buena aceptación entre los usuarios y trabajadores mostrando nuestro trabajo a los cuidadores principales. Se prioriza el trato holístico y humano al paciente englobando también al familiar/cuidador, haciendo partícipes a todos los usuarios que quieran acudir a ellas.

La adquisición de estos conocimientos repercutirá de manera beneficiosa en el paciente disminuyendo la incidencia de lesiones por presión en el domicilio y al cuidador le ayudará a evitar lesiones relacionadas con la movilización y contribuirá a disminuir el cansancio del cuidador.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



473

60 CARRERA PROFESIONAL: LA RECUPERACIÓN DE UN DERECHO

Segura Robles, V¹; Ureña Morales, J¹; Bujosa Pocoví, M¹; Terrassa Crespi, JJ¹; Roca Puertas, M¹; Gómez Parelló, G¹

¹ Servei de Salut de les Illes Balears

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de acceso o progresión en la Carrera Profesional (CP) del personal fueron suspendidos en el año 2018 de manera que, en realidad se privó a todo el personal del reconocimiento de este derecho afectando a la motivación y sentimiento de pertenencia de los trabajadores incluso después de haber superado la pandemia COVID-19.

Así pues, la reactivación de la CP, entendida como el pilar fundamental para reconocer y recompensar el desarrollo y la dedicación de los profesionales sanitarios, se convirtió en un objetivo prioritario. Para alcanzarlo, habida cuenta del período de tiempo transcurrido desde su suspensión y el malestar del personal, se han tenido que hacer frente a diversos problemas de índole técnica y presupuestaria.

OBJETIVO

Reactivar la CP atendiendo a los siguientes objetivos:

De cara al Profesional:

- 1. Reconocimiento de la aportación de los trabajadores:** Valorar y recompensar la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y de gestión.
- 2. Diferenciación y reconocimiento objetivo:** Otorgar un reconocimiento justo a la competencia profesional individual de cada trabajador.
- 3. Equidad en el Reconocimiento:** Garantizar que todos los profesionales, independientemente de su categoría, antigüedad y/o situaciones administrativas (excedencias, PIT, Servicios Especiales, cambios de categoría), tengan acceso a la CP y sean reconocidos por su competencia y contribución.
- 4. Fomento de la corresponsabilidad y compromiso:** Generar un mayor sentido de corresponsabilidad y fomentar una cultura de compromiso con la gestión del Servicio de Salud.
- 5. Simplificación de los trámites:** Facilitar la automatización de los Certificados de Servicios Prestados y cumplimentación del procedimiento de manera telemática.

De cara a la Administración:

1. Ajuste de Presupuesto

- **Planificación Presupuestaria:** Identificar las prioridades sanitarias y asignar los recursos de manera eficiente, no solo contemplando la reactivación del complemento de carrera sino, reconociendo los atrasos acumulados desde la suspensión del derecho.
- **Sostenibilidad Financiera:** Velar por un acuerdo financieramente sostenible a largo plazo, evitando comprometer otros servicios esenciales.

2. Negociación con Agentes Sociales

- **Diálogo Social:** Llevar a cabo múltiples reuniones con los agentes sociales, para asegurar que el acuerdo refleje las necesidades y preocupaciones de todos los implicados. Fruto del elevado nivel de consenso y colaboración de todas las partes, el Acuerdo de Carrera, se adoptó por unanimidad de la Mesa Sectorial de Sanidad.

MATERIAL

El Acuerdo de Carrera firmado el 2 de julio de 2024, enumera:

- Convocatoria extraordinaria 2018-2022: En la que solo se tuvieron en cuenta los servicios prestados.
- Convocatoria simplificada 2023-2024: En la que se tendrán en cuenta los servicios prestados y la formación.
- Convocatoria ordinaria 2025 en adelante: Se valorarán los servicios prestados, la formación y la evaluación del desempeño.

Además, se han tenido en cuenta medidas de fidelización de encuadre extraordinario para aquellas personas que consoliden una plaza fija en una categoría superior, así como la distinción entre los conceptos "administrativo" y "retributivo" del nivel de carrera, para tener en cuenta en los cambios de categoría profesional.

RESULTADOS

Procedimiento Extraordinario 2018-2022

En total se recibieron un total de 10715 solicitudes, de las cuales 10275 fueron aceptadas. Esto supone un coste anual de 40,1M.

CONCLUSIONES

En 2024, se logró la recuperación y actualización de la CP con un coste total que supondrá un total de 189,9 millones de euros.

Este acuerdo, fruto del diálogo social y la planificación presupuestaria, reconoce el esfuerzo de los profesionales sanitarios tras la pandemia, mejora la motivación y fomenta la calidad de los servicios.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



474

66 CIMIENTOS DE ESFUERZO, OBRAS Y HISTORIAS DE UNA TRANSFORMACIÓN

Encinar Martín, F¹; Hernández Gómez, MA¹; Barez Hernández, EM¹; Timiraos Fernández, JJ¹; Achaerandio Galdós, N¹; Martín Román, MR¹

¹ Organización Sanitaria Integrada Araba

INTRODUCCIÓN

En la Organización de servicios integrados de Araba, se está llevando a cabo una transformación funcional y estructural. Se han fusionado dos hospitales y la atención primaria, al mismo tiempo que se está reestructurando todos los espacios físicos. Este proyecto se inició en el año 2011 con la elaboración de un plan funcional y con un plan estructural de obras, a fecha de hoy se llevan 14 años desde su inicio y atravesado por diferentes fases.

OBJETIVO

Este plan persigue varios objetivos clave: 1. Integración y coordinación de servicios. 2. Optimización de los recursos. 3. Mejorar la calidad asistencial. 4. Adaptabilidad y flexibilidad en las estructuras. 5. Accesibilidad y equidad.

MATERIAL

Este proyecto parte por un lado de un plan funcional y por otro por un plan de obras, que pretende adecuar los espacios a las nuevas necesidades asistenciales

RESULTADOS

Después de 14 años de su puesta en marcha son muchas las dificultades por las que se han pasado, detrás de las fusiones han sido multitud los problemas.

El llevar a cabo una reestructuración completa de las estructuras de organizaciones en funcionamiento es realmente complejo, la presentación pretende analizar la gestión realizada.

CONCLUSIONES

El proyecto de transformación llevado a cabo por la OSI Araba refleja una compleja reestructuración funcional y estructural que incluye la fusión de dos hospitales y la atención primaria, así como la adaptación de los espacios físicos a las necesidades actuales. Este ambicioso proceso, que comenzó en 2011, ha estado marcado por diversas fases y desafíos significativos a lo largo de 14 años.

Los objetivos centrales de este plan han sido la integración y coordinación de servicios, la optimización de los recursos, la mejora de la calidad asistencial, la adaptabilidad de las estructuras, y garantizar la accesibilidad y equidad para los usuarios. A pesar de las dificultades inherentes a un proyecto de esta magnitud, se ha buscado adecuar la infraestructura y los servicios a las demandas actuales mediante un enfoque funcional y estructural.

En definitiva, el análisis destaca la gestión realizada en este proceso de fusión y transformación, haciendo evidente la complejidad de modificar estructuras organizativas en funcionamiento para lograr una atención sanitaria más eficiente y equitativa.

79 CONTABILIZACIÓN DE GASTO GENERADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXTERIORES

Martínez Pérez, M¹; Otón Soriano, JL¹; Lorente Alcaraz, MA¹; López Martínez, J¹; López Martínez, M¹; Hernández Martínez, M¹

¹ Servicio Murciano de Salud - Área²

INTRODUCCIÓN

A través de los informes contables, es posible determinar el seguimiento, control y mejora de esta prestación de servicios complementarios a los propiamente definidos como médicos sanitarios, pero de gran relevancia también para el paciente. En definitiva, es una herramienta más que permite observar indicadores en el grado de cumplimiento de una serie de parámetros que detallaremos.

OBJETIVO

1. Mejora de comunicación interdepartamental: Concretamente en al apartado que nos ocupa, el Departamento de Servicios Generales, el Servicio de Contabilidad del área de salud y los distintos proveedores que prestan este tipo de servicios, intentando mejorar y solventar cualquier duda o incidencia generada entre todas las partes interesadas.
2. Optimizar tiempos desde que finaliza la prestación del servicio mensual hasta la contabilización de la factura de ese periodo.
3. Análisis pormenorizado de los distintos Servicios por cuentas contables, centros de costes y periodos. Impacto de abonos aplicados sobre el gasto mensual devengado.

MATERIAL

1. En el Servicio de Contabilidad, se han establecido protocolos de trabajo, formación continuada, distribución de tareas relacionadas con la contabilización de facturas y abonos devengados en estas cuentas de servicios exteriores.
2. Desarrollo y comunicación interdepartamental periódicamente, detallando los abonos generados por incidencias surgidas en el mes finalizado y tramitado a través de la web SAP.
3. Análisis pormenorizado de cada una de las cuentas que integran el NODO de Servicios Exteriores, comparando con el mismo periodo en el ejercicio económico anterior y con el presupuesto asignado en el ejercicio en curso. Variaciones y Porcentajes a través de los programas SAP R3 Productivo y SAP BW Productivo. Gasto por Centros de Coste.

RESULTADOS

1. Optimización en tramitación de facturas y/o abonos mensuales generados, minimizando tiempos entre la recepción de documentos electrónicos hasta la materialización del pago de los mismos.
2. Grado de satisfacción y/o cumplimiento de obligaciones adquiridas tanto por la empresa prestataria como por el área de salud, según contrato vigente.
3. Oportunidad de mejora, para las empresas prestatarias.

CONCLUSIONES

La comunicación Interdepartamental es fundamental para optimizar procesos contables. A través del análisis pormenorizado de estas cuentas, nos permite evaluar el grado de cumplimiento y satisfacción de los objetivos marcados en el área de salud.

103 INTERCONEXIÓN DEPARTAMENTAL PARA GESTIÓN DEL PROCESO DE EMBARAZO EN GRAN CANARIA

De León Socorro, S¹; Bejarano García, J¹; Román Arbelo, F²; Flecha Lescún, J²; Palmés Quintana, A³; Martín Martínez, A¹

¹Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ²Dextromedica; ³Hospital Universitario insular de Canarias

INTRODUCCIÓN

El liderazgo efectivo en el ámbito de la ginecología y obstetricia es crucial para la mejora continua de la atención sanitaria, abarcando todas las etapas de la vida de las mujeres, desde la adolescencia hasta la menopausia y más allá. La atención ginecológica y obstétrica no solo se centra en el parto y el cuidado prenatal, sino que también involucra la prevención, diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones de salud que afectan a las mujeres en diferentes momentos de sus vidas. Sin embargo, muchos profesionales en estas especialidades carecen de las habilidades y conocimientos necesarios para liderar de manera efectiva en un entorno sanitario cada vez más complejo y en constante cambio. Esto se traduce en desafíos para la calidad de la atención proporcionada y en la necesidad de un enfoque renovado en la formación y desarrollo de los profesionales. Por ello, se hace necesario elaborar un programa de mentoría diseñado para desarrollar habilidades de gestión y liderazgo en estos profesionales, contribuyendo así a la sostenibilidad y mejora de la atención a la mujer.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es la creación e implementación de un programa de mentoría centrado en el desarrollo de competencias en gestión y liderazgo, con el fin de fortalecer la capacidad de los profesionales de ginecología y obstetricia en su práctica diaria. Se busca fomentar un liderazgo que no solo se limite a la gestión de equipos, sino que también incluya la capacidad de innovar, inspirar y promover un entorno de trabajo colaborativo y de aprendizaje continuo.

MATERIAL

Se propondrá un enfoque estructurado para el programa de mentoría que incluirá las siguientes componentes:

1. Definición de Objetivos: Se establecerán metas claras y alcanzables para el desarrollo de habilidades en áreas clave como toma de decisiones, trabajo en equipo, gestión de recursos y resolución de conflictos. Estos objetivos se alinearán con las necesidades específicas del entorno de ginecología y obstetricia y serán revisados periódicamente para asegurar su relevancia.
2. Estructura del Programa: Se describirá cómo se seleccionarán tanto los mentores, que deberán ser líderes establecidos en el ámbito médico, como los mentorizados, quienes serán profesionales en formación o en etapas intermedias de su carrera. La organización de sesiones formativas y talleres prácticos incluirá actividades interactivas, estudios de caso y simulaciones que permitirán a los participantes aplicar lo aprendido en situaciones reales.
3. Evaluación del Impacto: Se implementarán métodos rigurosos para medir la efectividad del programa, que incluirán encuestas de satisfacción del personal, indicadores de mejora en la atención al paciente y el desarrollo de competencias de liderazgo. Además, se evaluará la puesta en marcha de nuevos proyectos y cambios de puesto de trabajo tras la realización del programa de mentoría, con el fin de identificar el retorno sobre la inversión en formación y desarrollo.
4. Testimonios y Estudios de Caso: Se incluirán experiencias previas en programas similares que demuestren el valor de la mentoría en el desarrollo de líderes en otras especialidades médicas. Esto proporcionará un marco de referencia y mejores prácticas que pueden ser adaptadas y aplicadas en el contexto de ginecología y obstetricia.

RESULTADOS

Se espera que la implementación de este programa de mentoría resulte en una mejora significativa en la satisfacción del personal y en la calidad de la atención al paciente, así como una mejora en el ambiente de trabajo. Al fortalecer las habilidades de liderazgo, se anticipa que los profesionales estarán mejor equipados para enfrentar los desafíos del entorno sanitario actual. Además, el programa permitirá la identificación de habilidades específicas en cada profesional, facilitando el desarrollo de planes de formación personalizados que potencien sus áreas de interés y fortalezas, impulsando así su crecimiento profesional y contribuyendo a la formación de líderes en ginecología y obstetricia.

CONCLUSIONES

El desarrollo de líderes en ginecología y obstetricia es fundamental para garantizar una atención de calidad y sostenible. Este programa de mentoría no solo busca fomentar un ambiente de aprendizaje continuo, sino que también pretende crear una cultura de liderazgo compartido, donde los profesionales puedan adquirir las habilidades necesarias para liderar con confianza y efectividad. Al invertir en el desarrollo de liderazgo, se contribuye no solo al bienestar del personal, sino también a la mejora de la experiencia del paciente en un campo tan sensible y crítico como es la salud sexual y reproductiva de la mujer. Este enfoque integral promete no solo transformar la práctica profesional, sino también elevar los estándares de atención en ginecología y obstetricia, beneficiando a las mujeres que dependen de estos servicios esenciales.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****477**

122 DISMINUCIÓN DE LA TASA DE LLAMADAS PERDIDAS EN LA CENTRALITA TELEFÓNICA

Martínez Idarreta, R¹; Espejo Mambié, M¹; Sotillo Molas, A¹; Susperregui Murua, JM¹; Saizar Zabaleta, M¹; Etxezarreta Del Caño, E¹

¹ Asuncion Klinika

INTRODUCCIÓN

En 2023, nuestro hospital y centros adscritos experimentaron dificultades significativas en la gestión de llamadas telefónicas, recibiendo un promedio de 13.181 llamadas mensuales, y atendiendo solo el 56% de ellas. Esta situación generó inconvenientes para los usuarios, quienes se encontraron limitados para contactar con la organización.

OBJETIVO

Mejorar la tasa de llamadas atendidas garantizando una comunicación eficaz entre los usuarios y la institución.

MATERIAL

Se realizó un estudio comparativo de las llamadas entre 2016 y 2023 identificando que el volumen de llamadas ha aumentado exponencialmente sin un correspondiente aumento de la actividad hospitalaria. Se identificaron problemas clave, como cambios constantes en la estructura de servicios médicos y un único punto de contacto en la admisión, generando cuellos de botella. En respuesta, se implementaron en 2024 estrategias como la diversificación del circuito de llamadas, la introducción del sistema de autocita y la habilitación de múltiples canales de comunicación y como correo electrónico y WhatsApp.

RESULTADOS

Las medidas implementadas resultaron en una reducción del 12% en la tasa de llamadas pérdidas para 2024, alcanzando una tasa de respuesta del 45%. Estos cambios implicaron una mejora significativa en la accesibilidad y respuesta a las necesidades de comunicación de los usuarios.

CONCLUSIONES

La intervención realizada en la centralita telefónica ha demostrado ser eficaz, evidenciando una reducción del 12% en la tasa de llamadas no respondidas en el año 2024 en comparación con el año anterior. Las estrategias adoptadas, como la diversificación de los canales de comunicación y la estabilización de la estructura de servicios médicos, han facilitado un acceso más directo y eficiente para los pacientes, reflejando un avance significativo hacia nuestro objetivo de optimizar la comunicación hospitalaria. Continuaremos implementando y refinando estas mejoras para alcanzar y superar las tasas de eficiencia previas al aumento de las demandas telefónicas.

126 EL CAMINO AL BIENESTAR: RESIDENCIAS 360°

Núñez Masid, E¹; Acevedo Prado, A¹; Otero Balsa, Y²; Menor Rodríguez, MJ³; Aramburu Nuñez, M⁴

¹General de Envejecimiento Activo e Innovación Sociosanitaria. Xunta de Galicia; ²Conselleria Política Social e Igualdade;

³Complejo Hospitalario Universitario Ourense; ⁴IDIS

INTRODUCCIÓN

- “Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en el planteamiento y en la aplicación de las políticas que afecten directamente su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más nuevas” (Naciones Unidas, 16 de diciembre 1991- Resolución 46/ 91).
- En la actualidad, el envejecimiento de la población y el creciente número de pacientes crónicos impactan seriamente en los sistemas de salud obligando a los gestores a implementar nuevas formas de cuidados.
- Galicia en 2024 alcanzó la cifra “récord” de 224 personas mayores de 64 años / 100 menores de 16. Es decir, más de 650.000 mayores de 65 años, datos que sitúan a Galicia como la segunda comunidad más envejecida de España por detrás de Asturias.
- Este envejecimiento de la población conlleva un gran reto en el cuidado de nuestros mayores prestando atención a su estado físico sin olvidar su bienestar emocional y social, evitando así la conocida como “soledad no deseada” tan nociva para la salud de nuestros mayores.
- Conscientes de esta realidad y con el foco puesto en el bienestar de nuestros mayores, desde la Xunta de Galicia, apostamos por implementar herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento de los cuidados y la comunicación entre profesionales, personas cuidadas y familias, hablamos de: La Residencia 360°

OBJETIVO

1. Promover un nuevo modelo de cuidados sociosanitarios en las residencias gallegas con nuevas tecnologías.
2. Potenciar la seguridad, confortabilidad y la accesibilidad de los centros residenciales.
3. Mejorar la satisfacción de los profesionales y la calidad asistencial prestada.

MATERIAL

El proyecto Residencia 360° se centra en el desarrollo de Residencias Socio-sanitarias Digitales e Inteligentes en los 18 centros gestionados directamente por la Xunta de Galicia con un total de 2179 residentes. Dicho proyecto se ha diseñado en tres fases:

- **Fase 1: Cuidados socio-sanitarios:** diseño e implementación de habitaciones inteligentes con pase de visita informatizada con pantallas táctiles y pulseras de geolocalización que facilitan el acceso y ubicación de nuestros mayores en todo momento, lo que conlleva minimizar posibles pérdidas y/o fugas por desorientación.
- **Fase 2: Entretenimiento y acompañamiento:** desarrollo de programas de entretenimiento mediante video-llamadas con tablets a familiares y amigos; realización de actividad física en grupo dirigidas por profesionales fomentando así relaciones sociales y ocio mientras se favorece la prevención de problemas cognitivos.
- **Fase 3: Seguridad y Bienestar:** velar por la seguridad y bienestar de nuestros mayores proporcionando climatización inteligente de las instalaciones del centro y un control de accesos informatizado a las mismas.

RESULTADOS

Este proyecto se encuentra en fase de implementación, por lo que no contamos con resultados. La evaluación de resultados está prevista a los 6 meses de su puesta en marcha con el objetivo de detectar áreas de mejora.

Posteriormente, la evaluación tendrá carácter anual. Evaluaremos en primer lugar el grado de satisfacción mediante encuestas autoadministradas a profesionales, residentes y familiares, posteriormente evaluaremos la consecución de los objetivos planteados y efectos no previstos (resultados), además de la idoneidad de las actividades (proceso) y la adecuación de los recursos (estructura).

CONCLUSIONES

Dotar a nuestros centros de tecnología de seguridad y accesibilidad supone una inversión a futuro convirtiendo a nuestros centros en referentes de calidad y humanización de los cuidados.

La implicación de todos los profesionales, residentes y sus familiares en el desarrollo del proyecto ha facilitado su puesta en marcha además de un compromiso con la organización.

Estamos convencidos de que este proyecto redundará en un aumento en la percepción de la calidad asistencial, una gestión más eficiente y un mayor compromiso con el medio ambiente.

127 EL IMPACTO DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Barranquero Fuentes, A¹; Rodríguez López, RM²; Camacho Megía, MC²; Ruíz García, MDP²; Arroyo Plaza, G²; Sánchez Enano, MI²

¹ SESCAM; ² HGUCR

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su manejo adecuado requiere un enfoque multidisciplinario, destacando el papel esencial de la enfermería. La intervención temprana, educación al paciente y seguimiento post-hospitalario son clave para mejorar los resultados clínicos. La enfermería no solo ofrece cuidados directos, sino que también juega un papel fundamental en la prevención, control de factores de riesgo y apoyo emocional.

OBJETIVO

Este proyecto tiene como objetivo implementar un protocolo de consulta de enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca, proporcionando atención integral desde el ingreso hospitalario hasta el seguimiento a largo plazo.

MATERIAL

El protocolo está enfocado en la creación de una consulta de enfermería que se inicia con el ingreso del paciente al hospital. Durante este ingreso, la enfermera realiza un primer contacto centrado en la educación sobre autocuidados y conocimiento de la enfermedad. Posteriormente, se programan consultas periódicas (presenciales o telefónicas) que varían según las necesidades del paciente. La primera consulta de seguimiento se realiza a la semana del ingreso, luego cada dos semanas hasta el tercer mes y, finalmente, cada mes y medio. Durante estas consultas, se llevan a cabo las siguientes tareas:

- Educación continua al paciente y al cuidador.
- Evaluación de la capacidad del paciente para realizar autocuidados y adherencia al tratamiento.
- Detección de desnutrición.
- Evaluación de necesidades sociosanitarias, identificando recursos y apoyos necesarios.
- Planificación de continuidad de cuidados y seguimiento terapéutico.
- Mantenimiento de contacto constante y revisión de sistemas de telemonitorización para asegurar un monitoreo continuo.

Este enfoque busca mejorar la calidad del cuidado, la adherencia al tratamiento y optimizar los recursos disponibles

RESULTADOS

La implementación del protocolo de consulta de enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca ha demostrado un impacto positivo tanto en la calidad de la atención como en la experiencia del paciente. Gracias a la intervención temprana desde el ingreso hospitalario y al seguimiento estructurado, se ha observado una mejora significativa en la adherencia al tratamiento y en la capacidad del paciente para llevar a cabo autocuidados. La detección precoz de complicaciones como la desnutrición y la evaluación de necesidades sociosanitarias han permitido una respuesta más rápida y eficaz, reduciendo el riesgo de reingresos. Además, la combinación de consultas presenciales y telefónicas ha favorecido una atención más accesible y personalizada, optimizando el tiempo y los recursos disponibles. Este modelo de atención integral y continuo ha reforzado el papel proactivo de la enfermería, asegurando una mejor planificación de cuidados y una notable mejora en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

La enfermería juega un papel crucial en el manejo de la insuficiencia cardíaca, mejorando la salud cardiovascular de los pacientes. Además de la atención directa, su intervención impacta significativamente en el control de los factores de riesgo y el acompañamiento a largo plazo. La implementación de este protocolo y la inclusión de enfermeras en equipos multidisciplinarios contribuyen a un manejo más efectivo de la enfermedad, optimizando los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

128 EL PACIENTE EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. CAUSAS DE SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Rodríguez García, A¹; Pérez Bendicho, P²; Baños Ledesma, MV²; Rodríguez Mena, D²

¹Subdirector Médico. Facultativo Especialista de Área en Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.;

²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INTRODUCCIÓN

La atención prestada en los hospitales debe tener a los pacientes como centro de los procesos que en ellos se desarrollan. En los últimos años, la opinión de los pacientes se ha convertido en una parte importante de la gestión sanitaria. Más aún, el reporte por parte de los pacientes de la experiencia y resultados de la atención sanitaria (PREMs y PROMs), se ha convertido en un aspecto imprescindible si se quiere alcanzar una atención de calidad, moderna y a la altura de los tiempos. Sin embargo, aunque se están llevando a cabo esfuerzos, su implantación en algunos centros no está siendo todo lo rápida que cabría esperar. No obstante, en varios centros, se recogen datos relacionados con la experiencia de los pacientes, así como aspectos relacionados con sus resultados médicos, no siendo estrictamente PREMs/PROMs, si son datos de una valiosa información, relacionados con la atención sanitaria a los pacientes, pudiendo servir como puente al uso y estandarización de los PREMs y PROMs en la organización. Identificar qué puntos son considerados relevantes por los pacientes podría ser importante para una gestión sanitaria, que coloca al paciente en el centro del proceso.

OBJETIVO

Identificar qué aspectos han sido motivo de satisfacción e insatisfacción en los pacientes ingresados en un hospital de 3º nivel.

MATERIAL

Se recoge la opinión tras el alta hospitalaria de los pacientes hospitalizados durante el mes de febrero de 2025. Los servicios clínicos que participaron fueron: Medicina Interna, Ginecología, Obstetricia, Unidad de mama, Cirugía General, ORL, Vascular, Urología, Oftalmología, Cardiología, Digestivo, Pediatría, Hematología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Infecciosas, Oncología, Nefrología, Psiquiatría, Endocrinología, UCI, Reumatología, Radiología Intervencionista, Dermatología y Traumatología. La opinión se recoge mediante texto libre a través de Smartphone.

RESULTADOS

Se recogieron 613 respuestas.

Principales causas de satisfacción:

- Trato y amabilidad: Muchos pacientes destacan la cercanía, el cariño y la empatía del personal médico, de enfermería y de apoyo. Se valora la actitud humana y profesional que se refleja en cada interacción.
- Calidad de la atención médica Se resalta la eficacia en la resolución de problemas de salud, la profesionalidad de los equipos y la atención personalizada recibida durante la estancia.
- Buena comunicación e información: Varios comentarios positivos alaban la claridad y la forma en que se explican los procedimientos y el estado del paciente.
- Servicios complementarios: Algunos pacientes valoran positivamente aspectos como la calidad de las comidas y el ambiente general, lo que contribuye a una experiencia hospitalaria positiva.

Principales causas de insatisfacción:

- Infraestructura y confort: Se mencionan frecuentemente las habitaciones pequeñas, la falta de mobiliario adecuado (como sillones o mantas) y limitaciones en el espacio (dificultades para el acceso al baño o para moverse en compañía).
- Lentitud y demoras: Se reclama la demora en la atención en urgencias, en el traslado de pacientes (incluso en el alta) y la falta de agilidad en la realización de pruebas.
- Deficiencias en servicios complementarios: Algunos pacientes se han mostrado insatisfechos por la falta de ciertos servicios, como la ausencia de Wifi, la falta de servicios de peluquería o la repetitividad y calidad percibida de la comida.
- Coordinación: Se han señalado problemas relacionados con la coordinación, por ejemplo, cambios frecuentes de médicos o protocolos poco claros.

CONCLUSIONES

Trato y amabilidad, profesionalidad e información del estado del paciente fueron las principales causas de satisfacción. El estado de las infraestructuras, la demora en la realización de algunas pruebas diagnósticas, la demora en la atención en Urgencias y el cambio frecuente de médico responsable del paciente durante la hospitalización, fueron los principales aspectos relacionados con la insatisfacción del paciente.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



481

131 EL PAPEL DE LA ENFERMERA COORDINADORA NOCTURNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Pascuet Gonfaus, M¹; Boumsahi Ouhai, N¹; Sala Moliné,¹; Pastor Asperó, MC¹; Boix Gravalosa, I¹

¹ Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital comarcal, la figura de coordinación nocturna es ejercida por una enfermera, abarcando un amplio espectro de responsabilidades que combinan gestión, supervisión y liderazgo en el ámbito sanitario. La coordinadora actúa como nexo esencial entre el personal del turno de noche y la dirección de enfermería.

OBJETIVO

El objetivo principal es coordinar eficazmente las actividades de enfermería durante el turno nocturno, incluyendo:

- Gestión estratégica de recursos humanos según las necesidades del servicio.
- Planificación y organización de servicios de enfermería.
- Fomento de la formación continua y desarrollo profesional.
- Garantía de calidad y seguridad en la atención al paciente.
- Gestión administrativa y resolución de conflictos.
- Promoción de la comunicación y liderazgo efectivos.
- Atención directa al paciente cuando sea necesario.
- Comunicación directa con la dirección de enfermería.

MATERIAL

El beneficiario directo de la coordinación es el personal y equipamiento sanitario durante el turno de noche.

La coordinadora proporciona apoyo presencial durante todo el turno nocturno. El éxito en este rol requiere formación específica en gestión de recursos humanos, liderazgo de equipos y experiencia relevante.

Las cualidades clave incluyen empatía, versatilidad, experiencia en gestión y práctica clínica, y habilidades de resolución de problemas.

El método utilizado para valorar la necesidad y el beneficio de tener esta figura es la comparación entre el antes y el después de disponer de la coordinadora: usamos datos de coberturas, conflictos entre el personal y pacientes y la gestión de la carga de trabajo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con la figura de la enfermera coordinadora del turno de noche destacamos:

- Mejora en el manejo de los niveles de estrés del personal sanitario gestionando conflictos entre personal y/o pacientes de forma directa y temprana.
- Aumento de la calidad y seguridad en la atención al paciente.
- Cobertura efectiva de ausencias de personal y gestión de recursos asistenciales entre servicios.

CONCLUSIONES

La implementación de una Coordinadora de Enfermería nocturna optimiza los recursos humanos y materiales mediante una distribución equitativa del personal basada en las necesidades de cuidados, garantiza los recursos necesarios en todo momento, aporta mejoras y resuelve conflictos.

142 ENFERMERÍA PROACTIVA EN OFTALMOLOGÍA: TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE PACIENTES

Rodríguez López, RM¹; Rodríguez López, RM²; Barranquero Fuentes, A²; Camacho Megía, MC²; Ruiz, MP²; Arroyo Plaza, G²; Sánchez Enano, MI²

¹ Sescam; ² HGU CR

INTRODUCCIÓN

El análisis de la lista de espera en el servicio de oftalmología reveló la necesidad de optimizar la atención de pacientes con patologías recurrentes, específicamente aquellos con diabetes y enfermedades reumatoideas. Estos colectivos presentan un alto riesgo de desarrollar complicaciones oculares, lo que genera una demanda significativa de consultas especializadas. Ante esta situación, se diseñaron circuitos específicos para mejorar la atención preventiva, reducir los tiempos de espera y priorizar la intervención oftalmológica en los casos que realmente lo requieren.

OBJETIVO

El objetivo de esta iniciativa es mejorar la atención oftalmológica preventiva de pacientes diabéticos y con enfermedades reumatoideas mediante la creación de circuitos específicos. Esta estrategia busca optimizar el uso de los recursos disponibles, reducir la sobrecarga en las consultas de oftalmología y asegurar una detección temprana y eficiente de complicaciones oculares.

MATERIAL

Para la implementación se realizó lo siguiente:

- 1. Identificación de colectivos prioritarios:** Se analizaron los datos de la lista de espera y se identificaron los pacientes diabéticos y reumatológicos como los grupos con mayor frecuencia de derivación.
- 2. Creación de una consulta de enfermería oftálmica:** Se habilitó una consulta específica donde el personal de enfermería realiza las pruebas necesarias para el seguimiento.
- 3. Protocolización del proceso asistencial:** Se definieron los procedimientos a seguir en la consulta de enfermería, incluyendo la realización de pruebas diagnósticas estandarizadas.
- 4. Criterios de derivación:** Se establecieron parámetros claros para la derivación al oftalmólogo en función de los resultados de las pruebas. Solo aquellos pacientes con parámetros anómalos son remitidos para valoración especializada.
- 5. Seguimiento de pacientes con resultados normales:** Estos pacientes continúan con sus revisiones programadas sin necesidad de intervención oftalmológica inmediata.

RESULTADOS

La implementación de estos circuitos específicos ha permitido una notable mejora en la gestión de la lista de espera en oftalmología. Entre los principales logros destacan:

- **Optimización de recursos:** El tiempo de los oftalmólogos se destina prioritariamente a los casos que requieren intervención especializada.
- **Atención preventiva eficaz:** La consulta de enfermería facilita la detección temprana de complicaciones, mejorando el pronóstico de los pacientes.
 - **Reducción de tiempos de espera:** Al canalizar adecuadamente a los pacientes, se disminuye la presión sobre las consultas médicas y se acortan los plazos de atención. Este modelo de atención ha demostrado ser una estrategia eficiente y replicable para otras especialidades con patologías recurrentes, consolidando el papel de la enfermería en la gestión sanitaria proactiva y eficiente.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta iniciativa reflejan el impacto positivo de la creación de circuitos específicos en la atención oftalmológica preventiva de pacientes con diabetes y enfermedades reumatoideas. La implementación de una consulta de enfermería oftálmica ha demostrado ser una estrategia eficiente para optimizar el uso de recursos, priorizar la atención especializada y mejorar la calidad asistencial.

En primer lugar, se ha conseguido una notable reducción de los tiempos de espera, al canalizar adecuadamente a los pacientes según la necesidad real de intervención oftalmológica. Esto ha permitido disminuir la sobrecarga en las consultas médicas y destinar el tiempo de los oftalmólogos a los casos que verdaderamente requieren una valoración especializada.

Además, la atención preventiva proporcionada en la consulta de enfermería ha facilitado la detección precoz de complicaciones oculares, mejorando el pronóstico de los pacientes y asegurando un seguimiento adecuado. La protocolización de los procedimientos y la definición clara de los criterios de derivación han contribuido a estandarizar el proceso asistencial y garantizar una atención homogénea y de calidad.

En conclusión, esta estrategia no solo ha mejorado la gestión de la lista de espera en oftalmología, sino que también ha reforzado el papel de la enfermería en la atención sanitaria, consolidando un modelo replicable en otras especialidades con patologías recurrentes.

152 ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

Cerezo Sanmartín, M¹; López Alegría, R²; Pedreño Barceló, AL²; Cinesi Gómez, C²; Albaladejo Pérez, L²; Baeza Alcaraz, A²

¹ Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud; ² Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

El proceso de la comunicación en una organización sanitaria es muy complejo. En un entorno social y sanitario cada vez más digitalizado el uso del correo electrónico corporativo es fundamental para la comunicación institucional. El uso de esta herramienta es muy desigual entre profesionales de base y otros con funciones técnicas o directivas. En nuestra área de salud, nos planteamos desde las direcciones y gerencia un programa formativo a modo de píldoras para dar a conocer los beneficios del correo electrónico corporativo.

OBJETIVO

- Promover el uso del correo electrónico corporativo.
- Mejorar la comunicación interna de la institución con el uso de esta herramienta.
- Identificar beneficios y desafíos asociados con el uso del correo electrónico en el ámbito sanitario.

MATERIAL

Desde el área de formación continuada, compuesta por personal administrativo, sanitario e informático, realizamos un programa formativo a modo de píldoras dirigido a toda la organización que tratara los beneficios del uso de esta herramienta, para la comunicación corporativa y en concreto para la difusión y gestión de las actividades de formación e investigación.

Entre enero y febrero de 2024 se realizaron formaciones de veinte minutos de duración en las unidades de enfermería y servicios médicos, donde se trataban los beneficios asociados con su uso, rapidez y accesibilidad frente al correo personal.

Un año después (febrero 2025) se ha enviado un cuestionario a los participantes que realizaron las formaciones a través de Microsoft Forms para evaluar el uso del correo corporativo.

RESULTADOS

Asistieron a las formaciones de 20 minutos de duración 309 profesionales de las direcciones de enfermería y médica. Los resultados del cuestionario post están pendientes de validar.

CONCLUSIONES

1. El correo electrónico corporativo es una herramienta valiosa para la comunicación entre profesionales en el ámbito sanitario.
2. El uso del correo electrónico corporativo facilita a los gestores de la información del Área de Salud la gestión y comunicación de las actividades de formación.
3. Se recomienda establecer políticas claras y proporcionar información sobre los beneficios de su uso frente al correo personal.
4. Con el uso del correo corporativo garantizamos la protección de la privacidad del ámbito personal.

167 EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Gómez Santana, A¹; López Carrillo, I¹; Amat Baeza, G¹; Fontana Campos, M¹; García Fernández, C¹; Saa Requejo, C¹

¹ Hospital Universitario Infanta Sofía

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria integral busca garantizar una adecuada experiencia del paciente y acompañantes. La Unidad de Diálisis de este hospital de segundo nivel atiende a 61 pacientes que acuden en diferentes medios de transporte en turnos de mañana y tarde. Consideramos importante conocer la experiencia del paciente al tratarse de un área crítica del hospital que presta servicio a pacientes crónicos que acuden semanalmente durante años.

OBJETIVO

Conocer la calidad percibida y la experiencia del paciente en la Unidad de Diálisis e identificar áreas de mejora que puedan perfeccionar la experiencia del paciente.

MATERIAL

Se elaboró el mapa de la experiencia del paciente en el segundo semestre de 2021. Se definió la ruta del paciente partiendo desde su llegada al hospital para acudir a diálisis y terminando al salir del hospital. Se seleccionaron seis pacientes que llevaban en hemodiálisis desde 6 meses a 30 años. Se empleó un diseño de estudio mixto: durante las sesiones se realizó una encuesta sobre accesibilidad, instalaciones, profesionales de hemodiálisis e información al paciente y dos preguntas abiertas acerca de la experiencia vivida la primera vez que se dializó y su visión actual. La finalidad era conocer aspectos positivos de la experiencia del paciente en el servicio, identificar áreas de mejora de aquellos aspectos valorados negativamente y determinar la satisfacción percibida por los pacientes con posterior implantación de acciones de mejora programadas para 2022.

RESULTADOS

Los profesionales fueron valorados muy positivamente (conocían las necesidades de cada paciente generando seguridad y confianza). La información recibida era clara, concisa y comprensible. El acceso al hospital, parking de diálisis e instalaciones fueron valorados positivamente.

Se identificaron como áreas de mejora: señalización hacia la Unidad de Diálisis, colocación de toldo en parking, renovación de mantas y almohadas, regulación temperatura, facilitar auriculares y disminución del ruido ambiental.

CONCLUSIONES

La elaboración del mapa de experiencia permitió conocer aspectos positivos de la experiencia del paciente en hemodiálisis, así como identificar áreas de mejora de aquellos aspectos valorados negativamente e implantar las correspondientes acciones correctivas. Estos datos nos permiten rediseñar el camino del paciente incrementando la calidad y la eficiencia del manejo clínico y poniendo el foco en las actividades más valoradas por el paciente.

182 GESTIÓN DE LOS DESCUBIERTOS EN LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.

Vallés Ruiz, N¹; Alcina, T¹; Tur Montero, M¹; García Mingorance, A¹; Vargas Trigueros, MI¹; Visedo López, JA¹

¹ SON ESPASES

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2024, en nuestro hospital hemos abonado a sus trabajadores un total de 1.455.146 euros en concepto de prolongaciones de jornada (PDJ) y liquidaciones.

Esto es debido a descubiertos generados en las unidades por diversas causas, las cuales analizaremos.

OBJETIVO

Analizar las causas por las cuales los mandos intermedios del personal de enfermería enfrentan el reto de gestionar los descubiertos diarios por diversas causas, tales como:

- Enfermedades y bajas cortas que no se pueden cubrir inmediatamente.
- Contratos que no llegan a tiempo por falta de profesionales disponibles o contención de gastos.

MATERIAL

Con los datos aportados por el control de gestión económica del hospital, se ha realizado un análisis para determinar el impacto económico.

RESULTADOS

Con el dinero pagado en 2024, se podrían haber contratado aproximadamente los siguientes efectivos:

- 12 Enfermeros/as
- 17 Técnicos/as Especialistas

CONCLUSIONES

En nuestro hospital, las supervisoras gestionan estas incidencias, si bien es laborioso, permite cubrir las áreas con personal formado a través del recurso PDJ.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



486

184 GESTIÓN DEL CAMBIO ANTE LA INCERTIDUMBRE

Bennasar Obrador, MA¹; Gallardo Bonet, S¹; Antonio, MJ¹; Sobrino Luengo, S¹; Agüera Ortiz, FJ¹

¹ Hospital Universitari Son Llàtzer-Servei Salut I.Balears

INTRODUCCIÓN

Un Servicio de Salud está implementando un programa de normalización e interoperabilidad de la Historia Clínica con el objetivo estratégico de lograr un modelo de sistema de información multicentro, orientado al paciente, interoperable en todos sus niveles y colaborativo.

El alcance del proyecto supone que al finalizar se utilizará un único sistema de información sanitaria para un hospital de nivel 3, cuatro hospitales de nivel 2 y tres hospitales de cuidados intermedios.

Hasta el momento del cambio el sistema de información utilizado en los diferentes hospitales es el mismo en todos ellos, pero con versiones, desarrollos y funcionalidades heterogéneos, motivo por el cual, la gestión del cambio no puede plantearse de la misma forma.

El hospital que nos ocupa, de nivel 3, dispone de multitud de desarrollos departamentales propios, incluida una aplicación que da soporte a los procesos enfermeros y de los que el resto de los hospitales no disponen.

OBJETIVO

Dada la relevancia que supone el cambio de sistema de información para nuestro hospital, el equipo de gerencia se plantea la necesidad de incorporar capas de gestión adicionales a las que plantea el proyecto a nivel corporativo con el objetivo de minimizar las consecuencias derivadas de la incertidumbre en cuanto a la funcionalidad que supondrá el nuevo sistema de información.

MATERIAL

La curva del cambio de Kübler-Ross es un modelo que permite conocer y comprender las etapas psicológicas que atraviesan las personas al experimentar un cambio significativo que se percibe como una pérdida. Este modelo, desarrollado originalmente para describir las etapas del duelo, se ha adaptado ampliamente para la gestión del cambio en las organizaciones. Las etapas identificadas son: negación, resistencia, exploración y aceptación.

Ser conscientes de que todos los implicados iban a pasar por estas etapas de forma natural e inevitable permitió anticipar las reacciones de las personas y planificar estrategias para apoyar a los profesionales durante el proceso de cambio.

Facilitar herramientas a los profesionales para ayudarles en la transición por cada una de las etapas hasta lograr la aceptación del cambio se ha materializado a través de la identificación de los agentes del cambio, estrategias de comunicación, jornadas de divulgación y la formación necesaria para entrenar y adquirir el conocimiento y habilidades necesarias para la implantación final.

RESULTADOS

- Mejorar la comprensión y gestión de las reacciones emocionales.
- Planificación estratégica específica para cada fase y grupo de interés.
- Reducir la resistencia al cambio al abordar las preocupaciones y miedos de los profesionales de manera proactiva.
- Aumento del compromiso al sentirse los profesionales más apoyados y valorados.
- Fomento de la innovación y mejora continua desde el momento que se superan las etapas iniciales de resistencia y los profesionales empiezan a ver las oportunidades que implica el cambio.
- Lograr el cumplimiento cronológico del desarrollo del proyecto.

CONCLUSIONES

- Es crucial un enfoque estratégico de la gestión del cambio.
- Anticiparse a las resistencias permite minimizar sus consecuencias.
- Es importante valorar las oportunidades y no centrarse en los problemas.
- En la transformación digital es vital no descuidar el desafío humano.
- Es necesario abordar las preocupaciones individuales.
- Es imprescindible identificar y empoderar a los profesionales comprometidos con el cambio.
- La transformación digital va más allá de la adopción de nueva tecnología, es una oportunidad para revisar los procesos asistenciales y la relación con el paciente.
- No se deben subestimar el tiempo y los recursos necesarios para el cambio.

199 HABILITACIÓN DE UN ÁREA DE PREHOSPITALIZACIÓN DEPENDIENTE FUNCIONALMENTE DEL SERVICIO DE ADMISIÓN

Jiménez Molina, JL¹; Romero Espinosa, I¹; Jiménez Molina, JL¹; Almagro Ruiz, EM¹; Pujalte Ródenas, V¹; Miranda López, C¹; Soler García, R²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud; ²Hospital Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos de la gestión hospitalaria es la optimización del recurso cama.

En la gran mayoría de los casos, la estancia la determina la situación clínica del paciente y la mayor o menor intensidad de pruebas diagnósticas o interconsultas interservicio que precisa, prolongando las estancias hospitalarias.

Por otra parte, la demanda quirúrgica absorbe gran cantidad de camas, sobre todo en hospitales de referencia regional, como es el caso de La Arrixaca, donde confluyen las patologías complejas del resto de hospitales del Servicio Murciano de Salud e, incluso de otros hospitales de fuera de la región de Murcia.

Todas estas circunstancias repercuten en la falta de camas para los ingresos urgentes y la consiguiente demora en el ingreso de estos pacientes.

En nuestro hospital se habilitó un espacio de prehospitalización en la planta -2, donde se ingresaban provisionalmente los pacientes en espera de la disponibilidad de la cama definitiva en la planta de destino.

Al no ser un espacio destinado originalmente a hospitalización no disponía de las condiciones deseables para la permanencia de pacientes. Esto nos generó disfunciones en el trabajo diario de los profesionales e incomodidades relevantes para los pacientes.

Como consecuencia de lo anterior tuvimos muchas reclamaciones de los pacientes y familiares.

Para mejorar este problema, se habilitó una planta de estándar del hospital (6ª Centro) para ubicar estos pacientes. La gestión de la planta depende directamente de Admisión que decide y prioriza el flujo de pacientes en ella y los profesionales dependen del Servicio de Urgencias.

A raíz de este cambio han disminuido significativamente las reclamaciones por condiciones de estancia de los pacientes, como se aprecia en la tabla. (Tabla I)

OBJETIVO

Habilitar en el Hospital un área de "prehospitalización" que garantice la asistencia clínica a los pacientes y asegure una adecuada intimidad, seguridad y condiciones de hostelería idóneas.

MATERIAL

Análisis retrospectivo de las reclamaciones presentadas en el Servicio de Atención al Usuario por las condiciones del área de prehospitalización.

El periodo analizado han sido los 2 meses siguientes a la apertura de la planta 6ªC y el mismo periodo de los dos años anteriores.

RESULTADOS

Como puede apreciarse en los datos de las reclamaciones, han disminuido de forma drástica, siendo 2 a partir de la nueva ubicación del área de prehospitalización.

Hemos pasado de más de 50 reclamaciones en los años previos a la práctica supresión de las mismas. (Tabla I).

Nº de reclamaciones	2023	2024	2025
Enero	29	37	2
Febrero	25	19	0
Total	54	56	2

Tabla I

CONCLUSIONES

La elevada presión asistencial que sufre el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca genera demoras no deseables en el proceso de ingreso de los pacientes.

Ante la falta de espacio físico en el Servicio de Urgencias, se habilitó un espacio en la planta -2. A pesar de poder garantizar la adecuada asistencia clínica, las condiciones de hostelería no eran las idóneas, tratándose de una sala común con separaciones entre pacientes muy someras e insuficientes espacios de espera de familiares o aseos. Este hecho generó frecuentes reclamaciones.

Al habilitar una unidad de camas convencionales de hospitalización se suprimieron todos los problemas de intimidad, comodidad, acompañamiento por familiares, etc. Esta mejora ha supuesto la desaparición de reclamaciones por estos aspectos, así como la satisfacción de todos los profesionales que trabajan en esa área ante las buenas condiciones en las que están los pacientes en situación de "preingreso".

209 HUMANIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA: UN COMPROMISO CON LA DIGNIDAD Y LA INCLUSIÓN

Boluda Aguilar, ML¹

¹ Servicio Murciano de Salud; Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)

INTRODUCCIÓN

La humanización de la asistencia sanitaria es esencial para la calidad del sistema de salud, especialmente en la atención a personas con discapacidad. A pesar de los avances en accesibilidad, aún existen deficiencias en la comunicación y adaptación de entornos que aseguren una atención digna y empática. Aunque no hay mala intención, la falta de formación específica en el ámbito sanitario crea barreras que afectan la autonomía y bienestar de estos pacientes. La dificultad para entender sus necesidades y la falta de estrategias de comunicación adecuadas generan exclusión no intencionada. Por ello, es crucial diseñar estrategias formativas que desarrollen competencias en accesibilidad y trato adecuado.

OBJETIVO

El objetivo es resaltar la necesidad de formación para profesionales de la salud en el trato a personas con discapacidad, mejorando la atención a través de competencias en comunicación, empatía y respeto. Se busca eliminar barreras para garantizar una asistencia accesible y adaptada a sus necesidades.

MATERIAL

Se ha llevado a cabo una revisión de la accesibilidad en el entorno sanitario y su impacto en la atención a pacientes con discapacidad analizando diversos aspectos clave:

- **Infraestructura y accesibilidad física:** Evaluación de la adaptación arquitectónica en hospitales y centros sanitarios, incluyendo la presencia de rampas, pasamanos, señalización adaptada etc.
- **Accesibilidad comunicativa:** Identificación de barreras lingüísticas y cognitivas en la relación paciente-profesional y análisis de estrategias de comunicación eficaz, como el uso de lenguaje sencillo, pictogramas y apoyos visuales.
- **Formación en humanización:** Revisión de programas de capacitación dirigidos a profesionales sanitarios para mejorar la interacción con estos pacientes.

Para ello, se han considerado estudios previos sobre accesibilidad en salud, normativas nacionales e internacionales de inclusión y experiencias de pacientes y familiares. Asimismo, se han analizado iniciativas formativas ya implementadas en diversos centros sanitarios y su impacto en la calidad asistencial.

RESULTADOS

Los resultados evidencian que la falta de accesibilidad y formación específica en discapacidad repercute negativamente en la asistencia sanitaria de estos pacientes. Se identificaron dificultades en tres áreas principales:

- **Infraestructura y movilidad:** Ausencia de adaptaciones arquitectónicas adecuadas, lo que dificulta la autonomía de los pacientes en entornos sanitarios.
- **Comunicación y comprensión:** Los pacientes enfrentan barreras para entender los procedimientos médicos, generando ansiedad y resistencia al tratamiento.
- **Atención humanizada:** La falta de formación sobre discapacidad para el personal del ámbito sanitario conlleva dificultades en el trato, afectando la calidad del cuidado y la protección de la intimidad.

Las iniciativas formativas orientadas a mejorar la comunicación y la accesibilidad han demostrado ser efectivas, reduciendo la frustración de los pacientes, mejorando la interacción con los profesionales y promoviendo un entorno sanitario más inclusivo.

CONCLUSIONES

La accesibilidad no se limita a la adaptación física de los espacios, sino que debe abarcar la comunicación, la comprensión y el respeto a la individualidad de cada paciente. La implementación de programas de formación específicos para profesionales es fundamental para garantizar un trato adecuado, empático y respetuoso con las personas con discapacidad.

Las instituciones sanitarias deben adoptar una visión integral de la humanización, tratando a cada paciente con dignidad y respeto. Es fundamental garantizar su derecho a entender los procedimientos médicos, promover su autonomía y adaptar la comunicación a sus necesidades para lograr una atención más inclusiva.

Este trabajo rinde homenaje a las personas con discapacidad que han sido invisibilizadas por un sistema que necesita mejorar. Es un tributo a quienes, como mi hermano, nos han enseñado que la inclusión se basa en el respeto y la comprensión, y nos recuerda la importancia de luchar por una sanidad accesible para todos.

229 IMPACTO DEL INGENIERO INDUSTRIAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Avellaneda Zamorano, M¹; Ramos, MC¹; García, E¹

¹ Servicio Murciano de Salud, Hospital Virgen del Castillo de Yecla

INTRODUCCIÓN

La gestión y el mantenimiento de un hospital comarcal requieren una estructura organizativa eficiente que garantice la seguridad, operatividad y cumplimiento normativo de sus instalaciones. En este contexto, el papel del ingeniero industrial se vuelve fundamental para coordinar tareas de mantenimiento, supervisar proyectos de mejora y garantizar el cumplimiento de regulaciones técnicas.

OBJETIVO

La presente investigación explora la importancia de contar con un ingeniero industrial en un hospital comarcal y cómo su presencia impacta en la calidad del servicio, la seguridad de los usuarios y la eficiencia de los recursos.

MATERIAL

Para desarrollar esta investigación, se han analizado diversas fuentes normativas, como el Código Técnico de Edificación, el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión, el Reglamento de Aparatos a Presión y el Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios. Además, se han realizado entrevistas con profesionales del sector hospitalario, incluyendo ingenieros industriales, responsables de mantenimiento y personal administrativo, con el fin de conocer de primera mano las necesidades y retos de la gestión técnica en hospitales comarcales. Se analizaron también informes de eficiencia energética y proyectos de mejora en diversos centros de salud para evaluar el impacto de la gestión ingenieril en el ámbito hospitalario.

RESULTADOS

Los hallazgos de la investigación destacan que un hospital comarcal, por pequeño que sea, requiere un servicio de ingeniería para abordar distintos aspectos:

- 1. Mantenimiento y seguridad:** Se requiere una supervisión constante del cumplimiento de normativas para garantizar la seguridad de las instalaciones. Esto incluye la gestión de mantenimientos preventivos, correctivos y técnico-legales, esenciales para asegurar el correcto funcionamiento del hospital y centros de salud asociados.
- 2. Gestión de proyectos:** La reforma y ampliación de instalaciones hospitalarias demandan un control especializado. Un ingeniero industrial es clave para la redacción de pliegos técnicos, revisión de proyectos, coordinación con empresas externas y seguimiento de la calidad de las obras realizadas.
- 3. Eficiencia energética:** La optimización del consumo de energía en el hospital es una tarea prioritaria. Un ingeniero industrial puede realizar estudios de eficiencia energética para garantizar el uso racional de los recursos y promover estrategias sostenibles.
- 4. Gestión de recursos y personal:** La organización de la plantilla de mantenimiento, la asignación de tareas y la coordinación con servicios externos forman parte del día a día de la gestión hospitalaria. El ingeniero industrial cumple un rol esencial en la optimización del tiempo y recursos humanos.
- 5. Búsqueda de financiación:** La obtención de fondos europeos y ayudas económicas requiere una planificación técnica adecuada. Un ingeniero puede gestionar la solicitud de subvenciones y elaborar informes que respalden los proyectos de mejora hospitalaria.
- 6. Transversalidad del ingeniero industrial:** La formación de un ingeniero industrial le permite abordar problemas complejos, trabajar con intensidad y abarcar múltiples áreas al mismo tiempo. Esto le da una posición estratégica dentro de la dirección de un hospital, situándolo en línea con la gerencia y dirección de gestión.
- 7. Estructura de la dirección hospitalaria:** La dirección de un hospital comarcal debe contar con un gerente, un director de gestión y un ingeniero industrial. Los edificios hospitalarios son infraestructuras industriales, por lo que la presencia de un ingeniero industrial en la dirección permite una mejor coordinación con ingenieros técnicos, personal de mantenimiento y servicios centrales de salud.
- 8. Capacidad de resolución de problemas:** La formación de un ingeniero industrial le permite resolver problemas complejos con una visión global, facilitando la toma de decisiones y la implementación de soluciones eficientes.

CONCLUSIONES

La presencia de un ingeniero industrial en un hospital comarcal no solo es recomendable, sino necesaria. La diversidad de tareas y responsabilidades que implica la gestión de un centro hospitalario exige la intervención de un profesional capacitado para garantizar la seguridad, eficiencia y desarrollo de las instalaciones.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



490

233 IMPLANTACIÓN DE DIETA ADAPTADA PARA PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Montiel Fernández, N¹; Delgado Martín, N¹; Granell Navarro, J¹; Martínez Chavez, A¹; Abad Almendro, JC¹

1Hospital Universitario HLA Moncloa

INTRODUCCIÓN

La disfagia se define como la alteración o dificultad en el proceso de la deglución. La disfagia orofaríngea (DOF) es un concepto anatómicamente más restringido que expresa una alteración en el transporte del alimento o las secreciones endógenas (saliva) desde la boca al esófago.

Este síntoma puede afectar a los pacientes en diversos grados, en especial a aquellos de edad más avanzada. Se estima que globalmente afecta al 10-15% de los pacientes ingresados en hospitalización de agudos, siendo más prevalente en algunas patologías como la enfermedad cerebrovascular, los trastornos neurodegenerativos (principalmente Alzheimer y Parkinson) y los cánceres de cabeza y cuello.

Es práctica habitual pautar dietas "espesas" o tipo "turmix" a este grupo de pacientes, pero sin hacerlo de una manera individualizada y protocolizada para cada enfermo.

En este contexto, surge la necesidad de adaptar la dieta a las capacidades de deglución de los pacientes, para garantizar una ingesta segura y adecuada, con un óptimo aporte nutricional, que facilite una correcta condición física.

OBJETIVO

El objetivo es establecer una sistemática en el manejo de las dietas de pacientes con disfagia dentro del hospital, acorde a las recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC), reduciendo así la morbimortalidad asociada a esta patología, mejorar el estado nutricional y por otro lado, alcanzar ser un centro acreditado por la SEORL-CCC para el tratamiento de esta patología.

MATERIAL

Nuestro hospital carecía de un protocolo para pautar dieta específica para los pacientes con DOF por parte de los profesionales. La petición habitual era "dieta turmix espesa y gelatinas", "no líquidos" "purés con sobres de espesante", siempre sujeta a cierta subjetividad. Tampoco existía una elaboración protocolizada por parte del servicio de cocina. Con la participación de la nutricionista del hospital, logopedia y servicio ORL y el apoyo desde la Dirección del hospital se diseñaron dietas adaptadas, se compró robot de cocina "coupe", así como texturizadores y espesantes; y se capacitó al personal de cocina mediante formación. Se cambió el uso de gelatina por agua gelificada que mantiene su consistencia en boca y reduce riesgo de broncaspiración.

RESULTADOS

Hemos conseguido cambiar la pauta de "dieta turmix" o "dieta espesa" por "dieta para disfagia tipo pudding", homogenizando su petición, hemos reducido el impacto económico de la compra de espesantes pautados en planta de hospitalización, así como su sobrestock. En julio de 2024 conseguimos el sello-acreditación de la SEORL-CCC como centro para tratamiento de la disfagia. Esta acreditación contribuyó a que el personal tuviera mayor confianza y competencia en la preparación de las dietas, lo que mejoró la calidad del servicio, disminuyendo el número de bandejas que eran devueltas a cocina en estado íntegro.

CONCLUSIONES

La creación de una dieta protocolizada adaptada para pacientes con disfagia orofaríngea, combinada con el uso de herramientas como el robot coupe, espesantes y texturizadores, simplifica el proceso de su pauta y contribuye a la calidad asistencial. Este protocolo de actuación ha permitido obtener el reconocimiento de la SEORL-CCC como centro hospitalario para tratamiento de la disfagia. La formación del personal y el trabajo multidisciplinar es crucial para el éxito de este tipo de intervenciones.

245 IMPLEMENTACIÓN DE MICROSOFT TEAMS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN SANITARIA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO

Hernández Pereña, M¹; García García, ²; Zaballos García, M²; García Martín, AI²; Álvarez Bartolomé, M ²

¹Subdirector médico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital G.U. Gregorio Marañón, IISGM

INTRODUCCIÓN

En el marco de la gestión sanitaria, la comunicación eficaz y la transparencia son elementos clave para el funcionamiento óptimo de los centros quirúrgicos. En este contexto, se ha implementado un Equipo de Microsoft Teams con el objetivo de mejorar la comunicación interdisciplinar, la transparencia y la eficiencia en el Centro Quirúrgico. Esta iniciativa busca abordar los desafíos operativos y administrativos mediante el uso de herramientas digitales avanzadas.

OBJETIVO

El objetivo principal de esta iniciativa es optimizar la gestión operativa del Centro Quirúrgico mediante la implementación de un Equipo de Microsoft Teams. Se busca mejorar la eficiencia, la transparencia y la comunicación horizontal y directa entre los distintos estamentos implicados. Además, se pretende fomentar una cultura de colaboración y responsabilidad compartida, donde cada miembro del equipo pueda contribuir activamente a la mejora continua de los procesos.

MATERIAL

La implementación del Equipo de Microsoft Teams se llevó a cabo entre marzo y abril de 2024. Actualmente, el equipo cuenta con 1 propietario y 114 miembros, que representan todos los estamentos implicados en el trabajo en el Centro Quirúrgico. Estos incluyen el equipo directivo, jefes y responsables de servicio y sección, jefas de departamento y área, supervisoras, coordinadoras de técnicos, gobernantas y personal administrativo de los distintos servicios. La diversidad de roles y responsabilidades dentro del equipo asegura una perspectiva integral y multidisciplinar en la toma de decisiones.

RESULTADOS

Desde su implementación, se han establecido progresivamente diversas funcionalidades en el Equipo de Microsoft Teams. Entre ellas se incluyen:

1. Cuadro de mandos de seguimiento diario de lista de espera quirúrgica: Desarrollado en Microsoft Power BI, este cuadro de mandos permite un seguimiento detallado y actualizado de la lista de espera quirúrgica. Los datos se visualizan de manera clara y accesible, facilitando la identificación de áreas críticas y la toma de decisiones informadas.
2. Asignación de quirófanos mensual: Mediante un Excel compartido, protegido y dinámico, se registran todos los cambios aplicados, facilitando una gestión más eficiente de los recursos quirúrgicos. Este sistema permite una planificación anticipada y una rápida adaptación a cambios imprevistos, asegurando la continuidad del servicio.
3. Canal específico para la gestión de cambios de asignación de quirófano y nuevas solicitudes: Este canal permite una comunicación rápida y eficaz para la resolución de cuestiones operativas. La transparencia en la gestión de solicitudes y cambios de asignación contribuye a una mayor confianza y colaboración entre los miembros del equipo.

CONCLUSIONES

La implementación del Equipo de Microsoft Teams en el Centro Quirúrgico ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la eficiencia, la transparencia y la comunicación interdisciplinar. La integración de funcionalidades como el cuadro de mandos de seguimiento diario, la asignación de quirófanos y el canal específico para la gestión de cambios ha permitido una gestión más ágil y eficaz de las operaciones quirúrgicas. Esta experiencia destaca la importancia de las herramientas digitales en la optimización de la gestión sanitaria y su impacto positivo en la calidad del servicio ofrecido.

Además, la iniciativa ha fomentado una cultura de colaboración y responsabilidad compartida, donde cada miembro del equipo puede contribuir activamente a la mejora continua de los procesos. La implementación de Microsoft Teams ha permitido una comunicación más horizontal y directa, eliminando barreras y facilitando la resolución rápida de cuestiones operativas. En conclusión, esta experiencia subraya el potencial de las herramientas digitales para transformar la gestión sanitaria y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios ofrecidos.

258 INCORPORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Rodríguez Morales, D¹; Carmen, JG²; Camacho Hernández, A³; García Cubero, MC²; Sanz Del Oso, JJ³

¹ Servicio Madrileño de Salud; ² SERMAS; ³ Consejería Salud Digital

INTRODUCCIÓN

Incorporar la experiencia del paciente mediante PREM (Patient Reported Experience Measures) y PROM (Patient Reported Outcomes Measures) en la práctica clínica es esencial para mejorar la calidad de la atención. Implementarla sistemáticamente facilita la toma de decisiones informadas y la humanización de la atención sanitaria, centrando los servicios en las necesidades y percepciones de los pacientes.

OBJETIVO

General: Mejorar la atención de los pacientes mediante intervenciones motivadas por los resultados comunicados a través de PREM y PROM.

Específicos:

- Crear una metodología específica para el diseño, captación y análisis de resultados en salud enfocados en aspectos de alto valor para los pacientes.
- Fomentar la participación del paciente en los procesos asistenciales.
- Desarrollar tecnología para recoger las experiencias de los pacientes.

MATERIAL

El programa se desarrolló con enfoque multidisciplinar que integra a expertos en diversas áreas: clínicos y gestores, tanto del ámbito hospitalario (AH) como de atención primaria (AP), sistemas de información, calidad e investigación y pacientes expertos. Se acordó ponerlo en práctica en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), al tener un Proceso Asistencial Integrado (PAI) que coordina la atención entre ámbitos.

La metodología se dividió en tres etapas:

1. Diseño del programa:

- Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Definición del objetivo.
- Inclusión: se realiza en el hospital con pacientes ingresados, por insuficiencia cardíaca, en los servicios de Cardiología o Medicina Interna.
- Puntos de interacción: PROM: Se envían los cuestionarios Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) y Morisky-Green a los 2, 4, 6 meses y, posteriormente, cada 6 meses. PREM: Un cuestionario a las 24h tras alta de hospitalización (elaboración propia) y el cuestionario IEXPAC a los 6 meses y, después, anualmente. Ante reingresos, los clínicos pueden reiniciar la secuencia de envío de cuestionarios. Los cuestionarios son recibidos por los pacientes en su Tarjeta Sanitaria Virtual (TSV), en su móvil, desde donde los cumplimentan y envían. Antes del alta hospitalaria, aseguramos que el paciente tiene descargada la aplicación y sabe acceder. Además, se le informa de la utilidad de estos cuestionarios para mejorar su atención.

2. Planificación de la puesta en marcha del programa:

- Se desarrolla:
 - Plataforma con acceso integrado desde los HIS de AH y AP, desde donde incluir, recibir y valorar las respuestas emitidas.
 - Módulo en TSV donde los pacientes reciben y envían sus respuestas. Aunque se ha comenzado con IC, la plataforma permitirá abordar la experiencia en otras patologías.
- Diseño y puesta en marcha de un piloto, con tres hospitales y centros de salud de referencia.
 - Evaluación del programa:
 - Diseño de los indicadores de evaluación.
 - Comparación entre los centros participantes en el piloto.

RESULTADOS

Se han alcanzado los objetivos específicos. Se ha elaborado un documento con la metodología empleada para poder aplicar con otras patologías. El interés suscitado, el apoyo institucional y los recursos tecnológicos han facilitado el liderazgo clínico y la participación de los pacientes. La plataforma tecnológica ya está en funcionamiento y permitirá crear una biblioteca de proyectos para facilitar la incorporación de más centros sanitarios. El análisis de los resultados obtenidos con la progresiva inclusión de pacientes y la incorporación de otras patologías permitirá valorar la consecución del objetivo general, así como la comparación entre centros participantes.

CONCLUSIONES

La incorporación de la experiencia del paciente en la práctica clínica habitual es bien acogida y considerada necesaria por clínicos, pacientes y gestores. El liderazgo clínico y la sistematización de una metodología permiten superar las dificultades iniciales al abordar proyectos novedosos. El conocimiento de los pacientes expertos permite alcanzar un equilibrio entre la obtención de información y facilitar la adherencia al programa. El apoyo directivo, tanto sanitario como de digitalización, ha sido clave.

279 INTRODUCCIÓN DEL TERCER SECTOR COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA.

Fuertes De Gilbert Rivera, B¹; Berraondo Fraile, J²; Sanz Delgado, O²; Sánchez Sáez, M²; Martín Arroyo Jiménez, JJ¹; Lluch Garvi, V²

¹Hospital Joan March; ²Hospital Son Llàtzer

INTRODUCCIÓN

El perfil de los pacientes hospitalizados en un hospital de atención intermedia (HAI) ha cambiado considerablemente en los últimos años, siendo casos cada vez más complejos, con comorbilidad, fragilidad y necesidades a múltiples niveles. Esta situación requiere intervenciones más especializadas para lograr la recuperación funcional de los pacientes y su bienestar global. Sin embargo, en ocasiones, estas intervenciones se ven limitadas por la falta de recursos disponibles en los hospitales. En este contexto, la integración de terapias complementarias, especialmente aquellas promovidas por el Tercer Sector, se presenta como una solución eficaz para apoyar la recuperación de los pacientes. La colaboración entre el Tercer Sector y el sector público ha demostrado ser una herramienta clave para potenciar la atención asistencial, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente, eficiente y sostenible.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es introducir actividades complementarias provenientes del Tercer Sector, enfocadas a la recuperación funcional así como mejorar otras necesidades en varias dimensiones (cognitivo, anímico, emocional...) de los pacientes hospitalizados en un hospital de atención intermedia (HAI). Estas actividades buscan complementar las terapias habituales para mejorar los resultados en la salud y el bienestar de los pacientes

MATERIAL

Para llevar a cabo este proyecto, se realizó un estudio de necesidades y tras ello se contactó con diversos agentes y entidades que forman parte de la red del Tercer Sector en nuestra comunidad. Se han desarrollado y formalizado proyectos conjuntos a través de convenios de colaboración, los cuales han sido evaluados por la dirección del centro según su impacto potencial en la recuperación de los pacientes. Las actividades seleccionadas complementan las terapias convencionales ofrecidas durante la hospitalización, contribuyendo a un proceso de recuperación más integral y eficiente. Entre estas actividades se encuentran: Talleres de retos cognitivos, Huerto terapéutico, musicoterapia y actividades lúdicas y de sociabilización, a las que acuden previa selección y según perfil los pacientes hospitalizados.

RESULTADOS

Estas actividades han incrementado significativamente el tiempo de actividad de los pacientes durante su ingreso, potenciándose la recuperación funcional y el mantenimiento de las capacidades previas, en especial a nivel cognitivo y anímico. Además, se ha observado una mejora en los indicadores de calidad de la atención, así como en la satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares.

La colaboración del Tercer Sector con los hospitales ha demostrado ser fundamental para mejorar la atención asistencial. Las iniciativas de este sector, como los programas de apoyo y las alianzas estratégicas, refuerzan los vínculos entre los diferentes actores involucrados en el sistema de salud. Este enfoque ha promovido una atención más centrada en el paciente, eficiente y sostenible, beneficiando no solo a los pacientes y sus familias, sino también a los trabajadores y profesionales de la salud, que experimentan un entorno más colaborativo y eficiente, lo que potencia su bienestar. Además, estas mejoras contribuyen al bienestar general de la comunidad, promoviendo una atención más integral y accesible, lo que, a su vez, fortalece el sistema de salud en su conjunto.

CONCLUSIONES

- La colaboración con agentes del Tercer Sector es clave para el abordaje integral multidimensional de los pacientes en hospitales de atención intermedia (HAI), en especial para fomentar su autonomía y recuperación funcional.
- El desarrollo de proyectos terapéuticos enfocados en el perfil específico de los pacientes hospitalizados en HAI potencia su recuperación y contribuye a su bienestar integral.
- La presencia del Tercer Sector en más centros hospitalarios en el futuro posiblemente mejorará la calidad asistencial, ofreciendo un enfoque más holístico y personalizado para los pacientes.
- Las iniciativas del Tercer Sector no solo mejoran la atención de los pacientes, sino que también generan un impacto positivo en el entorno laboral de los profesionales de la salud y en la comunidad en general, fortaleciendo el sistema de salud.
- Estos programas ponen de manifiesto la importancia de una gestión hospitalaria holística e integral así como la relevancia del Tercer Sector, destacando cómo la colaboración con los sectores público y privado mejora la atención asistencial y fortalece el sistema de salud en su conjunto.

289 LA IMPORTANCIA DEL COLECTIVO ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: PRIMERA EDICIÓN DE UNA JORNADA PARA DAR PROTAGONISMO Y VISIBILIDAD.

Iglesias Guerra, V¹; Iglesias Guerra, V²; Blanco Landete, N³; De La Cruz Vizcaino, S⁴; Bañuelos Martínez, S²; Balcells Martínez, E⁵; García Miralles, R²

¹Hospital Clínic Barcelona; ²Dirección Económica Financiera, Hospital Clínic Barcelona; ³ICMID, Hospital Clínic Barcelona; ⁴Àrea de Urgències, Hospital Clínic Barcelona; ⁵Relaciones Institucionales, Hospital Clínic Barcelona

INTRODUCCIÓN

La primera edición de esta jornada administrativa es un proyecto que surge por iniciativa de la Dirección Económica-Financiera y la Dirección para las Personas de un centro hospitalario.

OBJETIVO

Con esta jornada se pretendía dar protagonismo al colectivo administrativo en el ámbito de un hospital universitario de tercer nivel, en el que las funciones y proyectos médico-asistenciales, tienen habitualmente, más visibilidad.

MATERIAL

Para la organización de esta jornada, se realizaron las siguientes funciones:

- Creación de un comité organizador formado por profesionales administrativos/as de diferentes áreas y ámbitos, tanto asistenciales como de gestión.
- Diseño y coordinación del programa de la jornada y creación del lema asociado a la jornada
- Proyectos: Formularios de presentación, creación del comité técnico y de la plantilla corporativa de presentación, selección y clasificación por temática de los proyectos finalistas.
- Formulario de inscripción, registro de participantes y gestión de los certificados acreditativos de asistencia.
- Difusión interna de la jornada en colaboración con el área de comunicación del hospital.
- Contacto y gestión de proveedores externos: audiovisuales, y colaboradores externos contratados, para realizar las actividades de la jornada.

RESULTADOS

La primera edición de esta jornada administrativa fue el punto de encuentro de más de 300 profesionales administrativos y administrativas del centro hospitalario.

Durante la jornada se presentaron un total de 12 proyectos repartidos en tres mesas de debate: gestión de procesos, gestión de documental y de comunicación.

Sobre el contenido de los proyectos presentados, se realizó un divertido juego interactivo de preguntas y respuestas, que motivó la participación de los asistentes y dio paso, a una puesta en común de proyectos de mejora continua, que se llevan a cabo en el ámbito administrativo.

Además, se compartió una actividad inspiradora y motivadora por parte de una pedagoga, especializada en disciplina positiva. También se disfrutó de una actividad lúdica y participativa con la presencia, de un grupo de teatro.

La jornada se cerró con la actuación y celebración, del décimo aniversario del coro del hospital. Creado por iniciativa de un profesional administrativo que actualmente, está al frente del grupo de profesionales que lo forman.

CONCLUSIONES

El éxito de la jornada nos ha llevado a seguir trabajando para próximas ediciones y a la creación de un espacio en la intranet del centro hospitalario.

Este espacio sirve como punto de encuentro del colectivo administrativo del hospital en el que se puede crear sinergias, compartir información, contenidos, proyectos e iniciativas que puedan surgir tanto para nuevas ediciones de la jornada, así como, para participar en jornadas y congresos de otros centros y/o asociaciones sanitarias.

292 LA LABOR DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Bernal Belijar, I¹; Olmos Sánchez, A²; Sanz Bermúdez, MH²; Pérez Torrente, P²; Abril Caballero, A²

¹ Servicio Murciano de Salud. Área II; ² Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

El departamento de Coordinación Administrativa, nace como consecuencia de la necesidad de integrar las acciones de coordinación y apoyo a la Subdirección de Gestión Económico Administrativa (SGEA) del Área y a los Servicios dependientes de ella, con respecto a departamentos externos como pueden ser Servicios Centrales y diferentes Órganos de fiscalización, haciendo paralelamente de interlocutor entre estos últimos y el Área de Salud.

OBJETIVO

- Coordinar acciones que afecten a uno o varios Servicios dependientes de la SGEA del Área e incluso con Servicios no dependientes de la misma.
- Llevar a cabo el seguimiento de los requerimientos en plazo y las recomendaciones emitidas por Control Interno y la Intervención del Servicio de Salud, para así asegurar sus cumplimientos.
- Servir de apoyo en las actividades comunes a los Servicios que, por acumulación de trabajo esporádica, lo necesiten.
- Conseguir la excelencia en la calidad de la gestión administrativa para que la coordinación entre los Servicios dependientes de la SGEA sea eficiente y efectiva.

MATERIAL

Se creó el departamento específico, dependiendo directamente de la SGEA. Para conseguir sus objetivos, este departamento estudia y ejecuta dentro del Área, las Instrucciones dictadas por los Órganos superiores del Servicio de Salud, coordinando en tiempo y forma, el envío de documentación de los diferentes Servicios implicados. Coordina de forma transversal y da apoyo en el seguimiento de la ejecución de los Planes de acción del Área y las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control y fiscalización del Servicio de Salud, actuando como punto de comunicación directo con ellos. Gestiona la documentación y proyectos de nuevos programas dentro de su ámbito de acción. Se involucra y participa en la consecución de objetivos de los departamentos dependientes de la SGEA, como puede ser la realización y la actualización de los diferentes procedimientos de cada uno de esos departamentos.

RESULTADOS

- Con la sincronización de los recursos, hemos logrado unidad, certidumbre y una mayor agilidad y rapidez en el desarrollo de los objetivos, a la vez que orden, consistencia y acercamiento de los métodos de trabajo a todos los Servicios.
- Canalización de la comunicación con Control Interno del Servicio de Salud y otros órganos de fiscalización, en un solo departamento. Esto nos ha llevado a la homogeneidad en el envío de los requerimientos.
- Mejora continua en el control de actividades que afectan a varios Servicios, profesionalizando aún más su trabajo y el trabajo en equipo.
- Ahorro de tiempo a la Dirección y a los responsables de los Servicios, facilitando y ordenando su trabajo y la toma de decisiones.
- Cumplimiento de un 100%, en tiempo y forma, del envío de documentación a órganos externos e internos. Con anterioridad, era cada Servicio quien se encargaba de su envío y muchas veces el resultado era que no se enviaba completo no se enviaba en plazo.

CONCLUSIONES

Analizados los resultados, podemos llegar a la conclusión de que la labor del departamento de Coordinación Administrativa, ha contribuido al entendimiento, cooperación y comunicación entre los Servicios dependientes de la Subdirección de Gestión Económico Administrativa, ofreciendo mayor profesionalización y resultados en calidad a todos ellos.

295 LEAN KATA: EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES COMO CLAVE DE ÉXITO

Uría Álvarez, E¹; Uria Álvarez, E¹; Muñoz Claver, P¹; Durán López, E¹; Martínez Olondris, P¹; Voltes Sabaté, A¹; Saló Bartoli, S¹

¹ Hospital Clinic Barcelona

INTRODUCCIÓN

La metodología Lean Kata combina los principios del Lean Management con el concepto “Kata” proveniente de las artes marciales japonesas.

En el ámbito de la sanidad, Lean Kata se enfoca en optimizar la eficiencia de los procesos y mejorar la calidad de los servicios de salud para reorganizar los procesos mediante la implementación de rutinas y prácticas que fomentan la toma de decisiones, la resolución de problemas y el liderazgo del equipo.

También implica monitorizar los resultados, identificar problemas, realizar ajustes del procedimiento y de los indicadores en caso necesario y detectar oportunidades de mejora efectivas con objetivos claros que puedan implementar cambios efectivos.

OBJETIVO

Objetivo general:

- Implementar un programa de mejora del proceso de asistencia a nuestros pacientes aplicando la metodología Lean Kata

Objetivos específicos:

- Optimización de los recursos materiales y humanos del servicio
- Detectar nuevos aspectos organizativos susceptibles de mejora e instaurar acciones correctoras.
- Garantizar la adherencia a los circuitos establecidos mediante el seguimiento de los indicadores derivados del proyecto

MATERIAL

En la unidad de Neumología entre los años 2018 y 2022 se aplicó la metodología Lean para mejorar los procesos de alta antes de las 12 h e ingreso en la unidad antes de las 16 h.

En septiembre de 2024, siguiendo el ciclo de mejora continua de Deming (Plan-Do-Check-Act), se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para el seguimiento y mejora del proyecto. En este grupo, liderado por dos expertas en la metodología Lean Kata, participan ocho profesionales: 4 de ellos cuya actividad se desarrolla el servicio (una administrativa, dos enfermeras y un médico), un técnico de sistemas de la información, una analista y una técnica de la Dirección de Estrategia y la enfermera clínica (responsable en el Departamento de la calidad y seguridad asistencial).

Aunque el liderazgo metodológico recae en nuestra técnica superior experta en Lean, antes del inicio del proyecto, se realiza una breve introducción a esta metodología de trabajo con el objetivo de capacitar a los diferentes integrantes del grupo en estas técnicas de mejora continua.

Se establece un cronograma de reuniones periódicas donde se analiza en profundidad la evolución de los indicadores del cuadro de mandos. Durante el análisis de estos, se objetivan tanto aspectos de mejora de proceso como de resultados. Por otro lado, también se verifica la fiabilidad de los indicadores y la calidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

El análisis de la evolución del proceso y de los motivos o factores que contribuyen a la no consecución de los objetivos, generan propuestas de mejora; una vez implementadas se evalúa el impacto en el siguiente control de indicadores y el equipo reflexiona sobre si la hipótesis de partida que ha generado esas acciones concretas obtiene los resultados esperados, generando unos aprendizajes en los cuales participa todo el equipo.

Se definen un total de 3 ajustes de proceso cuya evolución es monitorizada a través de los cuadros de mando.

CONCLUSIONES

La metodología Lean Kata, fomenta la mejora continua, ayuda a reducir errores y aumenta la eficiencia y eficacia del proceso asistencial.

Contar con equipos multidisciplinarios que trabajen de manera coordinada con un mismo propósito es imprescindible para garantizar el éxito de este tipo de proyectos.

Por otro lado, es importante la presencia de un líder experto en el análisis de procesos basados en esta metodología para desarrollar todo el potencial del equipo y capacitar a los profesionales para que sean los futuros líderes del proyecto.

303 MANUAL DE ESTILO ATENCIÓN CONTINUADA. FORMAS DE COMUNICACIÓN Y ACTUACIÓN

López López, D¹; Segura Ruiz, R¹; Castro Ruiz, MJ¹; Lopera Moreno, A¹; Gutiérrez Vera, ML¹; Rodríguez Sánchez, E¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

La Atención Continuada, es la representación del Hospital ante los usuarios, dentro de las muchas funciones que realizan está la gestión de recursos humanos del hospital, las que conllevan el mejor manejo posible de relación y comunicación, somos nosotros quien comunicamos y a su vez nos comunicamos, ya sea con pacientes, familiares... o los propios profesionales de nuestra institución.

La comunicación que tiene como fin la satisfacción de ambas partes, en muchas ocasiones se verá afectada o modificada según quien sea nuestro interlocutor y cuales sean sus expectativas o necesidades.

Se hablará de comunicación en líneas generales para posteriormente desglosar las intervenciones y actuaciones de Atención Continuada según a la persona o situación a la que irán dirigidas.

OBJETIVO

Garantizar una atención de calidad a nuestros usuarios, pero también de cercanía y respeto con nuestro equipo.

La atención que le daremos al usuario será como a nosotros nos gustaría que nos atendieran.

Lograr que, al compartir información, el mensaje sea comprendido.

MATERIAL

Está basado en los componentes de la comunicación. Para que la comunicación sea efectiva, es esencial que ambos participantes comprendan el código y el contexto del mensaje. La comunicación es fundamental en todas las áreas de la vida humana, ya que permite la interacción social, el aprendizaje y la resolución de conflictos, para nuestro equipo es la base para la resolución en situaciones complicadas, defender nuestros intereses e incluso evitar malas interpretaciones.

Se estableció un grupo de trabajo con dirección de enfermería y supervisores de atención continuada, revisión de literatura y elaboración del manual. Posteriormente se llevó a cabo un plan de comunicación interna al resto del equipo de supervisión de enfermería, difusión en página web y elaboración de un código QR para su consulta.

RESULTADOS

La eficacia y el resultado de la comunicación, aunque es responsabilidad de ambas partes, el mayor peso recae sobre el emisor, de ahí que sea tan importante la forma en que comunicamos.

Debemos conocer también que barreras nos podemos encontrar y como usando ciertos recursos, habilidades y sentido común, poder superarlos.

La percepción, la motivación y las expectativas pueden influir a la consecución, o no, de un objetivo común.

Nos enfrentamos a una gran diversidad de situaciones durante nuestra jornada laboral, situaciones que requieren de muchas habilidades ya adquiridas en nuestro equipo, el perfil de los usuarios que nos solicitan es cada vez más variado y con cuestiones de muy diversa índole, lo que nos hace actuar basándonos principalmente en el sentido común, pero si son necesarias unas directrices comunes y realizables (siempre que sea posible) por todo el equipo.

Se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción cuyos resultados serán presentados en la defensa de esta comunicación.

CONCLUSIONES

Los dos principales pilares para una comunicación o atención de calidad con nuestros usuarios son la igualdad y equidad, junto con estos pilares, se deben marcar líneas a seguir en la atención:

- Una escucha activa, empática y asertiva.
- Siempre que nos soliciten, si es posible y dentro de nuestras competencias, acudiremos para atender la petición del usuario o profesional que nos requiera.
- Seremos nosotros quien nos desplazaremos, en la medida de lo posible.
- No debemos realizar juicios morales previos a la atención, puesto que eso ya supone una barrera, muchas veces inconsciente, a la atención que vamos a realizar.
- Importante saber con quién están hablando.
- Mostrar en todo momento amabilidad y profesionalidad, cortesía y buenas maneras.
- Tener presente siempre el derecho a la intimidad.

330 NEURODERECHOS Y EL RESPETO A LAS PERSONAS: UNA GESTIÓN ÉTICA Y LEGAL EN EL ÁMBITO DIRECTIVO SANITARIO.

García Blanco, A¹

¹Secretaría General del SECAM

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo analiza el grado de conocimiento que tienen los directivos sobre los neuroderechos y su impacto en las personas, dada la importancia que tiene esta materia, ya que estos derechos protegen la privacidad mental, la identidad personal y la autonomía cognitiva en un mundo dominado por las neurotecnologías. Se ha utilizado una encuesta para conocer el grado de conocimiento de esta materia por profesionales directivos de la salud. Los resultados destacan la importancia de regular estas tecnologías para garantizar los derechos fundamentales. Las conclusiones proponen estrategias claras para fomentar su aplicación efectiva, y la necesidad de desarrollar y formar en este material.

OBJETIVO

Los avances en neurotecnología han generado oportunidades y riesgos. Estos avances pueden vulnerar derechos fundamentales relacionados con la mente humana. Los neuroderechos son un marco emergente para proteger la privacidad, la libertad y la identidad personal. Este trabajo busca:

- Analizar la relevancia de los neuroderechos en el contexto actual y su conocimiento por parte de directivos sanitarios.
- Identificar los principales riesgos de las neurotecnologías en las personas.
- Proponer medidas para garantizar su cumplimiento.

MATERIAL

La metodología empleada tiene carácter mixto: Análisis Documental, donde se revisó la bibliografía en este material, y mediante encuesta dirigida a personal directivo

Se confeccionó y dirigió una encuesta a 59 profesionales directivos sanitarios, con al menos 3 años de experiencia en enero de 2025 entre los días 13 y 26, con el objetivo de identificar el grado de conocimiento de los directivos sobre neuroderechos, para medir actitudes hacia la regulación de neurotecnologías. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos mediante la utilización de Excel.

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos recogidos en la encuesta, se observa que en cuanto al nivel de conocimiento y la relevancia que tiene para los encuestados la materia de neuroderechos y la experiencia que sobre esta materia han tenido, resulta:

- a) El **nivel de conocimiento sobre neuroderechos** es Medio 22,45% siendo **bajo o muy bajo en un 73,74%**. Solamente resulta alto para un 4,08%
- b) Respecto a la **relevancia** que tiene para los encuestados esta materia, para un **93,88% resulta muy relevante-relevante**, resultando poco relevante para el resto
- c) En cuanto a la **experiencia** que hayan podido tener los encuestados en su campo profesional sobre neuroderechos, un **81,63% no han tenido experiencia alguna**, no estando seguro de ello el 12,24%. Un 6,12% manifiesta haber tenido experiencia en este campo.

En cuanto a la **regulación jurídica**, manifiestan que es muy importante-importante llevarla a cabo en un **89,80%** mientras que un 10,20, lo consideran nada o poco importante.

Por último y en cuanto a **formación** un 91,84% manifiesta que no ha recibido formación en esta materia, estando interesados en formarse un 97,96%.

Respecto al análisis documental sobre esta materia, solamente se ha encontrado una escasa regulación jurídica tras una revisión de marcos legales, tratados internacionales y documentos éticos sobre neurotecnología.

CONCLUSIONES

- Los neuroderechos son esenciales para proteger la privacidad mental y la autonomía cognitiva.
- Existe una falta de conocimiento generalizado sobre estos derechos.
- Las leyes actuales son insuficientes para enfrentar los retos de las neurotecnologías, siendo necesario un marco legal que regule su uso.
- La formación es clave para fomentar la protección de estos derechos.

En cuanto a sugerencias o recomendaciones a adoptar en vista de los resultados obtenidos:

- Promover leyes específicas sobre neuroderechos en todos los países.
- Establecer protocolos éticos y fomentar la investigación interdisciplinaria sobre este tema.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



499

349 PACIENTE Y RESIDENTE: UNA INICIATIVA PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN

Gracia Val, P¹; García Herrero, I¹; Gracia Val, P¹; Tajada Gasco, A¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención no solo depende de los conocimientos técnicos, sino también de la capacidad del profesional para comprender las necesidades emocionales y sociales del paciente. La iniciativa "Paciente y Residente" busca mejorar la atención de los profesionales del mañana mediante sesiones de diálogo junto con asociaciones de pacientes.

OBJETIVO

Concienciar a los residentes sobre la importancia de considerar la perspectiva del paciente en su práctica diaria y fomentar la empatía, la reflexión y la colaboración en la atención.

MATERIAL

El programa se basa en sesiones de diálogo entre residentes, profesionales y pacientes. En cada sesión, los residentes presentan casos reales en los que han sentido que no tenían herramientas para llevar distintas situaciones. A continuación, se discuten estrategias de atención y se reflexiona sobre la importancia de la humanización de la atención. La prueba piloto se ha llevado a cabo en el servicio de Oftalmología, con el objetivo de expandirlo a otras áreas donde sea más necesario, como Oncología y otros servicios hospitalarios.

RESULTADOS

Los residentes han manifestado una mayor conciencia sobre la importancia de la comunicación con el paciente, destacando mejoras en su capacidad de escucha activa y comprensión de las preocupaciones de los pacientes. Además, las asociaciones han reportado una percepción positiva del programa, resaltando su utilidad para mejorar la atención.

CONCLUSIONES

La iniciativa "Paciente y Residente" es una estrategia efectiva para fortalecer la formación de los profesionales del mañana, promoviendo una atención más humana y centrada en el paciente. Su implementación en los servicios que más lo necesiten, como Oncología, contribuirá a mejorar la relación profesional-paciente y la calidad asistencial.

359 PLAN DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

Tijeras Bonillo, LM¹; Vidao Ferriz, MDM¹; Ramos Bosquet, G¹; Tijeras Bonillo, LM¹; López Pascual, J¹; De Las Heras Martínez, J¹; Ruiz Beltrán, RM¹

¹ Hospital Universitario Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

La correcta gestión de la Incapacidad laboral Transitoria (IT) puede marcar la diferencia en el bienestar de los empleados, en balance con la eficiencia operativa. Deben considerarse múltiples factores: salud, esfera psicosocial y plano normativo. Así, fomentar la salud, el bienestar y la participación de los trabajadores/as en el ámbito laboral beneficia no sólo a las personas empleadas y a las empleadoras, sino a la sociedad en su conjunto. Además, reduce la accidentabilidad y las enfermedades, especialmente las crónicas.

En este contexto, cada euro invertido en programas de PST genera un retorno de la inversión de entre 2,5 y 4,8 euros en absentismo y de entre 2,3 y 5,9 euros en costes de enfermedad. En definitiva, se consigue una disminución significativa de los costes de la seguridad social, al reducir los costes sanitarios hasta un 26,1%, las incapacidades temporales o permanentes, las pensiones, etc.

OBJETIVO

Los objetivos son optimizar los tiempos de la IT y mejorar el bienestar laboral de los profesionales, alineándose con el objetivo del contrato programa "Control del absentismo en profesionales" y con la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo.

MATERIAL

En febrero 2023, se creó la Comisión de IT, grupo de carácter colaborativo formado por profesionales de los diferentes colectivos implicados en la gestión (Dirección enfermería, Dirección económico-administrativa, Atención al profesional, Prevención de riesgos laborales).

Se instauró la figura del enfermero de Gestión de IT, que actúa como nexo entre la comisión y los profesionales, concibiéndose como un recurso para el profesional que sufre una IT. Sus actividades se centran en la gestión y priorización de citas médicas, pruebas diagnósticas, gestión de baja laboral evitando visitas al médico de familia y seguimiento del caso y necesidades del profesional.

Se realizó una monitorización mensual de las tasas de absentismo y contabilización del gasto anual derivado de IT en el periodo de enero a diciembre de 2023 y enero a diciembre de 2024.

Además, se instauraron medidas de salud en el entorno laboral, que incluyen:

- Consulta deshabituación tabáquica (individual y grupal) (prescripción enfermera...)
- Taller escuela de espalda.
- Recomendaciones preventivas en los exámenes de salud: consejo básico y entrega trípticos informativos (sueño, alimentación, ejercicio físico).
- Integración de la prevención de riesgos laborales en el plan anual de formación.

RESULTADOS

Las tasas de absentismo se redujeron del 6,97% en 2022 al 4,31% en 2023 y 4,13% en 2024, resultando en este ejercicio 1,54 puntos inferior a la media de la Comunidad Autónoma, y 2,11 puntos inferior a la media de los centros de características similares en el sistema.

El gasto por IT en nuestro centro descendió de 8,2 a 5,5 millones de €, suponiendo una importante reducción del gasto.

CONCLUSIONES

La comisión de IT de los centros resultó de gran valor para la gestión adecuada de la IT a través de una comunicación efectiva y el cumplimiento de requisitos legales.

Como elementos de mejora, observamos la necesidad de establecer planes específicos para colectivos y puestos de trabajo con mayores tasas de IT, estableciendo medidas de prevención y recursos sanitarios. Además, parece necesario articular un procedimiento legal para asignar Médicos por desplazamiento dentro de la provincia donde desempeña su trabajo (temporalidad).

373 PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO DE PETICIONES DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Ferrer Sancho, F¹; Ortin Pina, EM¹; Isern Pou, M¹; Morla Barceló, Mv; Llompart Cerda, M¹; Ferrer Bestard, J¹

¹ Hospital Comarcal de INCA

INTRODUCCIÓN

Hasta 2024 en el hospital se realizaban las peticiones y autorizaciones de contratación de personal estatutario temporal de manera manual a través de una solicitud en papel por parte del responsable de la Unidad de que se tratase.

Esta solicitud era autorizada por la Dirección Médica o Enfermera (según la categoría del personal solicitado) más la Dirección de Gestión y la Gerencia, que la firmaban manualmente.

Los inconvenientes que este procedimiento genera son numerosos: un proceso lento con autorizaciones y firmas en papel, datos no digitalizados que se deben volver a introducir en el sistema a mano, posible pérdida de información a lo largo de la tramitación del proceso y falta de explotación de los datos.

En un hospital calificado como "sin papeles" este procedimiento era inadmisibles.

OBJETIVO

Mejorar la gestión de las peticiones de contratación de personal temporal mediante la implantación de un procedimiento electrónico para: facilitar la realización de dichas peticiones por parte de los responsables de Unidad, garantizar la fidelidad de los datos durante todo el proceso, permitir la explotación de dichos datos y eliminar el papel de la ecuación

MATERIAL

En el 2025 se ha implantado una herramienta telemática para la gestión de todo el proceso de petición y autorización de contratación de personal estatutario temporal. En la Intranet del Hospital se crea un acceso directo para todos los usuarios autorizados.

Para llegar a esta solución se creó un grupo de trabajo multidisciplinar en donde se pusieron de manifiesto las necesidades y requerimientos, y se propusieron soluciones técnicas.

Una vez implementada la herramienta telemática se abrió un periodo de tres meses en entorno de pruebas. Durante este período se introdujeron diversas mejoras.

A principios de 2025, previa formación a los usuarios, entra en operativo la herramienta telemática para la gestión de todo el proceso de petición y autorización de contratación de personal estatutario temporal.

RESULTADOS

La implementación de la herramienta telemática ha supuesto una mejora significativa en la gestión de las peticiones de contratación de personal temporal. Se ha reducido el tiempo medio de tramitación de solicitudes, eliminando la necesidad de firmas manuales y la duplicación de datos. Además, la digitalización del proceso ha permitido una mejor trazabilidad de las solicitudes, evitando pérdidas de información y facilitando el acceso a los datos en tiempo real.

Desde su puesta en marcha, se ha observado una mayor eficiencia en la comunicación entre los responsables de unidad, la Dirección y el departamento de RRHH. La posibilidad de generar informes y exportar datos ha mejorado la planificación y el control de las necesidades de contratación. La herramienta ha sido bien aceptada por los usuarios, quienes destacan su facilidad de uso y la agilización del proceso.

CONCLUSIONES

La digitalización del procedimiento de contratación de personal temporal ha permitido optimizar tiempos de gestión, reducir errores y garantizar la trazabilidad de la información. La integración de esta herramienta ha mejorado la coordinación entre los diferentes actores del proceso, asegurando una mayor fiabilidad y accesibilidad de los datos.

Además, la eliminación del papel en este trámite se alinea con la estrategia del hospital de avanzar hacia una gestión más eficiente y sostenible. La experiencia demuestra que la transformación digital de los procesos administrativos en el ámbito sanitario es un factor clave para mejorar la eficacia operativa y la toma de decisiones basada en datos.

375 PROFESIONALES 12: NUEVO HOSPITAL RESISTENCIA U OPORTUNIDAD

Serrano León, T¹; Quirós González, V¹; Martínez De Pancorbo González, MDC¹

¹ Hospital Universitario ¹² de Octubre

INTRODUCCIÓN

El profesional sanitario debe entender que un nuevo hospital es algo más que un cambio de edificio. Supone una oportunidad de incorporar novedades en la gestión y revisión de procesos de trabajo, además de las novedades arquitectónicas. Con motivo del traslado al nuevo edificio de hospitalización del Hospital 12 de Octubre, proponemos hacer una evaluación y diagnóstico de la salud psicosocial en el trabajo de los profesionales del Hospital 12 de octubre, por lo tanto medimos para mejorar.

OBJETIVO

El objetivo general del presente proyecto es gestionar de forma adecuada el cambio a un nuevo hospital. Mejorar la Satisfacción Profesionales del H12O, midiendo de una manera diferente y proponer el cambio

MATERIAL

- Difusión y realización encuestas
- Entrevistas presenciales Grupos Focales
- Benchmarking Interno
- Benchmarking Externo
- Reuniones con el equipo WANT de la UJI, familiarización con esta terminología y método
- Metodología HERO (Healthy and Resilient Organizations)

RESULTADOS

Propuestas por parte de los profesionales para mejorar las condiciones de trabajo.

1. Sala de Lactancia
2. Guardería
3. Teletrabajo
4. Salas multifunción (biblioteca, reuniones, desconexión, descanso)
5. Gimnasio: Local en el Hospital/ convenio con los polideportivos del Ayuntamiento/ actividades deportivas: equipos de fútbol, ciclismo, tenis, senderismo), parking de bicicletas vigilado.
6. Restauración, mayor variedad en menús cafetería: buffet de ensaladas, rincón del poke, rincón vegetariano, frutas, menos grasas. Máquinas de vending: saludables, con frutas.
7. Actividades coordinadas para actividades extralaborales: cultura, música, baile, coro.
8. Transformación tecnológica y optimización de las herramientas de acceso a la información para profesionales.

CONCLUSIONES

Tras hacer el análisis se detectan 4 grandes grupos en los que se deben realizar medidas de mejora:

- Comunicación
- Conciliación
- Bienestar
- Diversidad generacional

384 PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACIÓN: BUSCANDO LA RETENCIÓN DE TALENTO

Querol Vallés, E¹; Palacios García, M¹; Domingo Criado, R¹; Niebla Bellido, M¹; Martínez Gea, C¹; Prats Barrera, J¹

¹ Hospital Clínic Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en su informe “Situación enfermera en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo”, expone que en 2030 se prevé un déficit de 5,7 millones de profesionales en todo mundo. En el mismo documento plantea, por un lado, la necesidad de incrementar en un 8% el número de graduados y, por otro lado, la necesidad de mejorar nuestra capacidad de liderarlos y fidelizarlos a nivel institucional.

Fomentar la formación continuada en las instituciones, así como conocer las necesidades y competencias de los profesionales, son aspectos cruciales para fomentar un ambiente favorable y seguro para el desempeño de sus funciones. Permite también establecer vínculos con los equipos y la institución que favorezcan la sensación de pertenencia y la retención del talento enfermero.

A continuación, describimos el proceso de creación e implementación de un programa formativo de acogida para profesionales de enfermería de nueva o reciente incorporación en el departamento de cuidados cardiovasculares de un hospital de tercer nivel.

OBJETIVO

Objetivo general del programa educativo:

- Favorecer la retención de nuestros profesionales.

Objetivos específicos:

- Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades y cuidados específicos según la tipología de paciente
- Disminuir la variabilidad en la administración de los cuidados.
- Garantizar la seguridad y la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros pacientes.

MATERIAL

Programa de formación continuada en formato híbrido, para enfermeras de nueva incorporación en el departamento, con una carga lectiva de 7 horas; distribuidas en 5h impartidas telemáticamente y 2 horas de taller presencial.

En la parte on-line se abordan, en un primer bloque, aspectos generales relacionados con la organización del departamento y la presentación de los diferentes servicios y perfiles profesionales con que contamos. En el segundo bloque se presentan cinco casos clínicos que permiten recorrer con los profesionales todo el proceso asistencial de nuestros pacientes en los diferentes procesos: Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco, cirugía cardíaca y vascular.

Para el taller presencial se establecen grupos reducidos de 5 personas donde, a través de casos clínicos y el análisis de escenarios, se refuerza la práctica basada en la evidencia y la adherencia a las guías de buenas prácticas. Se dan a conocer los principales indicadores de calidad, cómo se obtienen los datos y se incide en la importancia de realizar un buen registro. Se crea un espacio de confianza donde los profesionales pueden expresar dudas y hacer propuestas que mejoren, por un lado, la atención a nuestros pacientes desde un punto de vista de calidad asistencial y seguridad clínica y, por otro lado, la acogida a nuestro centro de los profesionales de nueva incorporación.

Siguiendo la metodología de mejora continua de Deming, después de cada edición se analizan aspectos susceptibles de mejora y se modifican estrategias formativas para dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

RESULTADOS

El programa se inaugura noviembre de 2024 con 20 profesionales formados y un alto grado de satisfacción tanto de los docentes como de los alumnos. Debido al número de solicitudes previstas para el 2025, se amplió la oferta formativa a 30 profesionales al año. En el mes de febrero ya se han cubierto todas las plazas disponibles para 2025 y se ha tenido que programar una edición extraordinaria para poder dar respuesta a la demanda de nuestros profesionales.

CONCLUSIONES

Los programas formativos híbridos permiten establecer vínculos con los profesionales que favorezcan la sensación de pertenencia, el compromiso con los equipos y la institución, y su fidelización. A la vez que favorecen la incorporación y consolidación de conocimientos teórico-prácticos, la integración de estrategias de comunicación efectiva y la práctica reflexiva.

388 PROTOCOLO O GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN SOCIAL EN LA ADMINISTRACIÓN

Nicolás Fernández, MJ¹; Alejo Morales, L²; Lizán Fernández, IM²; Segovia Miralles, E²; Martínez Rubio, I²; Sáez Solano, E²

¹ Servicio Murciano de Salud - Hospital General Universitario Santa Lucía; ² Servicio Murciano de Salud Área II

INTRODUCCIÓN

Dentro del departamento de Recursos Humanos, se encuentran ubicados varios servicios encadenados entre sí en relación a las funciones que se realizan dentro del mismo. El objetivo principal de este departamento es gestionar los distintos recursos humanos que se encuentran dentro del Área de Salud que engloba nuestra Administración, y que todos los profesionales del centro sean debidamente retribuidos por las actividades realizadas. Secciones del departamento:

1. Servicio de Información.
2. Servicio de gestión de personal y contratación.
3. Tramitación de absentismo.
4. Servicio de gestión y tramitación de nóminas.
5. Gestión de seguros sociales.

Cabe destacar la vinculación directa que tenemos con todas aquellas unidades sanitarias y no sanitarias, así como del resto de centros de trabajo de los que dispone éste Área de Salud, por lo que conlleva que la gestión y tramitación de las actividades que se realizan en este departamento sean operativas y eficaces.

OBJETIVO

Una de las funciones que se llevan en este departamento es la gestión y tramitación del Plan de Acción social, crear un protocolo o guía para ello, requiere un enfoque estructurado que garantice claridad y simplicidad como ejes fundamentales para conseguir la máxima eficiencia. El propósito para el cual se crea la guía o protocolo es facilitar el desempeño digital para los profesionales a quienes va dirigido dicho plan. Para informar a los trabajadores de una administración sobre la apertura de un proceso administrativo, es fundamental utilizar canales de comunicación claros, accesibles y oficiales.

MATERIAL

Los canales oficiales de los que disponemos dentro del centro hospitalario:

1. Correo electrónico corporativo o institucional: se utiliza para enviar comunicados formales con detalles, como fecha de inicio, plazos, requisitos o documentación requerida.
2. Intranet Institucional: Se usa para publicar anuncios detallados, anexando solicitudes, instrucciones detalladas indicando plazos, documentación requerida y posibles vías para entregar las solicitudes.

RESULTADOS

Tanto la intranet como el correo electrónico corporativo son canales efectivos, pero no están exentos tanto de sus ventajas y desventajas, para que llegue la información al 100% de los profesionales.

1. El correo electrónico tiene la ventaja de ser una comunicación directa y personalizada para cada profesional y se puede solicitar confirmación de lectura de respuesta. Pero las desventajas es que no garantiza que todos lean la información o puede que la bandeja de correo esté saturada y no entre la información.
2. La intranet del centro está considerada como un espacio centralizado en la administración al que todos los trabajadores tienen acceso y facilita la consulta del proceso anunciado en cualquier momento, ya que toda la información del proceso se encuentra anexa.

La desventaja es que no todos los profesionales la revisan diariamente.

La mejor estrategia sería poder combinar ambos:

1. Utilizar el correo electrónico para el anuncio inicial con un resumen del proceso con un enlace a la intranet.
2. Y en la intranet del centro se adjuntaría toda la documentación y preguntas frecuentes ante las dudas de los trabajadores.

CONCLUSIONES

Cuando se inicia el proceso del plan de Acción Social, una gran mayoría de profesionales de la administración requieren que se les informe vía presencial o telefónica, para comprobar si los documentos que se van a adjuntar cumplen con los requisitos. ¿Qué estrategia de mejora se podría implantar en la administración para evitar que sea presencial, ya que resta tiempo de trabajo a los profesionales para realizar el resto de funciones que desempeñan?

La manera más efectiva sería creando un boletín/manual informativo en el que se indique:

- A qué profesionales va dirigido.
- Normativa específica.
- Documentación a aportar en cada una de las solicitudes, aportando ejemplos.
- Modalidades o vías que existen para presentar solicitudes en la administración implementando con imágenes detalladas la vía de presentación de solicitudes a través de la Sede electrónica.

No obstante, se ha observado una mejora en el circuito de comunicación con el servicio de Registro Interno del Hospital.

409 RESULTADOS DE EFECTIVIDAD, EFICIENCIA, CALIDAD Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE UN PROGRAMA DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER.

González Cebrián, M¹; Alonso Meléndez, S¹; Cruz González, I¹; Sánchez Fernández, PL¹; Rubio Gil, FJ¹; Cañizares Sánchez, R¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La enfermera de practica avanzada (EPA) surge para mejorar los procesos de atención. Una enfermera con conocimientos especializados, habilidades para la toma de decisiones y competencias clínicas específicas. La atención crónica ha provocado la implantación de nuevos programas de salud donde la EPA tiene un papel primordial. A nivel mundial, el implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) está en aumento relacionado con la comorbilidades y envejecimiento de la población. Con la idea de mejorar la gestión y eficiencia del programa TAVI de nuestro hospital desarrollamos un programa liderado por la enfermera de practica avanzada (TAVI nurse) para mejorar la calidad, gestión y efectividad del proceso y conseguir una mejor experiencia del paciente.

OBJETIVO

Comparar los resultados tras la implementación del programa enfermero versus la práctica estándar en pacientes sometidos a TAVI.

MATERIAL

Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a TAVI. El flujo de pacientes habitual es el siguiente: indicación por el cardiólogo junto con el estudio preTAVI, aceptación del paciente para TAVI en sesión médico-quirúrgica, el ingreso para implante TAVI y consulta a los 3 meses con el cardiólogo. Estos pacientes se compararon con los pacientes incluidos en programa enfermero que añade a la práctica estándar la intervención enfermera en todas y cada una de las partes del proceso: una valoración integral (que incluye fragilidad, calidad de vida, apoyo socio-familiar, dependencia, síntomas y deterioro cognitivo), educación y preparación previo al procedimiento TAVI, acompañamiento del paciente y familia durante todo el ingreso y seguimiento post procedimiento a la semana si es un paciente de alta precoz, al mes y 6 meses, compaginando visitas presenciales con telefónicas. La población a estudio fueron 87 pacientes en el programa enfermero (PTE) frente a 67 pacientes del programa estándar (PE) sometidos a TAVI entre marzo de 2023 y abril de 2024 y comparar resultados.

RESULTADOS

Ambos grupos similares en características basales: más frecuencia de varones, edad media 81 años y alta carga de factores de riesgo cardiovascular. El grupo del PE tenían peor clase funcional y tuvieron más complicaciones, el 44% ingresó por descompensación.

En ambos grupos mayoritariamente acceso femoral (98%) y tiempo de ingreso similar post TAVI (4-5 días).

Los pacientes del PTE tuvieron las consultas de seguimiento en el 100%, mostrando mayor mejora en la clase funcional. Los pacientes del grupo PE tuvieron más visitas a Urgencias (31,3 % vs 13,3%), más reingresos (23, 4% vs 1,2%) aunque similar supervivencia.

En cuanto a la experiencia y satisfacción en el proceso, PET presentaron una media 9.8 versus de 8,7 en el PE.

CONCLUSIONES

Un programa multidisciplinar liderado por enfermería sitúa al paciente en el centro y ayuda a humanizar los cuidados construyendo una medicina basada en el valor.

La adecuada selección del paciente y la planificación ayuda al éxito del procedimiento y prevenir complicaciones.

Los pacientes del PTE sufrieron menores tasas de complicaciones y tuvieron menos reingresos hospitalarios y visitas a Urgencias en el seguimiento.

La satisfacción de los pacientes en el PTE fue elevada y superior, sobre todo en la información recibida y el trato por enfermería.

Un PTE es factible, reforzando el papel de la enfermería como rol facilitador-coordinador del programa. Es un programa innovador que incluye valoración, educación y preparación al paciente, manejo de expectativas y motivaciones, mejora la comunicación del equipo y monitoriza la recuperación. Aporta calidad y continuidad en los cuidados, optimiza los recursos del sistema sanitario y mejora la experiencia y satisfacción del paciente.

411 RETENER EL TALENTO ENFERMERO: NUEVOS RETOS

Camacho Moreno, M¹; Mur De Víu Bernad, C²; Pérez Fernández, C¹; Martos Miron, J¹; Serna Jurado, A¹; Muñoz Pujol, N¹

¹ SAAS Andorra; ² SEDISA

INTRODUCCIÓN

El talento enfermero es un recurso estratégico en los sistemas de salud, y su retención es un desafío creciente debido a múltiples factores, como el envejecimiento de la fuerza laboral, la sobrecarga asistencial y la movilidad internacional. Este trabajo analiza los nuevos retos en la retención del talento enfermero y propone estrategias para fortalecer la estabilidad laboral y la satisfacción profesional. Se realizó una revisión de literatura. Los resultados destacan la importancia de condiciones laborales adecuadas, oportunidades de desarrollo profesional y liderazgo transformacional.

La retención del talento enfermero se ha convertido en una prioridad para los gestores sanitarios, dado el impacto directo en la calidad asistencial y en la sostenibilidad de los sistemas de salud. A nivel mundial, se observa un déficit de enfermeras que amenaza con empeorar en los próximos años debido a jubilaciones masivas y la migración hacia países con mejores condiciones laborales.

La insatisfacción laboral, el estrés, la sobrecarga asistencial y la falta de reconocimiento profesional han sido identificados como factores determinantes en la decisión de abandonar el empleo o migrar a otros sectores. En este contexto, los gestores de enfermería deben implementar estrategias innovadoras que garanticen la fidelización del talento y fomenten un ambiente laboral motivador.

OBJETIVO

Analizar los factores que influyen en la retención del talento enfermero e identificar estrategias efectivas que permitan mejorar la estabilidad laboral y la satisfacción profesional de las enfermeras.

MATERIAL

Revisión de literatura: Se consultaron bases de datos científicas como PubMed, Scopus y CINAHL, revisando artículos publicados en los últimos cinco años sobre retención del talento enfermero.

RESULTADOS

Los hallazgos más relevantes incluyen:

- Factores que influyen en la retención del talento:
- Condiciones laborales: El 78% de las encuestadas mencionó la sobrecarga asistencial como un factor clave en la decisión de abandonar su puesto.
- Salario y beneficios: El 65% considera que la retribución económica no es acorde con la responsabilidad y carga laboral.
- Oportunidades de desarrollo profesional: El 72% afirmó que la falta de formación continua y promoción profesional es un motivo de desmotivación.
- Clima laboral y liderazgo: El 80% de las enfermeras mencionó que un liderazgo positivo y un buen ambiente de trabajo favorecen la permanencia en el puesto.

Estrategias exitosas en la retención del talento:

- Programas de bienestar laboral (reducción de estrés, apoyo emocional).
- Incentivos económicos y mejora de las condiciones salariales.
- Formación y desarrollo profesional continuo.
- Modelos de liderazgo participativo y transformacional.
- Flexibilización de horarios y conciliación laboral-familiar.

CONCLUSIONES

La retención del talento enfermero es un desafío crucial que requiere estrategias innovadoras y adaptadas a las necesidades de los profesionales. La mejora en las condiciones laborales, el reconocimiento del esfuerzo, el acceso a formación y la implementación de un liderazgo transformacional son elementos clave para lograr una mayor estabilidad en el sector.

Los gestores de enfermería deben desarrollar políticas efectivas para fortalecer el compromiso y la permanencia del personal, garantizando así la calidad asistencial y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

421 SERVICIO DE PRESENTACIÓN INTERACTIVA VIRTUAL DE INFORMACIÓN DE LAS NORMAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD A LOS PACIENTES Y FAMILIARES AL INGRESO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.

Odriozola Alcaraz, JM¹

¹ Hospital Reina Sofia-Área VII Región de Murcia

INTRODUCCIÓN

El Acuerdo de Gestión (AG) es el compromiso firmado por cada una de las gerencias de área o dispositivo sanitario con la Gerencia del Servicio de Salud. Se trata de una herramienta que vincula la gestión de la actividad de los profesionales y los recursos económicos, materiales y tecnológicos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización, los cuales pretenden avanzar en:

- Fortalecer la salud pública y comunitaria.
- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- Mejorar de forma continua la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos con el servicio recibido.
- Garantizar la continuidad de la atención en los procesos asistenciales.
- Implicar a los profesionales, cada uno en su nivel de responsabilidad, en la gestión de los recursos asignados.
- El AG contempla una serie de líneas estratégicas y objetivos que contribuyen a alcanzar la mejora continua en la atención a los ciudadanos y en las condiciones de trabajo de los profesionales. Con este propósito, se evaluarán los logros conseguidos mediante indicadores diseñados y seleccionados a tal efecto. Dichos indicadores deben cumplir con los requisitos de ser válidos, fiables y medibles.

OBJETIVO

Atendiendo a la LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA:

Un aspecto esencial de la misión del Servicio de Salud es prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos de la Región a través del desarrollo de un sistema sanitario accesible y resolutivo que mejore continuamente la calidad de la asistencia y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios. Para avanzar en esta línea es necesaria la orientación de la gestión hacia los resultados y medir la operatividad de los procesos asistenciales, la efectividad clínica y la satisfacción de los pacientes.

La gerencia de área con el Acuerdo de Gestión se compromete a mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria con una serie de objetivos, entre otros:

- Objetivo: Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.

MATERIAL

- Elaborar tríptico de recoja las normas básicas de la Unidad para entregar al paciente y familiares al ingreso en la planta de Hospitalización.
- Establecer un Servicio digital interactivo que aporte información de las normas de la unidad, accesible mediante un código QR. Este código QR estará o impreso en el tríptico de información al paciente y además o se colocará detrás de cada una de las puertas de las habitaciones, junto con la información de ubicación y rutas de salida de emergencias.

RESULTADOS

Una vez recibidos los **Resultados 2023 de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida** del Área, fruto de su Análisis, se objetiva un descenso marcado del indicador sobre la información sobre las normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización en casi 7 puntos para el Servicio de Salud, este descenso supera los 7 puntos en cinco hospitales, (71% en 2022 y 65,8% en 2023).

CONCLUSIONES

De estos resultados, se propone como medida de mejora, la elaboración de una estrategia multifactorial para mejorar esta información.

454 UN RESPIRO MUSICAL: "INNOVANDO LA RUTINA"

Lluç Garvi, V¹; Sanz Delgado, O²; Punset Vélez, A³; Quetglas Tortella, G¹; Ortiz Monjo, A¹; Sobrino Luengo, S¹

¹Hospital Universitari Son LLàtzer; ²Hospital Joan March; ⁴Pianos Vius

INTRODUCCIÓN

En nuestra vida diaria, las rutinas juegan un papel fundamental. Nos proporcionan estructura, estabilidad y eficiencia. Sin embargo, seguir la misma rutina día tras día puede llevar a la monotonía, la falta de motivación y el estancamiento personal /profesional. Por eso, hacer algo diferente puede ser un respiro bienvenido que nos ayuda a recargar energías, y además, puede fortalecer las relaciones interpersonales, ya que participar en actividades diferentes con compañeros y pacientes, puede mejorar el trabajo en equipo. En resumen, romper las rutinas no solo revitaliza nuestro día a día, sino que también mejora nuestro bienestar emocional y físico. Por todo ello, nos planteamos en nuestros hospitales implantar alguna actividad que nos ayudara a romper esas rutinas y pensamos en la MÚSICA en directo.

OBJETIVO

1. Humanizar el entorno: La música ayuda a crear un ambiente más acogedor y menos estresante para pacientes, familiares y personal sanitario (PFS).
2. Aumentar la calma: La presencia de música en vivo ayuda a reducir el estrés.
3. Fomentar el bienestar emocional: La música tiene un impacto positivo en el bienestar emocional, elevando el ánimo y proporcionando una distracción positiva de las preocupaciones diarias.
4. Aumentar la estimulación cognitiva y motora: Tocar un instrumento puede estimular el cerebro, mejorar la coordinación motora promoviendo la concentración y la memoria.
5. Promocionar la comunidad: La música puede unir a las personas, fomentando un sentido de comunidad y conexión entre PFS.

MATERIAL

Buscamos diferentes alternativas para conseguir dichos objetivos, hasta encontrar la asociación de "PIANOS VIUS", asociación que se dedica a promover la música a través del uso del piano. ¿Qué hemos hecho?

1. Pianos Vius nos instaló dos pianos (uno nos lo trajo, y otro lo restauró porque era nuestro), y los situamos en nuestros respectivos halls. Estos pianos están disponibles para que todo el mundo pueda tocarlos y disfrutar de la música.
2. Hemos realizado conciertos en vivo: Han organizado actuaciones en vivo con músicos voluntarios, creando momentos especiales para todos.
3. Musicoterapia: La música puede ser utilizada como una herramienta terapéutica para reducir el estrés y el dolor, mejorando el bienestar emocional y físico de los PFS. Por ello se colocaron "ruedas" en los pianos para poder desplazarlos a unidades concretas.
4. Hemos creado un ambiente acogedor: La presencia de música en vivo ha transformado el ambiente del hospital, haciéndolo más acogedor y humano.
5. Hemos fomentado la participación de la comunidad, permitiendo que cualquier persona pueda tocar el piano y contribuir a la atmósfera positiva del hospital.

RESULTADOS

Las opiniones de profesionales y pacientes sobre la iniciativa **Pianos Vius** en hospitales son muy positivas:

1. Pacientes: Muchos pacientes encuentran consuelo y alegría en la música. Comentan que la música les ayuda a sentirse más felices y a recuperarse mejor: La música proporciona un escape momentáneo de sus preocupaciones y dolencias, transportándolos a un lugar de serenidad.
2. Familiares: Dicen que la música puede servir como un bálsamo reconfortante en tiempos de incertidumbre y angustia cuando esperan noticias de sus seres queridos.
3. Profesionales de la salud: La música nos ofrece un respiro bienvenido y renovador en medio de nuestra jornada.
4. Impacto general: La presencia de pianos en nuestros hospitales no solo ha enriquecido el ambiente físico, sino que también ha fomentado un sentido de comunidad y conexión entre todos.

CONCLUSIONES

Pianos Vius es muy apreciado tanto por pacientes como por profesionales de la salud, ya que contribuye significativamente a mejorar el bienestar emocional y físico en el entorno hospitalario.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****509**

460 USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA GESTIÓN DE EQUIPOS**Camacho Moreno, M¹**; Mur De Viu Bernad, C¹¹ SAAS Andorra**INTRODUCCIÓN**

El avance de la inteligencia artificial está transformando la gestión hospitalaria, optimizando la asignación de recursos, la toma de decisiones y la eficiencia operativa. Este trabajo analiza el impacto de la IA en la gestión de equipos de salud identificando sus beneficios y desafíos.

OBJETIVO

Comprender cómo la IA se aplica en la gestión de equipos: Desde la automatización de tareas hasta la personalización de la comunicación.

Identificar los beneficios clave: Como la mejora en la productividad, el ahorro de tiempo y la toma de decisiones basadas en datos.

Reconocer las contraindicaciones: Incluyendo desafíos éticos, posibles sesgos y cómo evitar la deshumanización en la gestión.

Establecer líneas estratégicas para implementar la IA: Priorizando el equilibrio entre tecnología y humanidad.

MATERIAL

Diseño de un estudio mediante revisión sistemática de literatura y casos de estudio en hospitales que implementan la IA Fuentes de datos bases de datos científicas e informes de instituciones de salud

Líneas Estratégicas para Implementar la IA en la Gestión de Equipos

1. Automatización de Tareas Repetitivas

La IA puede encargarse de tareas administrativas como la programación de reuniones, el seguimiento de proyectos o la asignación de recursos. Esto permite que los líderes y equipos se centren en actividades de mayor valor estratégico. Por ejemplo, herramientas como Asana o Trello, potenciadas con IA, priorizan automáticamente tareas basadas en plazos y recursos.

2. Análisis de Datos para la Toma de Decisiones

Gracias al análisis de datos en tiempo real, la IA puede identificar patrones de productividad, detectar problemas antes de que escalen y sugerir soluciones personalizadas. Un ejemplo es el uso de plataformas como Microsoft Viva Insights, que proporcionan métricas sobre el bienestar y la eficiencia del equipo.

3. Personalización de la Comunicación y Gestión de Talento

Herramientas de IA como chatbots o asistentes virtuales permiten adaptar mensajes según las necesidades de cada empleado. Además, la IA puede apoyar en procesos de selección, identificando candidatos adecuados sin sesgos, siempre que se configure correctamente.

4. Capacitación y Bienestar del Equipo

La IA también puede recomendar planes de formación personalizados o identificar señales de agotamiento en los empleados, ayudando a preven.

RESULTADOS

La implementación de la IA ha optimizado la gestión de turnos un 30% reduciendo conflictos laborales mejora en la asignación de personal según demanda, con un 25% menos de tiempos muertos reducción de carga administrativa permitiendo que los profesionales se enfoquen más en la atención al paciente barreras: resistencia al cambio, integración con sistemas existentes y costo de implementación

CONCLUSIONES

La IA es una herramienta eficaz para la gestión de equipos en hospitales, mejorando eficiencia y reduciendo cargas administrativas. Su implementación debe ir acompañada de formación y estrategias de cambio organizacional para maximizar beneficios.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



510

465 VIOLENCIA DE GÉNERO Y MEDIO SANITARIO: RETOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA

Delgado Moreno, S¹; Delgado Moreno, S²; Medina Rodríguez, MDP²; Fuentes Cebada, L²; Sánchez Basallote, JE²; García Juárez, MDR²; Guijarro Sánchez, JL²

¹ALMIRALL; ²Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN

La Violencia ejercida contra la mujer es un problema prevalente de Salud Pública. El hospital es una puerta de entrada para la detección de casos y según la normativa vigente, los profesionales de la Salud tienen la obligación legal de comunicar a la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo (Ley de Enjuiciamiento Criminal).

La Ley Orgánica de Protección de Datos vela por la confidencialidad y privacidad, y la Ley de Autonomía del Paciente por la propia toma de decisiones. Por ello, hay situaciones que plantean un reto ético para los médicos, quienes deben velar por la salud y seguridad de las pacientes, en situaciones a veces poco claras, y ante la negativa de la mujer.

OBJETIVO

Determinar la relación entre los principios indicados por el Código de Deontología Médica que guía a los médicos en su actuación a víctimas de violencia de género (VG) y la actuación alcanzada en el hospital.

MATERIAL

Se ha realizado la revisión de los principios del Código Deontológico en el contexto de VG y recabada información a partir de la Comisión de VG del hospital, aportando datos, protocolos y auditorías.

RESULTADOS

1. Principio de beneficencia y no maleficencia: Deber médico de actuar en beneficio del paciente evitando cualquier daño (A.5), saber identificar signos de violencia, tratar y ofrecer apoyo sin poner en riesgo a la paciente.

El Plan de Formación anual hospitalario incorpora cursos de Sensibilización contra la VG. Los Servicios más sensibles imparten sesiones clínicas sobre temas determinantes.

2. Confidencialidad y secreto profesional: Los médicos deben proteger la privacidad de los pacientes (A.26). En VG, se equilibra con la obligación de denunciar casos de alto riesgo, menores implicados o personas vulnerables.

El compromiso de confidencialidad va implícito en la profesión y el Proyecto de Humanización. Los miembros de la comisión firman un compromiso específico de cara al análisis y estudio de los casos.

3. Autonomía de la víctima vs. intervención obligatoria: Algunas víctimas no desean denunciar ni recibir ayuda, los profesionales enfrentan la obligación ética y legal de intervenir en casos de alto riesgo. (A.9).

El protocolo local de atención a mujeres víctimas de VG, contiene circuitos, algoritmos y actuaciones a realizar según cada circunstancia posible, incluyendo el rechazo de intervención.

4. Atención sin discriminación ni juicios de valor: El código prohíbe la discriminación (A.4). Los médicos deben evitar prejuicios mostrando respeto. Los profesionales reciben formación en VG con atención a situaciones vulnerables y situaciones especiales, causa de discriminación en otros ámbitos.

5. Colaboración interdisciplinaria: El código señala la importancia del trabajo en equipo y la cooperación con otros profesionales y colectivos para la mejor atención (A.37).

La Comisión de VG del hospital es multidisciplinar incluyendo al Equipo de Atención a la Mujer y tiene representación en la Comisión Local de la Ciudad y en la comisión provincial.

6. Deber de socorro: Existe una obligación ética y legal de socorrer a la paciente en situaciones de peligro (A.7), justificando la intervención en casos de riesgo grave a la víctima.

El protocolo local cuenta con los circuitos y contactos para interaccionar con las entidades encargadas del soporte, vigilancia y protección, ante situaciones objetivas de riesgo y situaciones de peligro extremo.

CONCLUSIONES

La asistencia sanitaria a víctimas de VG implica desafíos éticos como la detección temprana, la confidencialidad y el respeto a la autonomía. Según el Código de Deontología Médica, el médico debe equilibrar estos principios con la obligación de proteger a la víctima y actuar en situaciones de riesgo, en colaboración con otros profesionales. Nuestro hospital, acreditado contra la violencia de género está preparado para dar respuesta a estos desafíos.

478 PROYECTO LATIDO

Castellanos Monedero, JJ¹; Salcedo Jodar, L¹; Castellanos Monedero, JJ¹; Gigante León, A¹; Cebrián Pardo, P¹; Tejado Alberca, AB¹

¹ Hospital Universitario Mancha-Centro

INTRODUCCIÓN

"La música es el corazón de la vida. Por ella habla el amor; sin ella no hay bien posible y con ella todo es hermoso." Franz Liszt (1811-1886) Pianista y compositor austriaco de origen húngaro.

La relación que hay entre música y salud está avalada a través de múltiples estudios científicos. El bajo coste, accesibilidad, facilidad de uso y mínimo riesgo, hacen que la música tenga el potencial de usarse como una terapia.

La música en sí misma tiene una función terapéutica en el cuidado de las personas que genera un impacto positivo en las mismas. La música tiene el poder de influir en la funcionalidad, las emociones y en la conducta de las personas que la escuchan, mejorando su estado de bienestar.

OBJETIVO

Desarrollar una colaboración del hospital con el conservatorio de música para tener un ambiente más humanizado en el hospital

MATERIAL

Se ha establecido una colaboración entre el hospital y el conservatorio musical de la localidad, basada en un concierto navideño de orquesta, en el salón de actos para niños ingresados en el hospital por parte de los alumnos del conservatorio y con un tipo de instrumento (cuerda frotada). Desde ese momento se realizaron varios conciertos de orquestas durante todo el curso lectivo 2 y pequeñas sesiones/ensayos (15) por las diferentes unidades del hospital, en la que grupos reducidos de músicos y de diferentes instrumentos (cuerda frotada, cuerda punteada, viento madera, viento metal, percusión y tecla) interpretan piezas musicales, en el periodo semejante a una de sus clases en el propio conservatorio.

Para analizar el impacto de esta acción se ha realizado una encuesta que evalúa; distracción, creatividad, relajación, apoyo emocional, comunicación y satisfacción general. Todos los ítems se puntúan del 1 al 10.

RESULTADOS

Se han desarrollado 18 conciertos en el año 2024. Se han completado 65 encuestas. Las encuestas han sido contestadas por pacientes, familiares y trabajadores del centro. En todos los ítems se ha obtenido una puntuación de 10 entre el 90-95% de las respuestas.

CONCLUSIONES

El proyecto latido está diseñado para hacer que la estancia en el hospital sea más agradable y humana. Además de conseguir que sea una colaboración 100% altruista.

497 ELECCIÓN AUTÓNOMO DE MENÚ POR QR: UN PASO EN LA HUMANIZACIÓN DEL USUARIO

Vivar De Pablo, J¹; Ruiz Delgado, G¹; García Díaz, M¹

¹ Hospital Nacional de Paraplégicos - SESCOAM

INTRODUCCIÓN

La elección de menú mediante código QR representa un avance significativo en el servicio de alimentación hospitalaria, permitiendo personalizar y humanizar la experiencia del paciente, facilitando tanto la selección de menús como la cumplimentación de encuestas de satisfacción.

OBJETIVO

- Hacer partícipe al paciente de su alimentación.
- Informar a los pacientes de los alérgenos o intolerancias que contiene su menú.
- Poder visualizar imágenes de los platos que va a tomar y visualizar la bandeja completa con sus platos antes de ser entregada.
- Evitar el uso de papel y los errores de transcripción.
- Poder comunicar la alimentación del paciente en otro idioma.
- Cumplimentar encuestas de satisfacción de cualquier tipo al ser configurables e incluso preguntar al paciente sobre un plato en concreto.

MATERIAL

El código QR, que le llega al paciente a través de una etiqueta en la bandeja de la ingesta, es único por paciente (para evitar suplantaciones) y por día (caduca al día siguiente).

Permite conectarse a una URL donde el paciente puede elegir entre las diferentes opciones del menú disponibles y además realizar una encuesta de satisfacción.

Tanto la elección de menú como la encuesta se han realizado con pantallas amigables, ambas pueden ser cumplimentadas por el propio paciente, un acompañante o personal sanitario.

RESULTADOS

Reportes inmediatos: Los responsables del centro o de la empresa podrán consultar y analizar en cualquier momento la satisfacción de los pacientes mediante gráficas intuitivas desde su navegador web.

Trazabilidad: Cada elección realizada queda registrada en el sistema, vinculada al historial del paciente. El sistema proporciona un registro completo para auditar el cumplimiento de las dietas prescritas.

Seguridad: La **tecnología** usada es de última generación mediante microservicios entre la capa de presentación y el back o core que conecta con la BBDD, toda esta comunicación está encriptada en todo momento y no requiere de apertura de ip's

CONCLUSIONES

Este desarrollo supone un salto significativo en la humanización del paciente hospitalizado (Sobre todo en largas estancias), permite al paciente colaborar con el sistema, evita visitas al paciente de personal de hostelería, disminuye el uso de hojas para la elección, dispone de la opinión de los pacientes sobre los platos en tiempo real diferenciado por dieta, edad, sexo, unidad, etc.

Personalización y Humanización de la Experiencia del Paciente:

- Permite fomentar la educación alimentaria de los pacientes, aportando información sobre su dieta, participando activamente en la selección de sus comidas y respetando sus preferencias y pautas prescritas.
- **Mejora la experiencia hospitalaria al ofrecer una mayor sensación de control y satisfacción.**

Accesibilidad y Comodidad:

- Los usuarios pueden utilizar sus dispositivos móviles para acceder al menú y encuestas mediante el escaneo del código QR.
- Evita el uso de papel y fomenta procesos más sostenibles.

Cumplimiento Normativo:

- Incluye información sobre la normativa de protección de datos (GDPR).
- Implementa un sistema de doble autenticación.

Eficiencia Operativa:

- Simplifica la gestión de cambios en los menús y reduce el tiempo empleado por el personal en la toma de decisiones.
- Mejora la trazabilidad de las elecciones de los pacientes.

Feedback Activo:

- Facilita la recopilación de opiniones y encuestas de satisfacción, permitiendo ajustes en tiempo real para mejorar el servicio.

Mejora Continua:

- La implantación de este módulo permite a los hospitales identificar áreas de mejora en la calidad del servicio de alimentación.
- Fomenta la innovación al incorporar tecnologías que optimizan la experiencia del paciente y mejoran la eficiencia de los procesos internos.

503 HACIA UN HOSPITAL SALUDABLE: LA CLAVE DEL BIENESTAR DEL PERSONAL SANITARIO

Reverter Vázquez, S¹; Núñez López, C¹; Prados Sánchez, C¹; Del Pozo Díez, Av; Pinto Ibisate, MJ¹; Hernández Gancedo, MC¹

¹ Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de la salud, los hospitales no solo deben centrarse en brindar atención médica de calidad, sino también en garantizar el bienestar de su personal. Un hospital saludable es aquel que protege y promueve la salud de los pacientes, de la comunidad y de sus propios trabajadores, al tiempo que minimiza su impacto ambiental y fomenta un entorno de trabajo seguro y saludable.

OBJETIVO

Ofrecer asistencia médica efectiva a las personas y priorizar el bienestar del profesional para mejorar la calidad del trabajo y asegurar una atención eficiente y sostenible. El bienestar del personal además de ser una cuestión de responsabilidad constituye una estrategia clave para mejorar la productividad, la retención del talento y la cultura organizacional.

MATERIAL

La Dirección de Recursos Humanos pone en marcha en mayo de 2017 el Programa Bienestar Corporativo: Tu salud, nuestro mejor logro con el fin de transformar un hospital terciario en un entorno saludable. Ese programa inicial se convierte en el eje "Hospital Saludable" del nodo estratégico centrado en los trabajadores: El Profesional como valor. Para ello, trabajan de forma coordinada la Dirección de Recursos Humanos, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la Oficina para el Desarrollo Sostenible y Agenda 2030 con el apoyo de los servicios que sean necesarios en cada caso, fundamentalmente Endocrinología y Nutrición, Medicina Física y Rehabilitación, Psiquiatría y Salud Mental, Neumología y Fisioterapia.

RESULTADOS

Se está actuando en tres ejes clave:

1. Ejercicio y actividad física (escuela de espalda, programa de ejercicios en el puesto de trabajo).
2. Alimentación saludable (campañas específicas para fomentar el consumo de agua, pescado, fruta y fibra).
3. Bienestar psicosocial (mindfulness, protocolos de intervención específicos, deshabituación tabáquica).

CONCLUSIONES

Lograr un hospital saludable requiere un compromiso conjunto de la Dirección, los trabajadores y la comunidad hospitalaria. Un entorno de trabajo saludable no solo mejora la calidad de vida de los profesionales sanitarios, sino que también optimiza el servicio que se brinda a los pacientes y mejora el ambiente laboral. Invertir en el bienestar del personal no es un gasto, sino una inversión estratégica que se traduce en mayor productividad, menor rotación y un ambiente laboral más positivo. Como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad de promover estos cambios y liderar con el ejemplo. El camino hacia un hospital saludable es un desafío, pero los beneficios que genera son muchos. Es necesario priorizar el bienestar del equipo para garantizar un futuro más saludable para todos.

505 LA SANIDAD EN FEMENINO: INTEGRACIÓN ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA GUÍA DE ABORDAJE DE LAS DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO.

Pazos Crespo, P¹; Rey Liste, MT²; Martínez Romero, MD²; Silva Tojo, A³

¹ Servicio Gallego de Salud SERGAS; ² Subdirección Xeral Atención Primaria. SERGAS. Consellería de Sanidade.; ³ Dirección Xeral Asistencia Sanitaria. SERGAS. Consellería de Sanidade.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) son causa frecuente de dolor pelviano, incontinencia, prolapso de vejiga, útero, recto o dolor durante las relaciones sexuales. Numerosas mujeres por causas inherentes al envejecimiento o a una falta de cuidados adecuados pueden padecer DSP. Esto provoca limitación de sus actividades sociales y reduce su autoestima. En el 2016 se define un programa de prevención y abordaje de DSP para desarrollar en Atención Primaria (AP) tanto por matronas como por fisioterapeutas y dónde todo el equipo de AP participa activamente. El programa se implantó en 2017. En el año 2024 se revisó y actualizó creando la Guía de apoyo al programa de disfunciones del suelo pélvico femenino en AP. Esta guía pionera supone un manual de uso y una referencia para los profesionales de AP y además desarrolla el programa creando una estructura de integración asistencial AP y Atención Hospitalaria (AH).

OBJETIVO

Presentar la evolución del proyecto de integración AP-AH en relación a la guía. Mostrar los elementos creados para poner en valor la figura de la matrona y el fisioterapeuta de AP y los criterios de derivación AP-AH en el ámbito de un Servicio Nacional de Salud.

MATERIAL

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de AP y AH que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer y por profesionales de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Sistema de Salud. Revisión de la bibliografía de los diez últimos años y los recursos disponibles. Se definieron las actividades de promoción de la salud, prevención y manejo clínico-asistencial de las DSP. Se revisaron y actualizaron los circuitos de derivación a las unidades funcionales multidisciplinarias de suelo pélvico femenino (UFMSPF) de las Áreas Sanitarias. Finalizado el trabajo se consensuó un documento a modo de Guía, tras revisión externa y a aprobación de la Dirección de Asistencia Sanitaria se publicó. Actualmente se encuentra en formato digital para el uso diario de todos los profesionales del Sistema de Salud.

RESULTADOS

Esta guía ha logrado visibilizar una serie de problemas clínicos de la salud femenina favoreciendo que se hable de ellos con naturalidad. Una parte importante de la población femenina trabaja en el campo o en el mar. Estos colectivos sufren con mayor frecuencia DSP, se benefician directamente de esta iniciativa, al poner el foco en ellas. Igualmente benefició a otras mujeres con factores de riesgo. La guía recoge las actividades de cada categoría profesional (matrona, médico de familia y fisioterapeuta), las patologías que pueden tratarse y en qué nivel asistencial deben hacerlo. Igualmente se definen las vías de derivación a los mismos. La guía incluye adicionalmente consejos sobre la mejora de hábitos, indicaciones de ejercicios de toma de consciencia corporal, respiración, relajación... en un soporte que permite entregar a las usuarias un programa detallado y personalizado a golpe de "click".

CONCLUSIONES

Hemos mejorado la accesibilidad de la población femenina al tratamiento de problemas de salud específicos en el primer y más importante nivel asistencial: la Atención Primaria.

Se implementaron y reforzaron las actividades de todo el equipo de AP alrededor de la figura de la matrona y fisioterapeuta de AP dándoles a su vez herramientas y posibilitando la autogestión a los servicios de AP.

Con la definición de los circuitos asistenciales logramos una integración asistencial real y eficiente entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria.

511 IMPACTO EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL EN LOS DÍAS INICIALES TRAS LA DANA

Barrios Marta, MC¹; Hurtado Navarro, C¹; Lorente Mocholí, C¹; Blázquez García, A¹; Amador Bueno, S¹; Montesinos, D¹

¹ Hospital Doctor Peset

INTRODUCCIÓN

De todos es conocida la catástrofe que la Dana del 29 de octubre provocó en Valencia. Además de los daños personales y materiales de las personas que viven en las zonas inundadas, la destrucción de las infraestructuras de comunicación impidió el desplazamiento de un gran número de profesionales de enfermería a su centro de trabajo en los días posteriores. De igual manera se vieron afectadas las telecomunicaciones y cortes de suministro eléctrico lo que dificultaba el que los profesionales pudieran avisar que no iban a poder acudir a su puesto de trabajo.

Esto originó un estrés en la institución, que requirió de intervenciones urgentes para poder mantener la actividad asistencial en nuestro hospital.

La complejidad del manejo de la situación se acentuó debido a que el viernes 1 de noviembre fue festivo, y no se pudo acceder a la bolsa de trabajo para contratación urgente de personal.

OBJETIVO

Describir el impacto por la ausencia de los profesionales de enfermería en el hospital los días inmediatamente posteriores a la Dana y las estrategias de gestión de personal que permitieron el mantenimiento de la actividad asistencial.

MATERIAL

Nuestro hospital es un hospital terciario, de 500 camas, que cuenta con una plantilla de personal de enfermería de 723 enfermeras, 444 TCAEs y 15 matronas, distribuidos en turnos de mañana, tardes, diurnos de 8h a 20h y noche de 20h a 8h.

Las presencias en turno de mañana/diurno de un día laborable son 342 profesionales, turno de tarde 38 y en turno de noche 99.

Se registraron las ausencias diarias los días iniciales tras la dana globales y por unidades funcionales, sus causas y la cobertura de las ausencias que se realizó.

La fuente de datos fueron registros diarios realizados por los supervisores, por lo que puede haber alguna inexactitud por error u omisión en los datos.

Los datos se muestran en valores absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

De un total de plantilla de enfermería de 342 profesionales en turno de mañanas/diurno el día 30, se vio afectada un 48% de la plantilla, ausentándose por fuerza mayor 164 enfermeras y TCAEs en turno de mañana/diurno, de las 98 que se requería en turno de noche se ausentaron un 24% y en turno de tarde un 50%, osea 19 profesionales, apreciándose datos muy similares el día 31. El día 1 de noviembre festivo, el impacto en la organización fue de 56 ausencias en turno diurno, 25 en turno de noche y 5 en turno de tarde.

Importante tener la afectación de los mandos intermedios de enfermería: adjuntía asistencial, afectada en al 100%, 28% de supervisores de enfermería y 40% de los supervisores generales, viéndonos en la obligación de reorganizar funciones adaptándonos a las necesidades.

CONCLUSIONES

La DANA imposibilitó el acceso al puesto de trabajo a casi la mitad de plantilla en los diferentes turnos que trabajan en nuestro hospital.

Liderazgo de la dirección de enfermería y la cohesión y compromiso del resto de profesionales fue fundamental, destacando la implicación del personal, tanto de los mandos intermedios, como los profesionales de los diferentes servicios que se ofrecieron a cubrir turnos tanto en sus unidades como en otros servicios, aunque se requirió la contratación de personal de enfermería por vía urgente.

Todo ello permitió el mantenimiento de la práctica totalidad de la actividad asistencial y a toda la derivada de la catástrofe que vivimos esos días.

529 DESARROLLO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA LA OBESIDAD EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Pérez Fernández, A¹

¹ Centro de Salud Integrado de Alaquas

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, con un crecimiento exponencial en la población, derivada de la presencia de un tejido adiposo disfuncional y una acumulación excesiva de grasa, con consecuencias negativas para la salud, favoreciendo alteraciones metabólicas, cardiovasculares y funcionales que impactan tanto en la calidad de vida como aumentando la mortalidad de los pacientes que la padecen. Existe un amplio margen de mejora en la atención de la obesidad en nuestras consultas.

OBJETIVO

Establecer una atención integral multidisciplinar organizada desde atención primaria para el paciente con obesidad para minimizar la aparición de complicaciones asociadas, empoderar a los pacientes en su autocuidado, aumentar la calidad de la atención al paciente y reducir el coste derivado de sus consultas.

MATERIAL

Mediante la creación de agendas específicas, se establecen 4 horas semanales de consulta de específica de pacientes con obesidad con implicación multidisciplinar (médico de familia, enfermería de familia, fisioterapia).

Se incluyen pacientes de entre 15 y 65 años con índice de masa corporal superior a 30 e inferior a 40 kg/m² y superior a 40 kg/m² que hayan sido desestimados para tratamiento quirúrgico de la obesidad.

Se ha desarrollado una consulta organizada, donde tras una identificación del paciente mediante cribado activo (telefónico o en consulta), se realiza una valoración inicial multiprofesional seguida de consultas sucesivas con periodicidad individualizada en función a las necesidades del paciente. En cada consulta se han establecido unas intervenciones específicas (evaluación de comorbilidades, medidas antropométricas, prescripción farmacológica, establecimiento de un plan de alimentación o ejercicio individualizado). Además, se han programado sesiones grupales mensuales.

RESULTADOS

Tras 12 meses de programa, se han atendido 53 pacientes y se han generado 676 consultas profesionales. Cada paciente ha asistido al menos a 3 sesiones grupales. La duración de la consulta inicial oscila entre 40 y 75 minutos y las sucesivas entre 30 y 45 minutos. Las sesiones grupales tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos. Se han medido reducciones de peso entre el 8 y el 26% en los pacientes atendidos, así como mejoría en diferentes parámetros analíticos y clínicos como síntomas derivados de patologías secundarias a la obesidad.

CONCLUSIONES

La implantación de una consulta integral de atención multidisciplinar a la obesidad en atención primaria ha tenido un efecto positivo en términos de salud para los pacientes. La medición de diversos parámetros permite planificar nuevas intervenciones futuras sobre estos pacientes optimizando el modelo de atención actual.

530 ACOMPAÑANDO A LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR: LOS EQUIPOS REFERENTES LORE

Sánchez Basallote, JE¹ Aguilar Mendoza, I²; Guijarro Rodríguez, JL²; Moya Molina, MA²; Medina Rodríguez, MDP²; Delgado Moreno, S²

¹ Servicio Andaluz de Salud; ² Complejo Hospitalario Puerta del Mar – San Carlos

INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 3/2021 regula el derecho de las personas a solicitar y recibir la prestación de ayuda necesaria para morir (LORE), el procedimiento y las garantías legales y éticas. Es una prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Los Servicios Públicos de Salud garantizan el derecho a esta prestación. Los/as profesionales sanitarios/as necesitan información, formación y asesoramiento por profesionales.

OBJETIVO

Creación de “Equipos Referentes LORE” que asesoren, acompañen y den apoyo a los/as profesionales sanitarios/as en el proceso de la prestación de ayuda para morir.

MATERIAL

Se constituye un Equipo de profesionales pertenecientes a los ámbitos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de referencia, seleccionados a propuesta de cada Centro Sanitario con asesoramiento de la Comisión de Garantías y Evaluación para la ayuda a morir de la Comunidad Autónoma Andaluza y el Comité de Ética Asistencial de referencia. Su finalidad es asesorar y apoyar a profesionales sanitarios/as, sobre todo, a médicos responsables y consultores en el proceso de la prestación, garantizar el cumplimiento de los criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2021 y ofrecer orientación en aspectos clínicos, éticos, legales y psicosociales relacionados con la prestación. Se designa un coordinador del Equipo que será el interlocutor de referencia con la Comisión de Garantías y Evaluación, la Administración Sanitaria y los profesionales que soliciten el asesoramiento. Se facilita formación e información a los miembros del equipo.

RESULTADOS

Los miembros del Equipo referente LORE son: Subdirector médico y Directora enfermería del Complejo Hospitalario, Dirección de Cuidados de Enfermería del Distrito de Atención Primaria, representante del Comité de Ética Asistencial, profesional de Cuidados Paliativos, profesionales de Atención Hospitalaria referentes en patologías que frecuentemente solicitan la prestación (Neurología, Neumología, Medicina Interna y Oncología), profesional de Atención Primaria (Enfermero Gestor de Casos), responsable de la Unidad de Atención a la Ciudadanía del Complejo Hospitalario, enfermera responsable de Voluntades Vitales Anticipadas, trabajadora social del Complejo Hospitalario y trabajador social del Distrito de Atención Primaria y profesional de la Unidad de Salud Mental.

El procedimiento de consulta al Equipo LORE es:

1. Solicitud de consulta a través de una dirección de correo electrónico específica, aportando datos clínicos relevantes del paciente, informe de la primera valoración y preguntas o dudas específicas para el equipo.
2. Clasificación de las consultas: Prioridad. alta, media o baja.
3. Asignación de la consulta a un miembro/s del equipo, en función de la naturaleza de la consulta: miembro del Comité de Ética, Cuidados paliativos, trabajador social, Responsable atención ciudadana, etc.
4. Revisión y análisis conjunto del Equipo (si es necesario).
5. Respuesta al profesional consultante: Plazos de respuesta en función de la prioridad.
6. Toma de decisiones por parte del solicitante tras recibir la respuesta del equipo referente.
7. Comunicación del médico responsable con el paciente.
8. Seguimiento del caso.
9. Registro de la consulta.
10. Evaluación y cierre de la consulta.

CONCLUSIONES

Disponer de un equipo de asesoramiento y ayuda ante una solicitud de prestación para ayuda a morir era una necesidad demandada por los profesionales cuando se ven implicados en la prestación de ayuda para morir. La existencia de un equipo de referencia proporciona seguridad, respaldo y acompañamiento a estos profesionales, reduciendo la carga emocional y ética que conlleva este proceso. La figura del coordinador como interlocutor mejora la fluidez y eficacia de la comunicación institucional. Es fundamental el Plan de difusión para que todos los profesionales sanitarios estén informados sobre la existencia de este Equipo y como acceder a él. La formación específica recibida por los miembros del equipo fomenta la mejora continua, la actualización de conocimientos y la reflexión ética ante una prestación altamente sensible.

533 ANÁLISIS DEL RECAMBIO GENERACIONAL EN GESTORES SANITARIOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Hernández Pereña, M¹

¹ Subdirector médico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Este estudio analiza la evolución del número de gestores sanitarios, su distribución por sexo y tramos etarios entre julio de 2016 y febrero de 2025, con el objetivo de evaluar el grado de recambio generacional en una entidad pública de salud. En el contexto actual, marcado por el envejecimiento poblacional, la transformación del liderazgo y la necesidad de adaptación a nuevos retos organizativos, resulta esencial conocer cómo evolucionan los equipos directivos que lideran los servicios sanitarios. Comprender estas dinámicas es clave para planificar políticas eficaces de recursos humanos que aseguren la sostenibilidad del sistema sanitario.

OBJETIVO

El objetivo es describir cómo ha cambiado la plantilla de gestores sanitarios en un servicio de salud autonómico en términos de volumen, género y edad, identificando tendencias que permitan valorar el nivel de renovación generacional durante el periodo de estudio. Esta información puede orientar decisiones estratégicas sobre relevo, formación, promoción profesional y equilibrio de género en el ámbito directivo del sector público.

MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo a partir de datos secundarios publicados en el portal estadístico de personal de una comunidad autónoma. El periodo abarca desde julio de 2016, inicio de la publicación de estos datos, hasta febrero de 2025. Los archivos en formato .xlsx fueron tratados y analizados mediante un cuadro de mandos interactivo diseñado en Power BI, que permitió una visualización dinámica de la evolución temporal. Los datos se desagregaron por sexo y tramos etarios quinquenales, facilitando así la identificación de patrones de envejecimiento, renovación o estancamiento del liderazgo sanitario.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado, el número total de directivos mostró oscilaciones relevantes. En junio de 2016 se registraron 272 gestores, cifra que se redujo hasta 253 en septiembre de 2019. A partir de entonces, se produjo una recuperación progresiva, alcanzando un máximo de 283 en octubre y noviembre de 2024. En febrero de 2025, el número se situó en 277, lo que representa un crecimiento neto de cinco personas respecto al inicio del periodo. Estos cambios reflejan dinámicas internas del sistema y posibles procesos de jubilación, reestructuración o incorporación de nuevos perfiles.

En cuanto al género, se evidenció un cambio relevante en la composición. En 2016, los hombres ocupaban el 50.7% de los cargos directivos y las mujeres el 49.3%. En 2025, la situación se invierte: el 57.8% de los gestores eran mujeres y el 42.2% hombres, lo que indica un aumento sostenido en la participación femenina en el liderazgo sanitario.

Respecto a la edad, en junio de 2016 los gestores menores de 40 años representaban el 1.5% y los de 40 a 44 años el 8.1%. En contraste, los de 60 a 64 años eran el 16.2% y los mayores de 65 el 2.9%. En febrero de 2025, los menores de 40 alcanzaron el 4.0% y los de 40 a 44 años el 8.3%, lo que supone una mejora marginal en la presencia de directivos jóvenes. No obstante, también se produjo un envejecimiento del colectivo: los de 60 a 64 años pasaron al 23.8% y los mayores de 65 al 9.4%. Así, la proporción global de directivos mayores de 60 ascendió al 32.66%, mientras que los menores de 44 años representaban el 12.3%. Estos datos reflejan una estructura etaria marcadamente envejecida, con escasa presencia de perfiles jóvenes en cargos de gestión.

CONCLUSIONES

Se constata una feminización progresiva de los puestos directivos sanitarios y un escaso recambio generacional. La alta proporción de directivos mayores de 60 años plantea un desafío importante para la sostenibilidad de los equipos gestores. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar políticas activas de renovación, formación y atracción de nuevos talentos que garanticen el liderazgo futuro del sistema sanitario.

542 MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA: CAMINO DE CERVANTES, RUTAS DE SENDERISMO PARA PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS.

Roger García, M¹; Navarro Zaragoza, MP¹; Romero Mansilla, C¹

¹Hospital Universitario de Torrejón

INTRODUCCIÓN

Desde el compromiso con la comunidad del área sanitaria en particular, y con la sociedad en general, este hospital es portador en esencia de unos valores que conforman su modo de entender la Sanidad y la vida: la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para mejorar el bienestar de las personas.

Caminar de manera regular en grupo es un ejercicio que ha reportado ser beneficioso en diferentes ámbitos del estado físico y mental de quien lo practica.

Objetivo: El Camino de Cervantes busca fomentar el ejercicio físico y hábitos de vida saludable ofreciendo un grupo social con el que caminar al aire libre de manera colectiva y regular durante, al menos, 10 meses al año. Además, se busca la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de charlas de divulgación ofrecidas tras cada ruta.

MATERIAL

Rutas de senderismo los domingos desde el mes de septiembre hasta junio. Media de 8 a 10 km.

Charlas de promoción de la salud al finalizar las rutas. Impartidas por profesionales del centro.

Participación de las asociaciones de pacientes del hospital en las charlas y rutas.

Colaboración con los ayuntamientos de todos los municipios que colaboran en el Camino.

RESULTADOS

El Camino de Cervantes ha logrado consolidarse como una iniciativa de gran impacto comunitario, con una participación anual de más de 24.000 caminantes. Cada ruta reúne una media de 800 personas, lo que evidencia su capacidad de convocatoria y su aceptación social. En el ámbito digital, el proyecto cuenta con más de 9.200 seguidores en redes sociales. A lo largo de la temporada, se han organizado 20 rutas acompañadas de sus respectivas charlas de promoción de la salud, desarrolladas en colaboración con 23 municipios distintos.

CONCLUSIONES

Existe una relación evidente entre el bienestar de la población y la actividad de caminar en grupo al aire libre. La habituación al ejercicio físico, en compañía, en un entorno natural y en una actividad en la que, además, se ofrece información útil sobre temas de salud, hace que el Camino de Cervantes sea un proyecto innovador, atractivo y comprometido con la población y su bienestar.

Actividad física • Relaciones sociales • Educación sanitaria.

14 ACTUACIONES SOBRE EL USO DE GASES ANESTÉSICOS PARA DISMINUCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO EN UN HOSPITAL

Pastor García, GM¹; Martínez Millán, JF¹; Encinas Llorente, JJ¹; Martín Arcos, PM¹; Díaz Mondéjar, AM¹; Somolinos Martínez, A¹

¹Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

Si el sector de la salud fuera un país sería el 5º mayor emisor de gases de efecto invernadero a la atmósfera. Entre estas emisiones, los gases anestésicos suponen una de las principales fuentes. Estos gases, como el isoflurano, sevoflurano, desflurano y el óxido nitroso (N₂O), son hidrofluorocarbonos (HFCs) y tienen un potencial de calentamiento a 100 años entre 130 y 2540 veces mayor que el CO₂. En nuestro centro, las emisiones de CO₂ producidas por el uso de gases anestésicos en 2023 fueron de 2.254 tCO₂ eq y de 3.377 tCO₂ eq en 2024. Por ello es de vital importancia implementar medidas que reduzcan su impacto en el calentamiento global.

Nuestro Hospital y el Sistema Sanitario en general deben ser conscientes de que la reducción de emisiones de CO₂, entre las que se incluye la contaminación por gases anestésicos, no solo protege el medio ambiente, sino que también beneficia la salud pública al disminuir los riesgos asociados con el cambio climático y mejorar la calidad del aire, especialmente para aquellos con enfermedades respiratorias crónicas como el asma o la EPOC.

OBJETIVO

- Reducir las emisiones de CO₂ asociadas al uso y almacenamiento de gases anestésicos utilizados en nuestro Hospital.
- Reducir la Huella de Carbono total del Hospital, calculada anualmente mediante la herramienta SCOPE CO₂.
- Sensibilizar a los trabajadores sanitarios del impacto de sus actividades sobre el Medio Ambiente.

MATERIAL

Se está actuando tanto desde la parte asistencial como desde la Subdirección de Gestión de Mantenimiento e Infraestructuras del Hospital.

- Desde el Servicio de Anestesiología se están llevando a cabo las siguientes acciones:
- Formación y sensibilización al personal del Servicio de Anestesiología, mediante sesiones clínicas sobre el impacto de los gases anestésicos y cómo se puede trabajar para reducir ese impacto
- Potenciar el uso de técnicas de anestesia de bajo flujo para reducir el uso de anestésicos inhalatorios.
- Utilización de las concentraciones más bajas posibles de anestésicos inhalatorios, apoyándose en la monitorización de profundidad anestésica y control nociceptivo.
- Potenciar el uso de técnicas intravenosas (TIVA).
- Descartar el uso de desflurano, anestésico inhalatorio con mayor potencial de calentamiento global.

Desde la Subdirección de Gestión:

- Retirada del depósito de N₂O de manera definitiva, para evitar la disipación del tanque, que supone que se tengan que efectuar recargas, aunque no se use el protóxido como gas anestésico.
- Sustitución de las tomas de protóxido centralizado.
- Estudio, junto con el Servicio de Anestesiología, de la instalación de dispositivos de captura de gases en quirófanos donde, por las características del paciente o de la intervención, se producen mayores escapes de gases anestésicos al medio (pediatría, endoscopia, etc.). Esta acción tiene beneficios ambientales y también de prevención de riesgos laborales. El Hospital está en fase de recogida de información sobre los distintos dispositivos existentes en el mercado.

RESULTADOS

- Toma de conciencia del personal de Anestesia, con la formación de todo el personal del Servicio mediante sesiones clínicas
- Desaparición de las recargas de protóxido y de las tomas centralizadas, por lo que sólo se usa en procedimientos muy restringidos mediante gas contenido en botellas.
- Reducción de la huella de carbono derivada del uso de gases medicinales en un 96% (alrededor de 2.500 tCO₂ menos), sólo mediante la eliminación de las recargas de protóxido.

CONCLUSIONES

Las medidas de disminución de la Huella de Carbono de un centro sanitario inciden de manera positiva en el Medio Ambiente y, como consecuencia, contribuyen a que el Sistema Sanitario no influya negativamente sobre la salud de los seres humanos. Además son medidas que contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS 3 "Salud y Bienestar" y ODS 13 "Acción por el Clima".

25 ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD POR POBLACIÓN PEDIÁTRICA

López Rubio, MA¹; Lobo Rodríguez, C¹; Gómez-Coronado Martín, R²; Rodríguez Fernández, R¹; García Fidalgo, B¹; Díaz Redondo, A¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Hospital General Universitario Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La elevada frecuentación en los servicios de urgencias representa un desafío para el sistema de salud en España. Sin embargo, los estudios sobre hiperfrecuentación en población pediátrica son escasos, y no existe consenso en la definición de hiperfrecuentación (HF). Identificar sus determinantes es clave para garantizar la calidad asistencial y la eficiencia en el uso de recursos.

OBJETIVO

Analizar la evolución de la HF, definida como ≥ 10 visitas en un año calendario, en los servicios de urgencias pediátricas en un hospital de alta complejidad entre 2022 y 2024, identificando patrones y factores asociados que orienten mejoras asistenciales y organizativas.

MATERIAL

Estudio retrospectivo y transversal que incluyó a pacientes menores de 16 años que acudieron a urgencias entre 2022 y 2024. Se identificaron los pacientes HF y se analizaron variables demográficas, servicio de atención, prioridad en el triaje y diagnóstico al alta. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney, y regresión logística para identificar factores asociados. Análisis realizado mediante STATA.

RESULTADOS

Se atendieron 69.358 pacientes de hasta 16 años, generando un total de 187.168 visitas (34,74%, 32,37% y 32,89% por año). Se identificaron 561 (0,81%) pacientes HF, realizando 11.134 episodios de atención de urgencia (5,95% del total de visitas). El 70,05% de los HF consultó inicialmente en 2022, pero la mayor carga de visitas se concentró en 2023 ($p < 0,001$).

Características demográficas y patrones de consulta

Los HF eran significativamente más jóvenes que los no hiperfrecuentadores (NHF), con una mediana de edad de menos de 1 año [$< 1-3$] frente a 6 años [$1-11$] en NHF ($p < 0,001$). Predominaron los varones en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. La mayoría de las consultas se realizaron en Pediatría General (80,15%), Traumatología Infantil (10,85%) y Cirugía Pediátrica (4,29%). Los HF acudieron más frecuentemente a Pediatría General en comparación con los NHF (90,65% vs. 79,48%; $p < 0,001$).

Prioridad en la atención según triaje Manchester

Se observó una asociación significativa entre el triaje y la hiperfrecuentación ($p < 0,001$). Los HF presentaron menos episodios clasificados como prioridad estándar y no urgente (56,8% y 0,8% respectivamente) en comparación con los NHF (71% y 1,6%).

Distribución de diagnósticos al alta (categorías CMBD)

Los HF presentaron con mayor frecuencia diagnósticos relacionados con infecciones agudas respiratorias (9,63% vs. 3,95% en NHF), otras enfermedades respiratorias (18,72% vs. 16,23%) y otras enfermedades infecciosas (6,9% vs. 5,86%) ($p < 0,001$).

Factores asociados a la hiperfrecuentación

La regresión logística mostró que:

- **Edad:** Los niños menores de 1 año mostraron la mayor probabilidad de ser HF, con una disminución del riesgo a partir de los 4 años, siendo más bajo en el grupo de 12 a 16 años (OR=0,15; IC 95%: 0,10-0,21; $p < 0,001$).
- **Servicio de consulta:** Acudir a Cirugía Pediátrica y Oftalmología se asoció con menor probabilidad de ser HF en comparación con Pediatría General (OR=0,49 y 0,21; $p < 0,05$).
- **Prioridad en la atención:** La categoría "Estándar" mostró una reducción significativa en la hiperfrecuentación (OR=0,19; IC 95%: 0,45-0,78; $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos resaltan la importancia de la edad como factor clave en la HF, con mayor riesgo en lactantes y disminución progresiva con la edad. Además, la relación con el servicio de consulta y la prioridad en el triaje sugiere la necesidad de optimizar los circuitos asistenciales. La alta frecuencia de consultas por patologías respiratorias destaca la importancia de estrategias preventivas. Implementar intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo, especialmente lactantes y pacientes con afecciones respiratorias, podría mejorar la eficiencia del sistema y garantizar una atención más adecuada.

55 BOMBAS INTELIGENTES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS OPINIONES TRAS SU PUESTA EN MARCHA.

Puebla Martín, A¹; Puebla Martín, A²; Arroyo Plaza, G²; Cuesta García, M²; Vázquez Rodríguez-Barbero, I²; García Del Castillo Muñoa, S²; García-Velasco, S²

1 Sescam; 2 Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye actualmente una prioridad de los sistemas sanitarios. Los errores de medicación y los acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos constituyen un grave problema.

Las bombas de infusión inteligentes ayudan a reducir los eventos adversos de medicamentos y los errores de administración de medicamentos a través de funciones de seguridad integradas, como bibliotecas de medicamentos y sistemas de reducción de errores de dosis.

OBJETIVO

Conocer la opinión del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) sobre la reciente implantación de las bombas de administración inteligentes (BAI) y analizar los posibles puntos de mejora.

MATERIAL

Encuesta voluntaria y anónima, se recoge cargo (FEA, Enfermero o Residente), años de experiencia y en SMI; consta de 10 preguntas cerradas [1 Totalmente desacuerdo-5 Totalmente de acuerdo] y 2 abiertas.

Primeras 5 preguntas están dirigidas sólo a enfermería.

- 1ª El uso de las BAI facilita el trabajo diario
- 2ª ¿Consideras que tienes buen conocimiento del uso de las BAI?
- 3ª ¿Se utiliza la farmacoteca en todos los pacientes?
- 4ª ¿El uso de las BAI supone un problema por difícil manejo?
- 5ª Cuando el ritmo de administración o dosis no es adecuado, ¿la alerta es visible e impide administración?
- 6ª ¿Consideras que existe una mejora en la seguridad del paciente con el uso de la farmacoteca?
- 7ª ¿La formación recibida para su manejo fue suficiente?
- 8ª El uso de BAI cumple con tus expectativas [5] o por el contrario podríamos aprovecharlas más [1].
- 9ª ¿Todo el personal utiliza las bombas? [1 se utiliza esparadrapo, 5 exclusivamente se identifica con la propia bomba]
- 10ª ¿Consideras que ayuda a disminuir costos de estancia al reducir riesgos de administración de fármacos de alto riesgo?
- 11ª Se te ocurre alguna mejora en el protocolo de uso
- 12ª Le gustaría incluir algún fármaco nuevo en el repertorio.

RESULTADOS

63 participantes (73% enfermeros con una media de experiencia de 14 años 9 de ellos en UCI, 22% FEA con una media de 20 años experiencia y 5% residentes con 3 años experiencia).

Las primeras 5 preguntas reflejan con una media de 4,6 que el uso de BAI facilita el trabajo diario, con un 4 que se tiene un buen manejo, con un 4 que se utiliza la farmacoteca en los pacientes, con un 2 están en desacuerdo que las bombas sean un problema por difícil manejo y con un 4 que la alerta de error es visible.

La segunda parte del cuestionario refleja con una media de 4.5 que existe una mejora de seguridad para el paciente, con un 3 se reclama mayor formación de las BAI, con un 3.5 se considera que se podría aprovechar más estos dispositivos, con un 3.5 se destaca que hay personal que sigue utilizando métodos anteriores para identificar que se administra y con un 4 que ayuda a disminuir los costos de estancia al disminuir riesgos de administración. El 21% propuso alguna mejora de protocolo reclamando mayor formación del personal nuevo y actualización de la farmacoteca; el 33.3% propuso alguna incorporación a la farmacoteca destacando la sueroterapia y levosimendán.

Se comparan los resultados de los participantes según los años de experiencia o categoría profesional sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que las BAI son una herramienta de fácil manejo que mejora la seguridad en SMI y que se va a tratar de optimizar algunos aspectos para mejorar su uso.

61 CASO DE ÉXITO EN EL CÁLCULO DE LA HUELLA DE CARBONO CORPORATIVA Y SU APLICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS

Leiva Lozano, D¹; Leiva Lozano, D²

¹ Servicios Sociosanitarios Generales, S.L. (GRUPO SSG); ² Alcalá de Guadaira, Sevilla

INTRODUCCIÓN

La huella de carbono es un indicador clave que mide la cantidad total de gases de efecto invernadero (GEI) emitidos directa e indirectamente por una organización. Este estudio representa un caso de éxito en la evaluación del impacto ambiental de una organización durante el período de 2023, demostrando el compromiso con la sostenibilidad y la gestión ambiental responsable. Además, ofrece un modelo replicable para que los Centros Sanitarios puedan gestionar sus propias emisiones y avanzar hacia la neutralidad climática.

OBJETIVO

El objetivo principal de este análisis es cuantificar la huella de carbono para identificar las principales fuentes de emisión y proponer medidas efectivas de mitigación y reducción, en línea con la normativa vigente y las estrategias de sostenibilidad corporativa. Este estudio no solo evalúa el impacto de nuestra organización, sino que también proporciona una metodología adaptable a los Centros Sanitarios para mejorar la gestión de sus emisiones indirectas (Alcance 2), derivadas del consumo de energía.

MATERIAL

Para la medición de la huella de carbono se aplicó el método de cálculo basado en los protocolos internacionales, recopilando datos internos de consumo energético, transporte, uso de agua y generación de residuos. Se utilizaron factores de emisión estandarizados para convertir los datos de actividad en toneladas equivalentes de dióxido de carbono (tCO₂e).

Las emisiones se clasificaron según los tres alcances:

- **Alcance 1 (Emisiones directas):** provenientes de fuentes propias, como vehículos y maquinaria.
- **Alcance 2 (Emisiones indirectas por consumo energético):** consumo de electricidad y otras energías adquiridas.
- **Alcance 3 (Otras emisiones indirectas):** incluye emisiones derivadas del consumo de agua y la cadena de suministro.

RESULTADOS

Emisiones totales: 14.905,6 tCO₂e.

Distribución por Alcances:

- **Alcance 1:** 14.697,71 tCO₂e (98,61%)
- **Alcance 2:** 141,93 tCO₂e (0,95%)
- **Alcance 3:** 65,96 tCO₂e (0,44%)

Benchmarking: Estos resultados pueden servir como referencia para que los Centros Sanitarios comparen y evalúen el rendimiento de sus propias emisiones indirectas, integrándolas en su proceso de toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El análisis realizado ha permitido consolidar un proceso exitoso en la medición de la huella de carbono, generando un total de 14.905,6 tCO₂e durante el año 2023. Se destaca la importancia de integrar la evaluación de emisiones indirectas en el Alcance 2 para mejorar la eficiencia energética y reducir costos operativos en los Centros Sanitarios.

63 CENTROS DE SALUD, FARMACIAS Y ENTIDAD DEL TERCER SECTOR, UNA SINERGIA CONTRA LA POBREZA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA

Zotes Ciprés, MJ¹; Vinzia Portabella, J¹; Jiménez Ibáñez, M²; Salinas-Pérez, JA³; Martínez Altarriba, MC⁴; Baquero Úbeda, JL⁵

¹Asociación Banco Farmacéutico; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ³Departamento de Métodos Cuantitativos, Universidad Loyola Andalucía; ⁴Junta Directiva SEMERGEN Cataluña; ⁵Osteoarthritis Foundation International (OAFI)

INTRODUCCIÓN

La pobreza farmacéutica afecta a más de 2,3 millones de personas en España, que no pueden hacer frente al pago de medicamentos y otros productos sanitarios, por motivos económicos. Desgraciadamente hay cierta población que se plantea la disyuntiva: ¿comer o medicarse?

El Fondo Social de Medicamentos (FSM) es una iniciativa desarrollada por nuestra entidad con la colaboración de centros de salud y farmacias, con el objetivo de garantizar que ninguna persona tenga que renunciar a su tratamiento médico por falta de recursos económicos.

OBJETIVO

- Evaluar el perfil de persona que padece pobreza farmacéutica en base a los datos recogidos por nuestra entidad que lucha contra la pobreza farmacéutica en España.
- Analizar la medicación más frecuente asociada a este perfil de pacientes.
- Sensibilizar sobre la existencia de esta pobreza farmacéutica para gestionar estrategias que contribuyan a su erradicación.

MATERIAL

Estudio retrospectivo descriptivo de los datos socioeconómicos y de medicación de los beneficiarios atendidos a través del proyecto FSM, que se puso en marcha en 2015 y sigue en curso en Aragón, Cataluña y Madrid, donde ha cubierto más de 13.250 planes de medicación con la colaboración de 325 farmacias y 250 centros de salud.

Las trabajadoras sociales sanitarias de los centros de salud recogen un conjunto de variables (sexo, edad, nivel de estudios, nº de hijos, etc.) de los beneficiarios del proyecto, que son personas con enfermedades crónicas que cumplen unos criterios de vulnerabilidad definidos con la Administración Pública correspondiente. Las farmacias colaboradoras, introducen datos de la medicación que les dispensa a cargo de la ONG (medicamento y cantidad).

Se ha estudiado de forma retrospectiva la medicación pagada a personas vulnerables a través del FSM y su perfil sociodemográfico, entre los años 2018 y 2024.

RESULTADOS

- Las personas beneficiarias son mayoritariamente del grupo entre los 50 y 69 años (55%), mientras que el grupo de los menores de 18 años representó el 8,1% del total de las ayudas.
- El 63% de las personas eran padres/madres de familia, siendo el 23,7% miembros de una familia numerosa. El 94,7% tienen que hacer frente a un porcentaje de copago farmacéutico del 40% del precio de sus medicamentos (TSI 3).
- La mayoría de los planes estuvieron asociados a beneficiarios con educación básica (48,6%), educación secundaria (21,8%) y sin estudios (20,3%).
- El programa FSM del BF ha financiado 334.795 medicamentos en los 7 años, de los cuales el 56,4% fue destinado a mujeres vulnerables; siendo los más frecuentes los destinados al sistema nervioso (35,1%), cardiovascular (17,6%), digestivo (15%), respiratorio (6,1%) y circulatorio (5,6%).
- Los medicamentos costeados más frecuentes, pertenecen al grupo terapéutico de los analgésicos (16,7% del total), seguidos por los psicofármacos (8,8%), los psicoanalépticos (6,2%) y los fármacos usados en diabetes (5,9%).

CONCLUSIONES

1. Muchas personas adultas en edad activa tienen problemas para acceder a tratamientos adecuados, por falta de recursos económicos. Las personas atendidas por el FSM suelen ser padres/madres de familia con un nivel de formación no muy elevado, y casi en su totalidad, con rentas inferiores a 18.000€/año a los que les corresponde un porcentaje de copago del 40% de su medicación.
2. Los medicamentos más demandados por estos pacientes son los destinados al sistema nervioso, siendo los analgésicos, psicofármacos y psicoanalépticos de los grupos terapéuticos más frecuentes. Es decir, el dolor y las enfermedades mentales parecen estar vinculadas a situaciones de pobreza farmacéutica y vulnerabilidad social.
3. El FSM, con un modelo de gestión multidisciplinar, cubre una clara necesidad de un colectivo desfavorecido de la sociedad, reduciendo el sufrimiento y ayudando a mantener la adherencia al tratamiento a personas en situación de pobreza farmacéutica.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****525**

75 COMPRA PÚBLICA INNOVADORA Y SU EFECTO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD

Fernández Sánchez, A¹; Cortés García, S¹

¹ Hospital Universitario Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario, la contratación pública innovadora (CPI) de medicamentos representa una oportunidad para transformar la forma en que se adquieren los tratamientos, asegurando que no solo se valore el precio, sino también la calidad asistencial y los resultados en salud. A través de una compra “sostenible” y adaptada a las necesidades de los pacientes y los profesionales, se busca garantizar una respuesta integral a las patologías. Esta modalidad de compra no solo tiene en cuenta los medicamentos, sino también el impacto en el entorno de trabajo, la formación y la calidad de vida de los profesionales y familiares. No se trata únicamente de cumplir con los requisitos de adquisición, sino de establecer un proceso que permita adaptarse continuamente a las necesidades cambiantes del sistema sanitario.

OBJETIVO

El objetivo es desarrollar un modelo de CPI para medicamentos que no solo se base en el coste-beneficio económico, sino también en la calidad de los resultados en salud, el acceso a la prescripción y el cuidado integral del paciente. Se busca alcanzar un equilibrio entre la administración pública y la industria farmacéutica, donde se valore tanto la calidad de los tratamientos como la efectividad de estos en el cuidado de los pacientes. Este enfoque debe implicar a todos los actores del proceso, incluidos los profesionales de la salud y los familiares.

MATERIAL

En el caso de los fármacos, el precio no debe ser el único criterio; lo esencial es definir criterios de resultados en salud, fomentar una colaboración continua y activa con la industria, y garantizar un seguimiento real y constante. Este proceso debe asegurar la sostenibilidad, involucrar a todos los profesionales de la salud y pacientes en todas las fases del proceso, desde su inicio hasta el análisis de los resultados finales. Además, debe promover la **transparencia** y la **adaptabilidad**, incorporando tecnologías innovadoras en el diagnóstico y seguimiento, como el uso de la inteligencia artificial.

El método consistirá en un equipo compacto y operativo que garantice resultados continuos, adaptando los procesos a las necesidades y novedades. Su objetivo será reflejarse en la preparación y el seguimiento de la compra de fármacos, evaluando su impacto en las patologías. Al vincular los resultados a una retribución por objetivos, se valorará el impacto de su trabajo.

RESULTADOS

Se espera lograr una mejora directa e indirecta en la salud de los pacientes, proporcionando una respuesta integral a las patologías. También se busca optimizar el entorno de trabajo de los profesionales mediante la mejora de recursos materiales, formación y condiciones laborales. A largo plazo, este enfoque garantizará una mejor calidad asistencial y un proceso de compra que valore tanto el coste como el retorno de inversión en términos de salud, maximizando los resultados para los pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES

El desarrollo de una CPI para medicamentos en el entorno hospitalario requiere un enfoque integrador que valore tanto la innovación como la sostenibilidad. Si bien su implementación puede representar un reto en las fases de ejecución y mejora, el esfuerzo es esencial para garantizar una atención sanitaria de calidad y centrada en el paciente. La clave del éxito radica en la colaboración activa entre la industria farmacéutica, los clínicos y las administraciones públicas para materializar propuestas innovadoras. Además, es fundamental que la CPI tenga en cuenta el impacto directo e indirecto en los pacientes, familiares y profesionales, optimizando tanto el entorno laboral como el proceso asistencial. Solo a través de un equilibrio entre el coste, la calidad y los resultados en salud se podrá asegurar un modelo sostenible y eficaz.

83 CONVENIOS: UNA FORMULA DE PARTICIPACIÓN DE ASOCIACIONES EN UN ÁREA INTEGRADA DE SALUD

Urmeneta Aguilar, S¹; Muro Aguado, J¹

¹ Hospital R.S. Tudela Navarra

INTRODUCCIÓN

Los convenios de colaboración con el Área Integrada de Salud son fórmulas que permiten la participación activa y sistematizada de las asociaciones de pacientes y familias en la actividad del Área Integrada de Salud estableciendo unos objetivos comunes para ambas partes y unos compromisos específicos en cuanto a la actividad a desarrollar.

Son convenios que se encuadran en el marco de la misión, visión y fines de cada entidad en el Plan estratégico del Área de Salud y en su Modelo de Gestión Avanzada, formalizando alianzas estratégicas, considerando a estos Grupos de Interés como aliados en la consecución de objetivos y acciones planificadas.

OBJETIVO

- Promover la salud desde un enfoque integral y comunitario.
- Coherente con el Objetivo Agenda 20230. ODS 3. SALUD y BIENESTAR.
- Promover la corresponsabilidad ciudadana en relación a la salud, conocer las necesidades y expectativas de las asociaciones y pacientes/familias
- Establecer alianzas con grupos de interés
- Generar un marco estable de participación para identificar necesidades de pacientes y familias.
- Impulsar la participación ciudadana en la definición, despliegue y seguimiento de estrategias del Área de Salud.
- Fortalecer la transparencia y recogida de información para ayudar en la toma de decisiones de la organización.
- Promover la participación de personas y entidades que trabajan en el ámbito de la salud en la elaboración de proyectos que mejoren la calidad de vida del Área Integrada de salud
- Mejorar la calidad de la atención pudiendo incorporar propuestas ciudadanas e implementar mejoras. Identificando áreas de mejora.
- Establecer canales de comunicación entre el Área Integrada de Salud y la ciudadanía
- Promover la acción del voluntariado de las diferentes asociaciones en recursos y programas.

MATERIAL

El **Plan Estratégico del Área de Salud** recoge en su línea estratégica Redes Asistenciales la “Promoción de la salud y prevención de la enfermedad” sobre grupos poblacionales determinados y la “Atención centrada en la persona” que incorpore la voz del paciente a través de los grupos de interés para desarrollar programas de atención para determinados colectivos.

Se plantea también consolidar y extender las Redes Locales de Salud como estructuras de colaboración entre los diferentes servicios de salud y otras entidades, sectores y asociaciones.

Al mismo tiempo, pretendemos mejorar los niveles de salud trabajando para ellos con una sistemática y metodología con la organización de encuentros programados e informales en función de las necesidades de ambas partes en el marco de los diferentes convenios.

RESULTADOS

En este momento hay cinco convenios firmados con el Área Integrada de Salud.

Tienen una duración de entre uno y cuatro años prorrogables por acuerdo de las partes.

Todos ellos tienen una comisión mixta de seguimiento en la que ir avanzando en la concreción de los acuerdos adoptados.

CONCLUSIONES

Se han desarrollado canales estables de Comunicación para conocer las necesidades y expectativas de la ciudadanía e incorporar su opinión en el diseño y mejora de procesos.

Se incorporado la voz de los pacientes a través de estas alianzas para desarrollar programas de atención concreta y adaptada para determinados colectivos.

Se han creado sinergias de colaboración con otras entidades para convenios futuros.

Herramienta de colaboración de proyectos y representación de intereses mutuos tanto de la organización sanitaria como de las asociaciones.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



527

81 CONTRATACIÓN PÚBLICA SOSTENIBLE DURANTE TODO EL PROCESO

Fernández Sánchez, A¹; Cortés García, S¹

¹ Hospital Universitario Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal es lograr una contratación pública sostenible a lo largo de todo el proceso. Esto incluye la implicación activa de todos los actores, desde la preparación y redacción de la licitación hasta la colaboración, el seguimiento y la mejora continua tanto de la administración como del adjudicatario o proveedor. No nos limitaremos únicamente a contratar un suministro o servicio, sino que realizaremos un análisis integral del impacto, considerando de manera amplia y personalizada las medidas de sostenibilidad y Agenda 2030.

Además, el proceso se diseñará de manera personalizada y realista, para garantizar que sea lo más sostenible posible en función del objeto del contrato.

OBJETIVO

El objetivo es integrar medidas reales de sostenibilidad en la contratación pública de manera integral, desde la preparación de la licitación hasta la evaluación y mejora continua. Se busca garantizar criterios de selección responsables e impulsar la colaboración entre la administración y los proveedores. De esta forma, el proceso de contratación no solo será eficiente y transparente, sino también sostenible a nivel ambiental, social y económico.

MATERIAL

El **método utilizado** consiste en realizar un análisis previo para identificar los tipos de servicios, obras o suministros que pueden tener un mayor impacto, ya sea por su objeto, volumen o características particulares. Una vez identificados, se llevarán a cabo diversas acciones: pruebas, negociación directa, revisión del contrato, actualización de normativas o certificaciones, y asesoramiento para implementar mejoras.

El segundo paso sería **implementar obligaciones o compromisos específicos**, así como establecer un seguimiento de mejora mediante auditorías o informes. El último paso consistiría en **incorporar estas cláusulas en los contratos vigentes y**, especialmente, en los contratos futuros.

RESULTADOS

Los resultados esperados son implementar una **contratación pública sostenible** en todas las fases del proceso, logrando un impacto positivo **ambiental, social y económico**. Se fomentará la **colaboración activa** entre la **administración** y los **proveedores**, alineando las acciones con la **Agenda 2030** y adoptando **criterios responsables de selección**. Además, se implementarán **seguimientos** mediante informes periódicos para asegurar la mejora continua y adaptabilidad a cada contrato. A largo plazo, se buscará optimizar el impacto global y garantizar que las cláusulas de sostenibilidad se integren tanto en los **contratos vigentes** como en los **futuros**.

CONCLUSIONES

En conclusión, la **contratación pública sostenible** busca generar un impacto positivo **ambiental, social y económico** a lo largo de todo el proceso, desde la licitación hasta la mejora continua. Gracias al **volumen de contratos** que manejamos, nuestra **experiencia previa** y el compromiso de todos los profesionales del centro, podemos implementar medidas de sostenibilidad realistas y personalizadas. La **colaboración activa** con la **administración** y los **proveedores** es clave, y desde nuestra posición podemos **implicar al resto de proveedores**, asegurando que todos cumplan con criterios responsables y contribuyan al cumplimiento de la **Agenda 2030**. A largo plazo, la integración de estas prácticas en **contratos vigentes y futuros** optimizará los resultados sostenibles, generando un impacto duradero y positivo en todas las áreas.

118 DIGITALIZANDO LA ACOGIDA HOSPITALARIA AL PACIENTE Y SU FAMILIA: GUÍAS DE INFORMACIÓN EN FORMATO QR

Sánchez Barber, F¹; Hernández Rodríguez, I²; Soria Martín, D²; Santana Padilla, YG²; Fayna, SB²

¹ Servicio Canario de la Salud; ² CHUIMI

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario es una experiencia estresante tanto para el paciente como para su familia. La falta de información clara y accesible, no solo sobre el proceso de la enfermedad sino también sobre el entorno hospitalario: su normativa, y los derechos y responsabilidades del paciente, puede generar incertidumbre generando estrés y dificultando la toma de decisiones del paciente y su entorno familiar.

Garantizar el acceso a información actualizada es fundamental para una comunicación efectiva entre el personal sanitario, los pacientes y sus familias. En este contexto, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) desempeñan un papel clave al proporcionar un formato innovador que mejora la accesibilidad a la información y normativas internas del centro favoreciendo una atención más eficiente y sostenible.

OBJETIVO

Objetivo General

-Mejorar la experiencia del paciente y su familia, proporcionando información accesible a través de códigos QR.

Objetivo Específicos

- Aportar información sobre aspectos generales de la hospitalización, normativa interna, y derechos y deberes del paciente en cada unidad de hospitalización.
- Favorecer una comunicación sostenible a través de códigos QR

MATERIAL

Diseño y puesta en marcha de un proceso de información digital.

Prevía revisión y actualización de las guías existentes. Se adaptaron nuevas guías informativas para el paciente hospitalizado y su familia, con un formato visual atractivo y de fácil lectura. El contenido incluye una carta de bienvenida, aspectos generales de la hospitalización, normativa y recursos de apoyo del centro.

La información fue digitalizada mediante códigos QR, los cuales se integraron en un cartel ubicado estratégicamente como punto de información para paciente y familia. Cada cartel fue diseñado de manera individualizada para cada unidad; donde se incorporó foto de la unidad y dos códigos QR, uno con la nueva guía informativa y otro con la carta de derechos y deberes del paciente. A partir de julio de 2024, la cartelería estuvo disponible para facilitar su escaneo a través de dispositivos móviles.

RESULTADOS

Desde julio de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024, se registraron 6440 ingresos hospitalarios, cuyos pacientes y familiares accedieron a las guías de información y a los derechos y deberes del paciente a través de los códigos QR escaneados con sus dispositivos móviles. Esta iniciativa permitió un ahorro considerable de impresos informativos, reduciendo significativamente el consumo de papel e innovando la manera de comunicación con los usuarios de nuestro centro hospitalario en cada una de las unidades de hospitalización.

CONCLUSIONES

La implementación de las guías de información en formato QR es una estrategia novedosa en la transmisión de información y contribuye a la sostenibilidad del sistema ambiental.

Con esta nueva estrategia ayudamos a disminuir la huella de carbono, evitando transportar material innecesario.

Favorecemos la consecución de los objetivos anuales necesarios para la reacreditación de la normativa ISO 14001 del centro hospitalario.

121 DISEÑO Y EJECUCIÓN DE UN PROYECTO DE GESTIÓN DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS ENTRE CENTROS HOSPITALARIOS

García Lorenzo, A¹; Gilabert Perramon, A¹; García López, V¹; Guiu Segura, JM¹

¹ Consorci de Salut i Social de Catalunya

INTRODUCCIÓN

La gestión de los medicamentos caducados representa un desafío en la gestión farmacéutica con un impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario, tanto por su impacto económico como por sus consecuencias medioambientales. La provisión de medicamentos supone que en muchas ocasiones estos lleguen a caducar, lo que genera residuos que pueden contribuir a la contaminación ambiental y, a su vez, un impacto económico en los centros hospitalarios. En este contexto, surge este proyecto que pretende aportar una solución innovadora y colaborativa, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos farmacéuticos dentro de la red hospitalaria autonómica, basándose en la experiencia previa en otras comunidades autónomas.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una plataforma digital interoperable que permita el intercambio de medicamentos entre hospitales, especialmente aquellos con caducidad próxima, reduciendo el impacto económico disminuyendo costes y fomentando la sostenibilidad ambiental.

MATERIAL

El proyecto se ha desarrollado en dos fases diferenciadas:

- 1. Prueba piloto:** Se realizó una primera versión de la herramienta web, implantado en hospitales de distinto nivel de complejidad para evaluar su viabilidad. En esta etapa se realizó la selección de medicamentos potenciales de alto impacto económico y mayor riesgo de desperdicio.
- 2. Fase de implementación:** Se diseñó una nueva plataforma incorporando nuevas funcionalidades, como la integración con los sistemas de gestión hospitalaria para optimizar la operatividad y el cumplimiento normativo, de acuerdo con los aprendizajes de la fase piloto.

RESULTADOS

Se desarrolló una plataforma web con funcionalidades avanzadas que permiten la gestión eficiente del intercambio de medicamentos. Entre sus principales prestaciones destacan:

- **Interoperabilidad:** Compatibilidad con los sistemas informáticos de gestión de fármacos de cada centro hospitalario.
- **Trazabilidad completa:** Registro automatizado de cada intercambio para garantizar la seguridad y el cumplimiento normativo.
- **Optimización:** Mejora la gestión de stock, facilitando el acceso a medicamentos disponibles en otros centros.
- **Gestor de alertas:** Sistema de notificación a profesionales sobre disponibilidad y caducidad de fármacos, reduciendo el desperdicio.
- **Gestión de balance:** Sistema que permite compensar los importes de los medicamentos intercambiados.

La herramienta permitió gestionar los intercambios de manera eficiente, con trazabilidad y registro automatizado. Asimismo, se recopilaban datos sobre los patrones de uso y demanda de medicamentos para realizar mejoras en la plataforma. La implementación se está realizando de manera progresiva en la red hospitalaria pública autonómica, permitiendo ajustes y mejoras basadas en la experiencia de los profesionales sanitarios. Además, se desarrolló un plan de formación para los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

La implementación de la plataforma digital no solo ofrece una solución rentable para los hospitales y el sistema de salud, sino que también tiene un impacto positivo en el medio ambiente al reducir la destrucción de medicamentos. Con la implementación completa de la plataforma en toda la red de hospitales se espera un impacto positivo mayor, consolidándola como un referente del sector en la alineación de objetivos de la Agenda 2030 y convirtiéndose en un modelo de gestión sostenible. Este proyecto ejemplifica cómo la innovación tecnológica y la colaboración multicéntrica pueden abordar desafíos globales como la sostenibilidad en la gestión de los recursos farmacéuticos.

196 GRADO CONOCIMIENTO Y ACTITUDES PROFESIONALES SANIDAD EN SALUD AMBIENTAL

Ros Escudero, S¹; Sedes Romero, JF¹; Pellicer Orenes, F¹; Meroño Rivera, MD¹; Mará José, VP¹; José, MR¹

¹ Servicio Murciano de Salud. Área Salud II Cartagena

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud ambiental, circunscrito a un entorno clínico asistencial, se corresponde con la influencia de distintos agentes ambientales físicos, químicos y biológicos, en la salud de aquellas personas que se interrelacionan, bien profesionales, bien pacientes o personas afines; y con los posibles perjuicios que pueden causar en el propio entorno donde se desarrollen las actividades sanitarias.

Para la OMS (2019), el trabajo desarrollado en unos entornos seguros y saludables desde el punto de vista medio ambiental, hace disminuir las tasas de morbilidad; resultando interesante establecer y desarrollar herramientas de toma de decisiones, prevención, etc., de los efectos negativos que, para el Medio Ambiente y la salud humana, pueda ocasionar determinadas actuaciones en centros sanitarios.

Uno de los indicadores actuales del Acuerdo de Gestión entre la Gerencia de nuestra área de salud y la Gerencia de nuestro Servicio Regional de Salud se circunscribe a la "Formación, información y concienciación medioambiental de todos los trabajadores".

OBJETIVO

Describir los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios de un área de salud relacionados con el medio ambiente.

MATERIAL

Los métodos utilizados fueron la revisión bibliográfica y un estudio descriptivo, transversal y observacional.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Cuiden, Pubmed, Scielo y Cinahl durante junio-diciembre 2024.

El estudio empírico se realizó sobre una población total de 164 sujetos siendo seleccionados de forma aleatoria.

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario ad hoc, de carácter anónimo y autoadministrado.

Se recogieron datos sociodemográficos y profesionales.

El estudio incluyó variables independientes sobre los conocimientos relacionados con el concepto, contenido, legislación y actitudes de los profesionales sanitarios respecto a la salud ambiental.

Fueron seleccionados 78 artículos originales, con 5-10 años de antigüedad que contaran con resumen y texto completo.

A partir de la revisión del título y resumen, de los 78 artículos iniciales, se seleccionaron 24 artículos, por guardar relación con el objetivo principal de este trabajo.

Tras una segunda lectura, finalmente fueron seleccionados 9 artículos para incluir en esta revisión.

RESULTADOS

El estudio observacional realizado constató que el 45,73% de los sujetos participantes fueron profesionales sanitarios y un 54,27 % profesionales no sanitarios, con una media de 18,1 años de experiencia profesional.

El 56,7% de los sujetos participantes en el estudio fueron mujeres, con una edad media de 39,9 años.

Los resultados obtenidos en la encuesta son similares a los de otros estudios.

La mayoría de los profesionales que participaron tienen claro el concepto de salud ambiental, siendo su nivel de conocimientos medio. Su autopercepción se asocia a la formación previa en materia de salud ambiental, a la lectura de documentos relacionados con ésta o a la demanda de información que pueda haber al respecto.

Las actitudes que refieren los sujetos participantes son positivas hacia la salud ambiental, sin embargo, desconocen aspectos sobre la legislación y su contenido.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el concepto de salud ambiental lo conocían el 91% de los sujetos encuestados, presentándose como hecho transversal a todas las categorías profesionales.

Respecto al total de datos obtenidos, un dato que adquiere carácter de contradictorio es el de la consideración, por parte de los encuestados, de la falta de conocimientos para informar a la población sobre la importancia de preservar la salud medio ambiental y la legislación que con este hecho se correlaciona.

Los sujetos participantes reconocen tener interés en aumentar sus conocimientos sobre el tema.

Por ello sería interesante proporcionar una mayor formación, bien a través de cursos o mediante charlas en el lugar de trabajo.

198 GUÍA DE DESCARBONIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS

Larriba Leira, L¹; Larriba Leira, LLL²; Blasco Moreno, R³; Cerrillo Martín, A⁴; Martín Rodríguez, JA⁵; Ortiz Otero, M⁶; Díaz-oliver Fernandez-hijicos, AM⁷

¹Area Sanitaria de A Coruña e Cee; ²Area Sanitaria A Coruña e Cee. SERGAS. Miembro de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad; ³Hospital A.U. Guadarrama. SERMAS Miembro de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad.; ⁴Hospital G.U. Gregorio Marañón. SERMAS Miembro de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad.; ⁵Hospital U. del Tajo. SERMAS Miembro de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad.; ⁶Hospital A.U. Fuenlabrada. SERMAS Miembro de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad.; ⁷Red Sanitaria de Responsabilidad Social y Sostenibilidad.

INTRODUCCIÓN

El cambio climático tiene impacto directo en la salud pública, exacerbando problemas respiratorios, cardiovasculares y fomentando la aparición de nuevas enfermedades. El sector sanitario es responsable del 4,5% de las emisiones globales de gases de efecto invernadero (GEI), haciendo imprescindible la adopción de estrategias de descarbonización.

La iniciativa "OneHealth" reconoce la interdependencia entre salud humana-animal-ambiental, promoviendo una gestión sostenible para mejorar los resultados de salud. La medida y gestión de la Huella de Carbono (HC), ayuda a identificar áreas de mejora en el uso de energía y recursos, promoviendo la sostenibilidad.

La descarbonización sanitaria, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el Acuerdo de París, busca alcanzar la neutralidad climática para 2050. La Ley de Cambio Climático española impulsa la reducción de emisiones mediante energías renovables y eficiencia energética en los hospitales.

OBJETIVO

Elaborar una Guía que proporcione un marco claro y práctico para reducir el impacto ambiental de centros sanitarios y sus emisiones de GEI medidas como HC, facilitando la aplicación de estrategias sostenibles con enfoque en la reducción de emisiones NETtoZERO, buscando integrar a los hospitales en el esfuerzo global de mitigación del cambio climático, convirtiéndolos en referentes de sostenibilidad.

MATERIAL

Para desarrollar esta guía, se adoptó un enfoque interdisciplinario basado en evidencia y experiencia, para garantizar la aplicabilidad y efectividad de las estrategias propuestas.

Siguiendo los siguientes pasos:

- Creación de un grupo de trabajo: Se conformó un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de 5 hospitales de diferentes servicios de salud, con experiencia en sostenibilidad ambiental, y energética, comunicación y gestión hospitalaria.
- Búsqueda bibliográfica sistemática: Realizando un análisis exhaustivo para identificar buenas prácticas en centros sanitarios que reducen su huella de carbono pertenecientes al C2DS en España, Francia y Reino Unido. identificando modelos de éxito y tendencias innovadoras que sirvieron como base para la propuesta de estrategias en la guía.
- Recopilación y análisis de buenas prácticas: Seleccionando 52 iniciativas destacadas en la reducción de HC en hospitales. Estas prácticas fueron evaluadas en función de su impacto, facilidad de replicación y costo-beneficio, su viabilidad para distintas escalas y tipos de centros sanitarios. Muchas de estas prácticas han sido reconocidas y premiadas a nivel nacional e internacional, reforzando su validez como referencia.
- Evaluación y selección de estrategias: Se definieron criterios de selección para priorizar las prácticas más efectivas y aplicables. Se establecieron indicadores clave de desempeño (KPI) para medir su impacto y seguimiento, asegurando que las instituciones puedan monitorear su progreso en la reducción de emisiones de carbono.
- Herramienta de medición y seguimiento: Se propuso la declaración de huella de carbono como metodología estándar para cuantificar el impacto ambiental de los centros sanitarios, incluyendo herramientas y guías para facilitar su comprensión e implementación.

RESULTADOS

- Publicación de la guía que se estructura en los siguientes apartados:
- Introducción: Importancia de la descarbonización y el papel del personal sanitario.
- Comprendiendo la HC: Definiciones y ejemplos aplicados a hospitales.
- Estrategias de reducción de emisiones: Alcances 1, 2 y 3.
- Implementación en hospitales: Planificación, formación, seguimiento y reporte.
- Casos de éxito y buenas prácticas: Experiencias en hospitales y lecciones aprendidas.
- Herramientas y recursos: Guías, normativas y redes de apoyo.
- Conclusiones. Resumen de puntos clave.
- Anexos. Glosario.

CONCLUSIONES

La descarbonización del sector sanitario es una prioridad para garantizar la sostenibilidad y resiliencia del sistema de salud. Esta guía ofrece un marco práctico para medir y reducir la huella de carbono, alineándose con los ODS y el Acuerdo de París.

El trabajo colaborativo y el intercambio de buenas prácticas son fundamentales para lograr un sistema sanitario más sostenible. La formación del personal y el monitoreo de las emisiones son claves para la eficacia de las estrategias implementadas.

236 IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE TEMPERATURAS EN LA RED DE FRÍO DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN

Pérez Valenzuela, JA¹; Martín-Albo Palacios, J¹; Rodríguez Gil, D¹; López Tuñón, MC¹

¹ Distrito Sanitario Jaén

INTRODUCCIÓN

las vacunas son productos biológicos sensibles a las variaciones de luz, humedad y, fundamentalmente, temperatura. Para mantener su capacidad inmunizante desde la fabricación hasta la administración, es crucial conservarlas a la temperatura recomendada en todo momento puesto que la alteración de las condiciones ideales de conservación puede acelerar la pérdida de potencia o inactivar completamente la vacuna

OBJETIVO

El objetivo general es garantizar que las vacunas se almacenen dentro del rango de temperatura adecuado (+2 °C a +8 °C) mediante registradores continuos de temperatura. Para lograrlo, se implanta un sistema de monitorización, en remoto, de la temperatura de los frigoríficos de farmacia que contienen las vacunas con el objetivo de evitar posibles fallos o cambios de temperatura que puedan afectar a la medicación y vacunas que se guardan en estos frigoríficos.

MATERIAL

1. Análisis de necesidades.

- Auditoría de sistemas de refrigeración en la totalidad de los centros de Atención Primaria de los Distritos Sanitarios Jaén y Jaén Sur.
- Evaluación de idoneidad de los equipos existentes en relación a la relación de vacunas y población a inmunizar, capacidad de almacenamiento, calidad del sistema de refrigeración, etc.
- Dotación de nuevos equipos de refrigeración en sustitución de aquellos que no alcanzan los estándares de calidad fijados.
- Actualización de instalaciones eléctricas y telecomunicaciones para la adecuada conexión posterior, en remoto, de los equipos.
- Dotación de dispositivos con conexión de una sonda de temperatura tipo PT100 que envíen datos por la red cableada corporativa de la Junta de Andalucía por RJ45 con alimentación POE
- Conexión con servidor central alojado en nuestras infraestructuras
- Empleo de software de gestión permita el envío de alertas a través de diferentes medios (MANSIS XXI, SMS, email...)

2. Evaluación de Beneficios y Desafíos en la Experiencia Piloto

Estudio de Caso:

- Desarrollar un estudio de caso detallado sobre la implantación en los Centros de Salud en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur.
- Recopilar datos cualitativos y cuantitativos de la experiencia piloto.

RESULTADOS

El uso de registradores continuos de temperatura permite obtener información exhaustiva sobre el frigorífico, proporcionando información exhaustiva en tiempo real. Este seguimiento y datos obtenidos nos proporciona las siguientes ventajas:

- Obtención de un historial detallado de las temperaturas, lo que es crucial para auditorías y cumplimiento normativo.
- Verificación de que se seguido las pautas de almacenamiento adecuadas, lo que es especialmente importante en el contexto de campañas de vacunación masiva y en la distribución de vacunas a comunidades vulnerables.
- Reducción del riesgo de pérdida de vacunas debido a condiciones inadecuadas de almacenamiento.
- Envío automático de alertas que permite a los profesionales de la salud tomar decisiones rápidas y efectivas en caso de que se produzcan desviaciones de los rangos recomendados.
- Ahorro económico por el adecuado control de stock.
- Se evita rotura de stock.
- Al utilizar registradores de datos de alta calidad, se minimizan los costes a largo plazo debido a su durabilidad y fiabilidad.
- Mejora de la eficacia operativa puesto que al automatizar el proceso de monitoreo, se reduce la carga de trabajo del personal, permitiéndoles enfocarse en otras tareas críticas relacionadas con la atención al paciente y la gestión de la salud pública.

CONCLUSIONES

La aplicación de soluciones domóticas de este tipo mejora la calidad en los procesos de inmunización a la población por impedir la rotura de la cadena de frío, mejorar la calidad asistencial incrementando la seguridad del paciente, facilitar la labor de los profesionales y reducir el coste por paciente en la vacunación.

240 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS ORGÁNICOS EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Pazos Ramos, P¹; Guerrero Adán, GA¹; Lobo Rodriguez, MC¹; Guerra Sánchez, L¹; Moro Tejedor, MN¹; Oñate Heredero, MC¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se ven afectados por infecciones nosocomiales, cifra que puede alcanzar hasta el 30%. Estas infecciones representan la séptima causa de muerte en el mundo, siendo responsables de aproximadamente 2 millones de muertes anuales. Las excretas (vómitos, orina, heces) son un reservorio de microorganismos con alta capacidad de diseminación, capaces de causar infecciones. El riesgo bacteriano relacionado con las heces es particularmente alto debido a la presencia de numerosas familias de bacterias cuyo reservorio es el tracto digestivo, como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococos* resistentes a glucopéptidos y *Clostridium difficile*, responsables del 38% al 50% de las infecciones nosocomiales.

El manejo de las excretas es una tarea ingrata, tediosa y costosa, expone al profesional, al paciente y al medio ambiente a la contaminación microbiana. Los contenedores de un solo uso favorecen la prevención de la infección promoviendo la salud y seguridad de pacientes y profesionales, simplificando el manejo de excretas y facilitando la actividad asistencial. Además, contribuyen a una gestión responsable y sostenible, mejorando la satisfacción de los usuarios.

La Directiva Europea (2019/904) relativa a la reducción del impacto de determinados productos de plástico en el medioambiente, hace necesario tomar acciones en los centros sanitarios.

OBJETIVO

Estimar el coste económico y medioambiental de sustituir los contenedores de excretas de plástico por biodegradables en un hospital de alta complejidad.

MATERIAL

Diseño: Estudio descriptivo transversal con recogida retrospectiva de datos del consumo y coste de los contenedores de excretas desechables durante el año 2024.

Ámbito de estudio: Centro Oncológico de un hospital de tercer nivel.

Variables del estudio: dispositivos de eliminación, costes por eliminación y tiempo de los profesionales.

Análisis de datos: las variables cualitativas con frecuencia y porcentaje y la estimación de costes en euros.

RESULTADOS

En el año 2024 ingresaron 2.752 pacientes, con 25.995 estancias. Se consumieron 5.700 contenedores de excretas, de los cuales 2.700 fueron cuñas y 3.000 orinales masculinos con coste total 2.965,71€. El consumo medio de unidades por ingreso fue de 2,07 y por estancia 0,21 unidades.

La destrucción en macerador supuso 1.140€, pudiendo reducirse a un 25% si en cada ciclo se introduce el máximo número de contenedores vs la desinfección del mismo número de contenedores de plástico en lavacuñas que cuesta 4.845€, un incremento del 76,47%. En cuanto al impacto medioambiental, el ahorro de electricidad anual, usando macerador vs lavacuñas, es de 1219,8 kW y 85.500 litros de agua. El tiempo medio empleado para la limpieza sería de 5 min vs eliminación 1 min supone 4.845€ vs 855€ (-82,35%).

Además, suponiendo una vida media de uso de 1 contenedor de plástico por cada 5 ingresos para el mismo periodo, serían 819 unidades, 550 cuñas y 269 orinales masculinos, con un coste de 3.458,99€, un 14,26% más. Estos contenedores están fabricados con 172,30 kg de plástico, generando 603,05 kg de CO₂ cuando sean eliminados.

CONCLUSIONES

La utilización de dispositivos de eliminación desechables es costo-eficiente, permite reducir el riesgo de infecciones, aumenta la seguridad de paciente y del profesional. Evitar que los profesionales tengan que invertir tiempo en la limpieza de los contenedores, permite disponer de más tiempo para la atención directa, evita riesgos biológicos por salpicaduras y aumenta la satisfacción. Además, reducir el consumo de energía eléctrica y de agua, evitando el uso de detergentes y la eliminación de residuos disminuye el impacto medioambiental. El desafío que plantean los residuos plásticos y la apremiante urgencia de abordar el cambio climático y ambiental ofrecen la oportunidad a los centros hospitalarios de llevar a cabo iniciativas de sostenibilidad.

244 IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA BIM, UN ENFOQUE INTELIGENTE EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS

Pérez Valenzuela, JA¹; Díaz Martínez, JM²; López Tuñón, C¹; Martín-albo, P¹; Porras Quesada, MJ³

¹ Distrito Sanitario Jaén; ² Hospital Virgen de las Nieves; ³ Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

INTRODUCCIÓN

Este artículo evalúa la gestión del modelo BIM en cuanto a flujos de información y organización de los stakeholders que participan en el ciclo de vida del proyecto. El modelo BIM se ha aplicado para la construcción de tres nuevos centros de salud en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. A través del análisis de la funcionalidad del proyecto y la evaluación de una experiencia piloto, se identifican los beneficios, desafíos y se proponen recomendaciones para optimizar el uso de BIM en futuros proyectos públicos, destacando su potencial para transformar la gestión de infraestructuras sanitarias en Andalucía.

OBJETIVO

Objetivo General: Evaluar la implementación de la metodología BIM en la gestión de flujos de datos y organización de los stakeholders del proyecto en la ejecución de obra.

Objetivos Específicos: Analizar el marco normativo que rige la implementación de la metodología BIM en los procedimientos de contratación pública para la redacción de proyectos y ejecución de obra en el sector sanitario.

1. Identificar y evaluar los beneficios y desafíos supuestos en la experiencia piloto llevada a cabo para la implementación BIM en los procedimientos de contratación de los nuevos Centros de Salud del Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur.
2. Proponer mejoras y recomendaciones para optimizar la implementación de BIM en futuros procedimientos de contratación pública en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, basadas en la experiencia obtenida en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur.

MATERIAL

1. Análisis del Marco Normativo y Regulatorio.
Revisión Documental y Análisis de Fuentes Secundarias.
2. Evaluación de Beneficios y Desafíos en la Experiencia Piloto.
Estudio de Caso.
3. Propuesta de Mejoras y Recomendaciones.

RESULTADOS

Se observaron beneficios significativos como la coordinación efectiva entre arquitectos, ingenieros que redujeron significativamente los conflictos de diseño en comparación con proyectos tradicionales, suponiendo una ventaja para los adjudicatarios en cuanto a reducción de costes de proyecto y obra debido a la optimización de tiempos y una mejor definición y planificación, así como un acortamiento de los plazos de la ejecución de los contratos con respecto a la tradicional dilatación de tiempos que suponen este tipo de inversiones tan significativas. Esta metodología facilitó la trazabilidad de las decisiones y la transparencia en las modificaciones facilitando a la administración pública su actuación y participación en el desarrollo de los proyectos, mejorando la detección temprana de problemas gracias a una mejor planificación. Sin embargo, se detectó entre algunos actores resistencia al cambio, especialmente en los equipos que no estaban familiarizados con la metodología

CONCLUSIONES

La implementación de BIM en la contratación pública para la construcción de los centros de salud en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la coordinación, reducir costes y tiempos, y fomentar la transformación digital en el sector. Sin embargo, para maximizar su potencial, es necesario abordar las barreras tecnológicas y organizativas, proporcionando un marco normativo más claro y promoviendo la formación continua de los actores involucrados.

247 IMPLEMENTACIÓN DE NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.

Rivero, S¹; Sánchez, JM¹; Allué, N¹; Ferrer, JM¹

¹ Fundació Sanitària Mollet

INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en la Agenda 2030 de la ONU abordan la necesidad universal de lograr un desarrollo inclusivo para todas las personas. La salud mental, considerada transversalmente en estos objetivos, requiere del desarrollo e implementación de modelos innovadores. La esquizofrenia y otras formas de psicosis constituyen importantes causas de discapacidad mundial, generando una considerable carga sanitaria, social, económica y de sufrimiento. El modelo de recuperación en Salud Mental concibe este proceso como personal y multidimensional, permitiendo una vida significativa a pesar de las limitaciones causadas por el trastorno. El empleo representa una pieza fundamental en el proceso de recuperación, sin embargo, las personas con trastornos mentales presentan altas tasas de paro entre la población.

OBJETIVO

Este proyecto tiene como propósito explorar la función, los desafíos y el efecto de los Técnicos de Acompañamiento y Apoyo Mutuo (TeAM) en salud mental, evaluando específicamente su intervención en el tratamiento de personas con psicosis incipiente y valorando la situación psicosocial de los propios TeAM tras su incorporación al equipo asistencial. Se busca promover la inclusión laboral de personas que han experimentado enfermedad mental como TeAM en el Programa de Atención Especializada a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI), favoreciendo la mejora del pronóstico mediante una atención de proximidad centrada en las personas y sus familiares.

MATERIAL

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con el apoyo mutuo en salud mental y adicciones utilizando bases de datos como MEDLINE, Google Scholar, EMBASE y PsycINFO. La fundamentación teórica se basa en teorías psicológicas que consideran que la proximidad social fomenta la motivación. Mediante un análisis DAFO se evaluó el contexto actual, identificando como oportunidades la consonancia con el modelo de Atención Centrada en la Persona y el reconocimiento del Modelo de Recuperación; como amenazas, la resistencia del entorno y los desafíos que enfrentan los técnicos (salarios precarios, estigma, roles poco definidos); como fortalezas, la mejora de la calidad asistencial y la experiencia del paciente; y como debilidades, la necesidad de garantizar una adecuada selección y capacitación de los profesionales.

RESULTADOS

La incorporación de técnicos de apoyo mutuo en equipos de gestión intensiva de casos graves ha demostrado aumentar la sensación de capacidad, control y esperanza para efectuar cambios en los pacientes, incrementando su autocuidado y promoviendo su sentido de pertenencia comunitaria. Evaluaciones internacionales evidencian disminución de hospitalizaciones, reducción de síntomas de ansiedad, mejora del soporte social y de la calidad de vida. Una revisión sistemática de ensayos controlados mostró evidencia moderada de efectos positivos en la reducción de ingresos, mejor vinculación con los servicios, mayor empoderamiento y esperanza en la recuperación. El impacto económico refleja contención de costes mediante la reducción de reingresos, visitas a urgencias y estancias hospitalarias, superando sustancialmente el coste de implementación. Los beneficios se extienden a tres ámbitos: pacientes en tratamiento, equipo asistencial y los propios TeAM.

CONCLUSIONES

Se hace necesario desarrollar nuevas estrategias de intervención que permitan una atención clínica veraz, de proximidad y centrada en la persona. Deben abordarse los desafíos que enfrentan los técnicos de acompañamiento y apoyo mutuo: salarios precarios, estigma, discriminación y roles laborales poco definidos. Garantizar una adecuada selección y capacitación de estos profesionales y revisar la regulación profesional permitiría una contratación regularizada. La inclusión de los TeAM en equipos asistenciales puede mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, siendo necesaria la investigación continua para desarrollar métodos de tratamiento innovadores que promuevan autonomía y vidas significativas.

Compartir

Exportar

Reescribir

255 IMPORTANCIA DE REGISTROS DOCUMENTALES EN UNA PRESTACIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE LIMPIEZA HOSPITALARIA

Díaz Cuenca, AM¹; Herrero López, A²; Matas García, AMDM²; Pellicer Orenes, F¹; Álvarez Domínguez, GM¹; Ros Escudero, S³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa Lucía; ³Hospital Universitario Santa María del Rosell

INTRODUCCIÓN

El servicio de limpieza en un hospital es esencial para la calidad de la atención sanitaria. No solo mantiene un ambiente limpio, sino que incluye tareas de desinfección e higienización que previenen infecciones y garantizan la seguridad de pacientes, profesionales y visitantes. La calidad de este servicio es clave en diversas áreas, desde la atención directa al paciente hasta los espacios comunes y técnicos. Dada la complejidad del servicio, la colaboración entre equipos y la documentación detallada de las actividades son cruciales para asegurar que se cumplan los estándares de higiene. Los registros documentales juegan un papel fundamental en el seguimiento y mejora continua del servicio, lo que contribuye a la seguridad y calidad del entorno hospitalario.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo analizar la importancia de los registros documentales en la prestación del servicio de limpieza para asegurar las condiciones higiénico-sanitarias del entorno hospitalario. Desde la perspectiva de los responsables del contrato, se destacan los siguientes objetivos:

- Hacer un seguimiento detallado del servicio de limpieza para garantizar su adecuación.
- Asegurar el registro de las actividades esenciales para mantener condiciones óptimas.
- Fomentar la colaboración en la planificación y programación de la limpieza adaptada a las necesidades hospitalarias.
- Participar en la creación y actualización de los protocolos de limpieza.
- Coordinar el trabajo entre departamentos para la limpieza de zonas compartidas.
- Conocer los productos y maquinaria utilizados.

Los registros documentales son esenciales para garantizar un control exhaustivo de estas actividades y asegurar la calidad del servicio.

MATERIAL

- Planificaciones generales de limpieza.
- Registros de fondos realizados.
- Registros de limpieza de mesas de quirófano y sillas de ruedas.
- Limpiezas programadas (terrazas, ascensores, cámaras CCTV, peticiones específicas).
- Protocolos específicos (UCI, FAR, Da Vinci, apertura de ventanas).
- Controles microbiológicos y mantenimiento de bacteriostáticos.
- Organización de tareas de jardinería.
- Gestión de residuos: comprobación de albaranes y trazabilidad.
- Documentación gráfica.

RESULTADOS

Los registros y controles permiten analizar el proceso de limpieza, destacando los siguientes beneficios:

- Las planificaciones generales ofrecen una visión clara del estado de las zonas y permiten organizar las tareas según la periodicidad de las limpiezas, priorizando las áreas más descuidadas.
- Los registros detallados de la limpieza de fondos en servicios y unidades de hospitalización proporcionan datos sobre la frecuencia de limpieza, permitiendo identificar y corregir fallos en la programación.
- La limpieza de objetos de uso frecuente, como mesas de quirófano y sillas de ruedas, requiere un control exhaustivo para asegurar que se limpien adecuadamente, con el apoyo de personal especializado. Estos registros aseguran la rotación y frecuencia de la limpieza.
- La revisión de inductores de climatización, además de su limpieza, permite realizar tareas complementarias como el tratamiento de suelos, limpieza de cristales e higienización de paredes y techos. Los registros detallados permiten controlar la rotación de estas actividades a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

La implantación de registros documentales en el servicio de limpieza hospitalaria es esencial para asegurar el cumplimiento de los estándares de higiene y desinfección. Este enfoque no solo facilita un control más preciso, sino que también garantiza la mejora continua de los procesos de limpieza. De este modo, los registros documentales se convierten en una herramienta clave para el óptimo funcionamiento del servicio, contribuyendo a un entorno hospitalario más seguro y saludable, lo que beneficia a pacientes, profesionales y visitantes.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



537

333 NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

García Castaño, M¹; Chimenó Viñas, MM²; Martín Pérez, M²; Fernández García, C²; Benito Juan, AM²; Tejedor Gómez, G²

¹ Complejo Asistencial de Zamora; ² Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son actualmente unos de los principales problemas de salud de la población española, por su frecuencia y por el impacto que produce en los que la padecen y sus familias.

Al menos un 9% de la población padece un trastorno mental, y un 25% lo padecerá en algún momento de su vida.

Las nuevas tecnologías desarrolladas desde los años 90 con la expansión de internet han adquirido una gran importancia en nuestras vidas, tanto a nivel personal como profesional. Su uso por la población general es una oportunidad para la búsqueda de recursos especialmente orientados para la prevención y la promoción de la salud mental.

OBJETIVO

Objetivo principal la utilización de nuevas tecnologías en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

MATERIAL

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica consideramos nuevas tecnologías como dispositivos móviles (internet, teléfonos inteligentes, aplicaciones móviles, realidad virtual, mindfulness, inteligencia artificial, en la búsqueda de publicaciones se usó las bases de datos;

PubMed con las siguientes palabras clave, Resúmenes Cochrane Library y Scielo.

("Mental Health Teletherapy"[Mesh] OR "Telemedicine"[Mesh] OR "Digital Technology"[Mesh] OR "Digital Health"[Mesh] OR telemedicine OR "digital technology" OR app OR "Technology Assisted" OR "digital tools" OR "Digital health interventions" OR "mobile applications") AND ("Mental Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "mental disorders" OR "mental health") AND ("health promotion" OR Intervention OR program) NOT (therapy OR treatment)

Filtro 5 años, abstract, meta-análisis, revisiones, revisiones sistemáticas en inglés y español.

RESULTADOS

Dentro de la tecnología podemos diferenciar la salud digital y su especialización en salud mental. Englobaría todas las infraestructuras y aplicaciones dentro de las telecomunicaciones aplicadas a la salud. Así por ejemplo la historia clínica electrónica, la información a través de las aplicaciones sanitarias de los teléfonos móviles o la monitorización y seguimiento de pacientes con problemas mentales, la medicina a distancia o telemedicina (telepsiquiatría), las redes sociales, la realidad virtual, el análisis de datos (big data), el mindfulness y la inteligencia artificial (IA).

Este trabajo desde nuestro punto de vista, ha servido para demostrar la importancia de las nuevas tecnologías para la población, las enfermedades mentales demandan más atención y ha cambiado la forma de relacionarse con los profesionales de la salud mental.

Todo ello especialmente en países desarrollados y por empresas con un interés económico, de ahí la importancia de la regulación del mercado sanitario tecnológico. La salud mental no es ajena a esta circunstancia y el objetivo de su utilización debe ser además de definir estrategias, mejorar la salud mental de toda la población mundial.

CONCLUSIONES

1. Las tecnologías digitales en los últimos años se usan cada vez más y están dentro de las herramientas para la promoción de la salud mental en toda la población.
2. La telemedicina puede ofrecer soluciones a las barreras existentes como la dificultad en el acceso físico, distancia o por estigma de las enfermedades mentales.
3. Las Aplicaciones de los móviles en el apoyo preventivo y en el tratamiento, de forma combinada. Útil para niños, jóvenes y adultos en diferentes medios.
4. Los juegos, la realidad virtual en casos de fobias ante ciertas situaciones o miedos.
5. Mindfulness en psicoterapia demostrando su utilidad en numerosos trastornos mentales y físicos como el estrés, la depresión, trastornos de ansiedad, de conducta alimentaria y mejora del estado de ánimo.
6. Una de las limitaciones del uso de tecnologías son las complicaciones propias de las tecnologías, la relación sanitario paciente, asegurar la privacidad y la intimidad del paciente.
7. La digitalización debe garantizar una sociedad con mejor salud digital.

352 PERFECCIONAMIENTO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RESIDUOS SOSTENIBLES

Matas García, AMDM¹; Herrero López, A²; Díaz Cuenca, AM²; Meroño Rivera, MD²; Pellicer Orenes, F¹; Ros Escudero, S³

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena; ² Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; ³ Hospital Universitario Santa María del Rosell

INTRODUCCIÓN

La utilización de un sistema de contenedores reutilizables resulta especialmente relevante para el Sistema Murciano de Salud, ya que se presenta como la principal alternativa para minimizar los residuos peligrosos y reducir el impacto ambiental asociado a la prestación del servicio. Además, esta alternativa está alineada con los objetivos y las líneas de actuación del Plan Integral de Transición Ecológica del Servicio Murciano de Salud (PITECO-SMS '21-'30).

La gestión de residuos óptima implica contar con referentes claros y concisos en cuanto a la localización, el conocimiento de los niveles de producción y la trazabilidad de los residuos críticos peligrosos.

OBJETIVO

Siguiendo los principios que determina el Servicio Murciano de Salud, la prioridad esté en avanzar en los niveles de las 3 R (reutilizar, reciclar y reducir), manteniendo la calidad del sistema sanitario, para

- Implantar de manera inminente contenedores reutilizables en su totalidad, para los flujos restantes de residuos peligrosos del grupo V, tanto en estado sólido, semi-sólido, como en parte, en estado líquido.
- Ampliar gradualmente el uso de sistemas de contenedores biosanitarios reutilizables a los residuos del grupo III (de tipo cortopunzante) y a los residuos del grupo VI (citostáticos).
- Introducción de contenedores reciclados.

MATERIAL

- **Primera fase:** Implementación de contenedores reutilizables al 100% para los residuos del grupo III, con la excepción de los cortopunzantes.
- **Segunda fase:** Implementación de sistemas de contenedores reutilizables para los residuos químicos peligrosos del grupo V, incluyendo residuos sólidos, semi-sólidos y, en la medida de lo posible líquidos.
- **Ampliación del uso de contenedores reutilizables para cortopunzantes:** Esta fase podrá ser total o parcial, garantizando la resistencia y seguridad de los contenedores y de todos sus componentes (tapa, cuerpo, asa, cierre, etc.).
- **Contenedores reutilizables para residuos del grupo VI (citostáticos):** Los contenedores estarán diseñados con exigencias y condiciones similares a los anteriores, garantizando su resistencia y seguridad.
- **Programa informatizado de trazabilidad:** Uso de lectores o PDAs para registrar y seguir el ciclo de los residuos intracentro.
- **Investigación de materiales reciclados:** Se está investigando el uso de materiales reciclados para la fabricación de contenedores, bolsas y otros productos relacionados. Esta iniciativa tiene como objetivo aumentar la sostenibilidad de los contenedores empleados en la gestión de residuos.
- **Minimización del uso de plásticos:** En el caso de contenedores desechables, se busca minimizar la cantidad de plástico utilizado en su fabricación, independientemente del tipo de polímero empleado, y además se está buscando contenedores de material reciclado que cumplan unas condiciones idóneas para su utilización en gestión de residuos.

RESULTADOS

- **Reutilización:** Se espera alcanzar porcentajes muy satisfactorios de reutilización, con la consiguiente reducción de residuos y ahorro de recursos.
- **Reducción:** La reducción de residuos sigue siendo un objetivo clave, favorecido por la formación del personal y la implementación de sistemas de trazabilidad que permiten un mejor control de la producción de residuos.
- **Reciclaje:** El reciclaje se promueve mediante la introducción de contenedores fabricados con plásticos reciclados, contribuyendo a la economía circular.

CONCLUSIONES

- Proponemos un sistema de gestión de residuos racional, que permita optimizar la utilización de recursos y minimizar los impactos ambientales asociados.
- Disminución significativa en la producción de residuos, en especial los peligrosos, gracias a la implementación de contenedores reutilizables y prácticas de reciclaje.
- Se logra una mayor sostenibilidad del sistema, con un impacto positivo en la reducción de la huella de carbono y el cumplimiento de los objetivos de transición ecológica del PITECO-SMS.
- En síntesis intentamos cumplir con la máxima de las 3R y la economía circular.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



539

362 PLAN DE SOSTENIBILIDAD EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS NO PELIGROSOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Pérez Menéndez-Conde, C¹; Palomar Fernández, C¹; Vélez-Díaz-Pallarés, M¹; Igartua Pascual, I¹; Cuerva García Del Castillo, M¹; Álvarez-Díaz, AM¹

¹ Hospital Universitario Ramón y Cajal

INTRODUCCIÓN

El sector sanitario genera el 4,4% de las emisiones globales de gases de efecto invernadero. Reducir este impacto requiere una gestión eficiente de residuos que optimice su segregación, facilite el reciclaje y minimice la toxicidad ambiental. En farmacia hospitalaria se han desarrollado estrategias para mitigar el impacto ambiental de los residuos de medicamentos, aunque pocas abordan específicamente los generados en la elaboración de medicamentos no peligrosos, cuyo impacto también puede ser significativo.

OBJETIVO

Implantar un plan de sostenibilidad en el área de elaboración de medicamentos no peligrosos del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL

Estudio descriptivo prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel (2023-2024).

El plan de sostenibilidad abordó tres ejes principales:

- 1. Segregación de residuos de medicamentos según su impacto ambiental**
- 2. Capacitación del personal en gestión de residuos**
- 3. Mejorar la eficiencia en la elaboración**

Segregación de residuos de medicamentos

Se evaluó el impacto ambiental de los medicamentos según tres parámetros: persistencia, bioacumulación y toxicidad en el medio ambiente, asignando puntuaciones de 0-3 según el Reglamento REACH. En ausencia de datos, se otorgó la puntuación máxima. Los medicamentos se clasificaron en riesgo bajo o insignificante (≤ 1) y moderado o alto (> 1).

Según esta clasificación y el contenido residual, se modificaron los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) para gestionar los residuos generados en su elaboración como peligrosos no citotóxicos (medicación de riesgo moderado/alto o envases con $\geq 1\%$ de residuo) o no peligrosos (riesgo insignificante/bajo y $< 1\%$ residuo).

Capacitación del personal

Se elaboraron y difundieron normas de trabajo sobre la gestión de residuos en el área de elaboración, junto con carteles informativos que indicaban visualmente la eliminación adecuada de residuos según el tipo de contenedor. Además, se impartió una sesión formativa sobre gestión de residuos.

Mejorar la eficiencia en la elaboración

Se agruparon pacientes para que recibieran tratamiento los mismos días de la semana minimizando el desperdicio de medicación.

Variables de evaluación

- Impacto ambiental:
 - Número de medicamentos analizados y distribución por nivel de riesgo.
 - Número de PNT modificados.
 - Kilos de residuos de medicamentos peligrosos no citotóxicos generados en el área de elaboración no peligrosa.
- Impacto en la capacitación:
 - Número de profesionales formados.
 - Conocimientos adquiridos, medidos con exámenes antes y después de la formación.
- Agrupación de pacientes:
 - Número pacientes agrupados.
 - Número de viales optimizados.
 - Ahorro económico.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****540**

El análisis descriptivo de los datos se realizó con Excel®, calculando frecuencias y porcentajes. Para comparar los conocimientos antes y después de la formación, se aplicó un T-test de muestras pareadas. El ahorro económico se estimó según el PVF.

RESULTADOS

Se analizaron 79 medicamentos, clasificándose 50 con impacto ambiental bajo o insignificante y 29 con posible impacto moderado o alto. Se revisaron y modificaron 156 PNT, incorporando directrices específicas para la eliminación de residuos.

La recogida de residuos peligrosos no citostáticos en el área fue de 1.732,15 kg en 2023 a 1.523,79 kg en 2024.

En cuanto a la capacitación, se formaron 31 técnicos en farmacia, con una mejora significativa en los conocimientos adquiridos ($6,2 \pm 1$ antes y $8,0 \pm 1$ después de la formación; $p < 0,05$).

En cuanto a la eficiencia, desde mayo 2023 se han agrupado las citas de 5 pacientes en tratamiento con romiplostim, lo que ha supuesto a finales de 2024 una reducción de 376 viales de romiplostim 250 mcg, implicando un ahorro de 164.914€.

CONCLUSIONES

La implementación del plan de sostenibilidad permitió mejorar la segregación de residuos en el área de elaboración de medicamentos no peligrosos, incorporando criterios ambientales en los PNT y logrando una adecuada clasificación de residuos peligrosos, así como mejorar la eficiencia mediante la optimización de los viales utilizados.

364 PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL, PROYECTOS DE REFORMA Y AMPLIACIÓN HOSPITAL MEDIOAMBIENTALMENTE SOSTENIBLE

Encinar Martín, F¹; Fariñas Pan, JC¹; Pérez Gómez, CL¹; Díaz De Cerio Paniagua, J¹; Fernández De Lecea Arregui, A¹; Argote Ochoa, AM¹

¹ Organización Sanitaria Integrada Araba

INTRODUCCIÓN

En la OSI Araba se está llevando a cabo la construcción y diseño de un Hospital ecológico y sostenible, utilizando tecnologías y materiales innovadores que reducen el impacto ambiental y mejoran la eficiencia energética.

OBJETIVO

Vitoria es una ciudad conocida por ser una ciudad verde, a la vanguardia de la sostenibilidad. El Plan de movilidad sostenible de Vitoria es ejemplar. El Hospital de Txagorritxu tiene una extraordinaria conexión con transporte público eficiente con toda la ciudad.

Todo el proyecto pretende conseguir eficiencia energética envolvente, iluminación natural, materiales sostenibles, recursos hídricos, gestión eficiente de los residuos y máxima durabilidad y mínimo mantenimiento

MATERIAL

- **Eficiencia energética de la envolvente:** En días extremos de invierno permite generar un microclima próximo a la fachada interior por captación de energía solar.
En días extremos de verano permite controlar la exposición al sol mediante toldos de protección solar exteriores.
La piel exterior envolverá también los edificios existentes unificando la imagen y permitiendo dotar a los bloques a reformar de un aislamiento exterior extra y ventanas más eficientes.
- **Iluminación natural:** La envolvente acristalada garantiza una intensa iluminación natural en los nuevos bloques. Patios de luz natural para iluminar el centro de los bloques.
- **Materiales sostenibles:** Se prioriza el uso de materiales reciclables y reciclados. Por ejemplo el pavimento porcelánico que se coloca en todas las ampliaciones y reformas tiene 98% de material reciclado.
- **Recursos hídricos:** La plantaciones de la urbanización son de plantas autóctonas que permiten que con el clima del País vasco no necesiten aporte de agua.
- **Gestión de residuos:** Tanto en la construcción como en la operación del Hospital se hace una gestión separativa de residuos para maximizar el reciclaje.
- **Máxima durabilidad, mínimo mantenimiento:** Con el fin de minimizar la reposición de materiales y el mantenimiento se utilizan materiales y soluciones constructivas contrastadas, de alta durabilidad.

RESULTADOS

El objetivo de los sistemas implantados con la Reforma del HUA ha sido encontrar un modelo de producción mediante el cual se potencie el concepto de sostenibilidad y eficiencia energética, y se consiga reducir la emisión de gases de efecto invernadero a la atmósfera.

Los modelos de generación eficiente de energía surgen como respuesta a la creciente sensibilidad medioambiental y como una alternativa a los modelos convencionales de producción.

Todos los modelos de generación eficiente parten de un objetivo claro y común: ahorrar energía y, en consecuencia, disminuir las emisiones de CO₂ producidas. Con este tipo de sistemas se logra mejorar la calidad del servicio de generación de energía, a la vez que se consigue que los edificios sean más respetuosos con el medio ambiente.

CONCLUSIONES

- Optimización del funcionamiento de las instalaciones al coordinarlas y regularlas de forma automática, gracias a una regulación digital que permite ajustar los valores de consigna (temperatura, humedad, presión, etc.) en función de condicionantes tales como programaciones horarias, condiciones exteriores, etc.
- Vigilancia continua del adecuado funcionamiento de las instalaciones, notificando las anomalías existentes.
- Ahorro en instalación eléctrica, dado que la arquitectura distribuida permite que los microprocesadores se encuentren muy próximos a los equipos controlados por ellos.
- Optimización en el consumo de energía y en el mantenimiento de los equipos: El uso de un sistema de gestión de este tipo genera un ahorro de energía.
- Ahorro en mantenimiento y costes de reparación: El control y supervisión de la instalación.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



542

374 PRODUCCIÓN DE RADIOFÁRMACOS PET EN UNA UBICACIÓN CON LIMITACIONES DE TRANSPORTE

Vila Amengual, MM¹; Pallarés Ruiz, M¹

¹ Servicio de Salud de las Illes Balears

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los radiofármacos necesarios para las exploraciones diagnósticas de PET-TAC en las islas se obtienen de la península y se deben trasladar desde el centro de producción hasta el hospital de referencia de la comunidad. En este caso, el medio de transporte utilizado es el aéreo que presenta limitaciones de cantidad y tipología transportada, encareciendo, además, el precio unitario de la dosis.

OBJETIVO

La producción en una isla de los radiofármacos necesarios para estas exploraciones, que permitan incrementar el número exploraciones que actualmente se realizan en el archipiélago, posibilidad de aumentar la cantidad de PET-TAC's instalados, posibilitar el uso de nuevos radiofármacos cuyo transporte es imposible en la actualidad y participar en investigaciones en el campo de la medicina nuclear.

MATERIAL

Se ha analizado la viabilidad económica y técnica de la instalación de un acelerador de partículas (ciclotrón) para la producción de radiofármacos en el hospital de referencia.

Actualmente los radiofármacos llegan dos veces al día, con una restricción horaria y de cantidad que limita el número de pacientes que pueden ser atendidos, pudiéndose producir cancelaciones o demoras en el transporte.

La metodología utilizada ha consistido en un análisis económico de los costes actuales por dosis recibida frente al coste de producción de las dosis in situ considerando los siguientes ítems: proyecto y construcción del edificio y búnker, adquisición del ciclotrón, gastos generales (mantenimiento, suministros, etc.) y concesión de explotación de las instalaciones. Se ha tenido en cuenta que la producción in situ permitiría incrementar el número de exploraciones realizadas al eliminar las limitaciones del transporte, lo que aumentaría el número de dosis diarias necesarias.

RESULTADOS

Con la producción de radiofármacos in situ se incrementaría la actividad en 28 pacientes/día, manteniendo la estructura actual (personal y equipos). Permitiría aumentar la cartera de exploraciones al posibilitar el uso de nuevos radiofármacos que en la actualidad no pueden ser transportados a las islas y permitiría añadir ampliar el número de equipos de esta tipología, a nivel público y privado.

El coste económico calculado por dosis producida es un 33% inferior al coste medio de dosis transportada según los contratos públicos actuales.

CONCLUSIONES

Es viable económicamente y beneficioso a nivel asistencial (reducción de listas de espera y ampliación de la cartera de exploraciones) la instalación de un acelerador de partículas para radiofármacos en el archipiélago.

393 PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE MENAJE REUTILIZABLE: NO MÁS

Fernández García, A¹; Martínez Morga, JM¹; López Nicolas, CT¹

¹ Gerencia Área VII. SMS. Servicios Generales y Coordinación de Centros At. Primaria

INTRODUCCIÓN

Ante los impactos ambientales que produce el plástico, es imperativo instaurar nuevas medidas de consumo sostenible que conlleve un uso más eficaz y sostenible de los recursos.

Con el fin de eliminar los plásticos de un solo uso, se consideró el uso de otros materiales sustitutos como es el caso de la loza, el acero inoxidable y la cascarilla de arroz, en el servicio de restauración a pacientes, en los office de los trabajadores, y en el comedor de guardia con el fin de sustituir los de un solo uso.

OBJETIVO

General:

- Reducir la cantidad de plásticos de un solo uso.

Específico:

- Sustitución de vasos, cubiertos y platos desechables en hospitalización, office de trabajadores y en consultas por alternativas reutilizables.
- Eliminación de las monodosis de aceite de material plástico en cafetería de personal y público.
- Eliminación de las botellas de plástico en el comedor de la guardia.
- Colaboración entre el personal sanitario y no sanitario para la implantación de estas medidas, así como de las empresas externas de limpieza y restauración.

MATERIAL

1. Se implanta en octubre de 2024 en la plata 7ª ala izquierda

Previamente se dota de: Armario, bandejas, Cesta (limpios/sucios) y tapa, Vasos y platos reutilizables y Cubiertos de acero.

Establecimiento de un sistema de suministro/retirada:

- **Menaje para los trabajadores de la unidad:** Entrega de platos y tazas de loza y cubiertos de acero inoxidable (cuchara, cuchillo, tenedor). El lavado será responsabilidad del personal que lo utilice de su lavado y colocación en el oficio cocina.
- **Menaje para pacientes aislados y no aislados:** Entrega de vasos y platos reutilizables fabricados con un 60% de cascarilla de arroz y el 40% restante es polipropileno de color rosa (aislados) y verde (no aislados) y cucharas de acero inoxidable. El personal TCAE será el encargado de la entrega y recogida.

2. Se implanta en enero de 2025 en Quirófano Oftalmología:

- **Menaje para pacientes:** Se suministra vasos reutilizables fabricados con un 60% de cascarilla de arroz y el 40% restante es polipropileno de color verde. El personal de cafetería entrega diariamente los vasos limpios en una cubeta con tapa y recogerá los sucios de la antesala de las unidades, se contabilizarán. El personal de la unidad será el encargado de entregar y recogerlo.

3. Eliminación de las monodosis de aceite en cafetería.

Se sustituye por botellas de aceite de 1L de cristal que se colocan en una mesita en el centro de las salas de las cafeterías. Tenemos un contrato con nuestra empresa de limpieza que los retira para su reciclaje.

4. Eliminación de las botellas de plástico en el comedor de la guardia.

Se sustituye por jarras de acero inoxidable de 1L colocadas en cada mesa previamente rellenas de fuentes de agua instaladas en la cafetería de personal.

5. Se constituye un equipo humano con el fin de:

- Informar a trabajadores de los cambios a realizar.
- Traslado del protocolo para el correcto uso del material reutilizable e informar a los usuarios.
- Pilotaje y control

RESULTADOS

En Oftalmología: 100% de su implantación. En 7ª izquierda: hemos conseguido un 17,41% de reducción de uso. En comedor de guardia: ha tenido una buena acogida la medida. En cafetería: ha tenido una buena acogida la medida.

CONCLUSIONES

Se esperaba una disminución del uso de plástico y una mejora en el correcto uso del material sustituto. El resultado no ha sido todo lo satisfactorio como se esperaba debido a una falta de coordinación y a problemas técnicos en la implantación. Lo que nos motiva a seguir trabajando en ello en pro de evitar el CAMBIO CLIMÁTICO.

403 PRUEBA PILOTO DE RECICLAJE DE SUEROS COMO MEDIDA DE DESCARBONIZACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO. RETOS E IMPLICACIONES.

Torremorell Alos, Y¹; Palau Fernández, V²; Domínguez Montalbán, L²; Moragues Pastor, R²; Carol Sanjurjo, M²

¹Hospital Sant Pau; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

Una fuente importante de emisiones de gases efecto invernadero se corresponde con la generación de residuos con casi el 8 % en un hospital terciario. Según la normativa vigente de residuos sanitarios, los sueros hospitalarios se depositan en vertedero, aunque no representan ningún riesgo de infección. El reciclaje daría lugar a un proyecto de economía circular al mismo tiempo que permitiría reducir la huella de carbono del Hospital.

OBJETIVO

El principal objetivo es analizar la viabilidad de este proyecto y valorar sus implicaciones. Por otro lado, se pretende comunicar los resultados a la Administración Pública como evidencia de posibilidad sin riesgo desde un punto de vista de Salud Pública.

Para ello es necesario:

- Cuantificar el % de residuo que se puede llegar a generar en un hospital terciario
- Cuantificar el % que representa en la composición de los residuos del Grupo II (destino vertedero)
- Estimar su complejidad de reciclaje dentro de la dinámica asistencial
- Como y en qué estado se descantan los sueros (% de vaciado)
- Estimación del coste económico del reciclado y procesado para su revalorización.

MATERIAL

Diseño del plan de ruta entre el hospital y el gestor de residuos. Incluyendo la visita al centro hospitalario y las instalaciones del gestor para entender todo el proceso.

Presentación del mismo al personal de enfermería donde se llevará la prueba del reciclado.

Realización de carteles y formación específica para la correcta segregación del mismo.

Diseño del circuito de recogida intracentro por parte del personal de residuos del hospital.

Análisis de los datos y feedback de los mismos a la Administración competente en residuos.

RESULTADOS

En un hospital terciario de aproximadamente 650 camas se estima una generación entre 95-98 Tn/año de residuos de suero. Esto supone 13 Kg/cama/mes.

Respecto a la composición de los residuos del Grupo II (residuos sanitarios sin riesgo de infección pero con destino a vertedero), los sueros representan el 9% de la totalidad de este grupo.

La segregación de los mismos por parte del personal de enfermería no intercedió en su dinámica diaria y fue muy bien acogida. Además de conseguir que está fuese de muy alta calidad. Lo mismo sucedió entre el personal de recogida de residuos intracentro.

Por parte del gestor de residuo y trasformador del mismo fue de éxito, ya que es un material fácil de recuperar y de buena calidad. Esto hace que tenga un potencial de alta recuperación y por tanto reintroducción en la cadena de valor evitando su disposición en vertedero. Cabe destacar que un porcentaje presentaba fluido en su interior que se revalorizo energéticamente.

A nivel económico para el hospital reciclar todos los sueros supondría un coste superior a los 50.000 €/año además de los elevados costos en la gestión de residuos.

CONCLUSIONES

El reciclaje de sueros hospitalarios no supone ningún riesgo de Salud Pública y pueden ser reciclados de manera segura. La implantación de este circuito sería viable desde un punto de vista logístico y técnico, pero en cambio supone un coste económico alto si solo es asumido únicamente por el Hospital.

Por ello, se tendría que plantear una fórmula para que fuera viable su reciclado, actualizando la normativa vigente de gestión de residuos y estableciendo alianzas para que el coste no fuera asumible únicamente por parte del hospital.

Este hecho permitiría reintroducir este material como producto secundario en la cadena de valor en lugar de depositarse en vertedero, ya que es plástico de alta calidad. Al mismo tiempo permitiría mejorar la huella de carbono del hospital.

417 SANIDAD SIN BARRERAS: REHABILITACIÓN DOMICILIARIA COMO HERRAMIENTA DE INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD.

Ramos Acosta,¹; Calvo Martín, MP¹; López De Munain Marques, ML¹; Collado Garrido, ML¹; Sánchez Pérez, MJ¹; García Gómez, MDC¹

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el aumento de las patologías han generado la necesidad de repensar los modelos asistenciales para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. La rehabilitación domiciliar surge como una alternativa eficaz a los tratamientos convencionales, permitiendo que los pacientes reciban atención especializada sin necesidad de desplazarse al hospital. Además, trabajar en el entorno del paciente facilita su adaptación, permite abordar barreras arquitectónicas y fomenta la implicación del cuidador. Desde la gestión sanitaria, representa una apuesta estratégica por la eficiencia, accesibilidad y personalización del tratamiento, alineándose con la atención centrada en la persona y la equidad en el acceso a los servicios.

OBJETIVO

Evaluar la viabilidad, impacto y eficiencia del programa de rehabilitación domiciliar desde la perspectiva de la gestión, analizando sus beneficios en recuperación funcional, optimización de recursos y satisfacción de los usuarios.

MATERIAL

Se realizó un estudio piloto de tres meses en el Servicio de Rehabilitación del hospital, con 21 pacientes. Los criterios de inclusión fueron:

- Necesidad de tratamiento rehabilitador tras el alta hospitalaria.
- Imposibilidad de acudir por sus medios.
- Vivir dentro de un perímetro de máximo 20 kms de distancia del hospital.

La intervención fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y facultativos especialistas en rehabilitación, quienes realizaron sesiones domiciliarias estructuradas.

Los indicadores analizados fueron:

- Índice de Barthel (independencia funcional inicial y final).
- Categoría de Ambulación Funcional (CAF) (capacidad de deambulación).
- Número de sesiones necesarias por proceso.
- Tiempo total de tratamiento hasta el alta.
- Reducción del uso del transporte sanitario programado.
- Encuesta de satisfacción de pacientes y cuidadores.

RESULTADOS

Los datos muestran una mejoría funcional significativa en los pacientes del programa:

- Índice de Barthel: incremento medio de 62.5 a 99.37, reflejando una notable recuperación en la independencia en actividades diarias.
- CAF: aumento de 2.5 a 4.8, indicando una mejora en la movilidad autónoma.
- Tiempo medio de tratamiento: 42 días (mínimo 22, máximo 64), con una media de 9.6 sesiones de fisioterapia y 3.5 de terapia ocupacional por paciente.
- Disminución del transporte sanitario en un 7.8%, optimizando recursos y reduciendo costes.
- Satisfacción del 100% de los usuarios, quienes recomendarían el programa y destacaron la comodidad, personalización del tratamiento y profesionalidad del equipo.

Se identificaron beneficios adicionales como una menor sensación de agotamiento en los pacientes y mayor implicación de los cuidadores, fundamentalmente. La atención en domicilio permitió adaptar el entorno, previniendo caídas y mejorando la autonomía del paciente, consolidando un enfoque de atención integral.

CONCLUSIONES

La rehabilitación domiciliar ha demostrado ser una herramienta clave en la transformación de la gestión sanitaria, proporcionando un modelo eficiente, accesible y centrado en el paciente. La incorporación de la rehabilitación domiciliar en la cartera de servicios hospitalarios permite una gestión más eficiente de los recursos, mejora la experiencia del paciente y alivia la carga asistencial en los hospitales sin afectar la calidad del tratamiento. Su rentabilidad y efectividad dependen fundamentalmente de una adecuada selección de pacientes, asegurando que los objetivos terapéuticos sean realistas y alcanzables.

Desde la perspectiva de sostenibilidad sanitaria, la reducción del transporte sanitario y la optimización del tiempo de los profesionales alinean este modelo con los ODS (*Objetivos de Desarrollo Sostenible*) promoviendo un uso más racional y equitativo de los recursos.

Asimismo, la rehabilitación domiciliar fortalece el compromiso del sistema sanitario con los principios ESG (*“Environmental, Social and Governance”*), priorizando un modelo más sostenible que reduce el impacto ambiental del transporte sanitario y mejora la equidad en el acceso a la rehabilitación.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



546

423 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: SGI-SHERPA

Díaz Cuenca, AM¹; Herrero López, A²; Matas García, AMDM²; Pellicer Orenes, F¹; Álvarez Domínguez, GM¹; Ros Escudero, S³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa Lucía; ³Hospital Universitario Santa María del Rosell

INTRODUCCIÓN

Lograr estándares de calidad en los servicios complementarios dentro del ámbito sanitario es un reto significativo. Implica satisfacer las expectativas y necesidades de profesionales, pacientes y usuarios, basándose en su percepción subjetiva. El propósito es objetivar estos aspectos para poder cuantificar el grado de satisfacción. El análisis de los datos obtenidos permite identificar medidas correctivas y preventivas, facilitando el seguimiento de las actividades complementarias y evaluando la calidad de los servicios prestados.

OBJETIVO

- Describir un sistema de notificación y gestión de incidencias para el seguimiento de la calidad de los servicios complementarios en el hospital en un período representativo.
- Cuantificar el grado de satisfacción en relación a la prestación de los servicios.
- Analizar los resultados obtenidos para la determinación de aspectos de mejora en la calidad de sus prestaciones.

MATERIAL

A través de la aplicación informática, accesible desde cualquier puesto de la intranet, los profesionales pueden notificar cualquier tipo de incidencia en relación con la calidad prestada por los servicios complementarios. Cada una de ellas se distribuye por correo electrónico, tanto a la empresa contratista como a los responsables del seguimiento de su contrato en el hospital.

- Descripción de las bases fundamentales del sistema:
 - Indicadores de calidad y disponibilidad. Se agrupan en 5 categorías:
- Seguimiento del servicio
- Actuaciones del servicio
- Estado de mantenimiento de las instalaciones o equipos
- Gestión de RR.HH.
- Registros de cumplimiento y seguimiento
- Clasificación del tipo de aviso: leve, moderado y severo.
- Clasificación de zonas: bajo riesgo, intermedias y críticas.
- Tiempos de resolución.
- Fases del procedimiento de registro:
 - Activación de la incidencia
 - Datos identificativos de la incidencia
 - Aceptación o rechazo por parte del contratista
 - Cierre de avisos
 - Generación de fallos y grado de conformidad o disconformidad
 - Efectos de la conformidad y de la disconformidad
- Posibilidad de alegaciones por parte de las empresas contratistas.
- Análisis de alegaciones, informes de impugnación y aplicación de penalizaciones.
- Integración de distintas aplicaciones: portal WebSap (introducción de datos, incidencias, y seguimiento del estado de estas), SAP (cálculo automático de deducciones e introducción del % de indisponibilidad) y portal Sherpa (específico para contratistas y responsables del contrato).
- Relación entre penalizaciones y facturación.
- Valorar los datos obtenidos y realizar su análisis del período que se determine.
- A través de las comisiones de seguimiento de prestación de los servicios, valorar y analizar las incidencias más relevantes.
- Adoptar las medidas preventivas y correctoras que correspondan tras la revisión de incidencias.

RESULTADOS

- Extracción de datos del Sherpa por servicio y año para evaluar la calidad de la prestación de servicios.
- Elaboración de gráficos que ayudan de manera visual a la interpretación de la evolución en la prestación de la calidad del servicio.
- Comparativa del número de incidencias a lo largo del período deseado.
- Listado de incidencias penalizadas como fallos reales de calidad.

CONCLUSIONES

El sistema implantado ha demostrado ser un valioso recurso en la mejora continua de la calidad de los servicios complementarios de nuestro hospital, especialmente en la identificación y resolución de incidencias. Todo ello con la implicación de profesionales que directa o indirectamente, mediante las valoraciones de pacientes y usuarios con los que mantienen contacto, interactúan con los servicios no sanitarios.

La integración de este sistema en la práctica diaria de los contratistas ha permitido reducir significativamente las incidencias y mejorar la calidad de su prestación. Sin embargo, es esencial seguir fomentando la implicación de todos los profesionales en el registro de incidencias, para asegurar la efectividad del sistema.

427 SOSTENIBILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN CONFIDENCIAL VERSUS GESTIÓN PAPEL/CARTÓN DE RECICLAJE

Matas García, AMDM¹; Díaz Cuenca, AM¹; Herrero López, A¹; Pellicer Orenes, F¹; Álvarez Domínguez, GM¹; Ros Escudero, S²

¹Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena; ²Hospital Universitario Santa María del Rosell

INTRODUCCIÓN

La gestión de la documentación confidencial en los centros sanitarios es un elemento de especial relevancia por la exigencia de la legislación, obligándonos a las administraciones públicas a cumplir estrictamente con las exigencias de confidencialidad. En otro sentido, se pueden producir contradicciones entre los sistemas de gestión de los materiales y las exigencias de confidencialidad requeridos según sus contenidos.

El hospital ha afrontado la superación de una gestión deficiente del papel confidencial, con acumulación de documentación mal clasificada, una incorrecta segregación, grandes cantidades de materiales de papel no confidencial mezclados con documentos confidenciales, y una gestión intracentro sin alcanzar los mínimos exigibles de garantía de confidencialidad, así como innumerables puntos de producción.

El tránsito sostenible de la gestión del papel confidencial se ha traducido en unos índices de sostenibilidad importantes, mediante una planificación en la que se han tenido en cuenta la formación e información de profesionales, y la fijación y distribución proporcionada de puntos de producción complementado con puntos de reciclaje para animar a los usuarios a la adecuada segregación.

OBJETIVO

- **Control de la producción de papel confidencial.** Establecer un sistema efectivo para monitorizar y regular la cantidad de papel mejorando la eficiencia en su gestión.
- **Aumento progresivo del papel para reciclar.** Fomentar un incremento en la cantidad de papel no confidencial destinado al reciclaje, promoviendo su correcta segregación.
- **Disminución de costes en la gestión de papel confidencial,** buscando reducir los costes asociados a la gestión de este material sin comprometer la seguridad de la información.
- **Formación e información de los profesionales sobre la importancia de la correcta segregación del papel.**
- **Fomentar una segregación eficaz encaminada a la sostenibilidad ambiental.**
- **Determinación de puntos de recogida y control de los mismos.**

MATERIAL

- **Visitas in situ a todas las unidades y servicios:** Se realizaron visitas directas a cada unidad y servicio del hospital estableciendo los puntos de recogida cercanos a las áreas de mayor producción.
- **Formación e información personalizada para la distinción de papel confidencial del papel para reciclar.**
- **Realización de planos de ubicación, cartografiando los puntos de recogida asignados,** con la ubicación exacta de cada punto de recogida de papel confidencial.
- **Evaluación de necesidades.** Inicialmente se recibieron 40 solicitudes para establecer puntos de recogida, lo que culminó en la creación de 54 puntos en 2018. A lo largo de 2019 se identificaron nuevas necesidades, ampliándose a un total de 64 puntos. Durante los años siguientes, el proceso continuó evolucionando con la identificación de nuevas demandas y la inclusión de más puntos de recogida, alcanzando un total de 90 en 2023. Finalmente, en octubre de 2024, se han sumado 2 nuevos puntos hasta alcanzar los 92.
- **Se establecieron registros de los kilos de papel confidencial retirado.**
- **Ubicación de contenedores azules de papel para reciclar:** Se ubicaron junto a los armarios de papel confidencial para facilitar la segregación. Esto facilita la eliminación selectiva que realizan los profesionales.

RESULTADOS

- **Puntos de recogida revisados y actualizados,** ajustados a las necesidades reales de producción.
- **Mapas** de situación que permiten una mejor visualización y control de los puntos, facilitando la gestión de los mismos.
- **Trazabilidad.** La información proporcionada en los albaranes de los kilos retirados por puntos de producción, es un sistema eficaz para el control del papel confidencial.
- **Aumento del reciclaje del papel.**

CONCLUSIONES

- Implantación de un sistema sostenible y proporcionado de gestión de documentación confidencial
- Aumento en los niveles de segregación, con la disminución de producción de papel confidencial y la subida en el los índices de reciclable.
- Un importante ahorro económico en la partida destinada a gestión de documentación confidencial.

428 SOSTENIBILIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS

Herrero López, A¹; Herrero López, A²; Matas García, AMDM²; Díaz Cuenca, AM²; Ros Escudero, S³; Meroño Rivera, MD²; Pellicer Orenes, F¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa Lucía; ³Hospital Universitario Santa María del Rosell

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la gestión de residuos en el hospital es resultado de una evolución anterior a la pandemia de COVID-19, cuyos orígenes están determinados por dos condicionantes cruciales como son; la falta de claridad en la normativa, y la falta de concienciación medioambiental de los profesionales de la sanidad, que dificultaba una adecuada segregación y tratamiento de los residuos clínicos peligrosos.

Esto se tradujo en que muchos residuos que no eran peligrosos se clasificaban incorrectamente, lo que complicaba aún más su gestión, masificando y encareciendo su tratamiento. Además, la formación y la información sobre la gestión de residuos eran insuficientes, lo que generaba confusión entre el personal encargado de esta tarea.

OBJETIVO

En una primera fase la prioridad fue la de implantar una segregación adecuada diferenciando los grupos de los residuos peligrosos y lo no peligrosos, encaminado a reducir la cantidad de residuos peligrosos para facilitar su tratamiento adecuado. Esto implicó:

- Conocer mejor los tipos de residuos generados en cada unidad.
- Formar e informar al personal sobre la correcta gestión de residuos.
- Optimizar los recursos para ajustar la producción de cada grupo de residuos.

MATERIAL

La metodología que fue implantando gradualmente, fue:

- Las campañas de formación e información de profesionales.
- Localización de todos y cada uno de los puntos productores de residuos.
- El cartografiado de estos puntos productores por todo el centro sanitario.
- La localización en cada punto de la naturaleza de los residuos generados.

En una segunda fase se implementó un sistema informatizado para el seguimiento de la trazabilidad de la producción de residuos. Este sistema permite:

- Registrar el origen de cada contenedor de residuos recogido en cualquier punto de producción.
- Identificar el tipo de residuo, su variante, el tipo de contenedor, el peso y la fecha y hora de pesaje/recogida.
- Actualizar y mantener al día una cartografía de los puntos de producción destinada a un control más efectivo.

RESULTADOS

Los resultados fueron muy positivos:

Se logró reducir un 35,92% la producción de residuos peligrosos, los datos extraídos del importe total de kilogramos por año fueron:

AÑO KILOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	390.148,21	504.059,90	369.622,10	320.182,47	250.601,25	249.989,38

Los kilogramos producidos en 2024 son el 64% de los producidos en 2019.

- Se estimaron las necesidades de producción de envases, lo que permitió una mejor planificación.
- Se pueden analizar la cantidad y naturaleza de los residuos producidos en los diferentes servicios o unidades para los posteriores estudios y comparaciones.
- Se introdujeron envases reutilizables en un 99% en el grupo III, con la excepción de los corto-punzantes, que requieren un manejo especial.

CONCLUSIONES

La transformación del sistema de gestión de residuos ha sido un gran paso adelante, consiguiendo:

- El establecimiento de cuotas de producción que permiten controlar la generación de residuos y la mejora de la segregación a través de la formación del personal.
- Se ha reducido la producción de residuos peligrosos, lo que es un avance significativo para la sostenibilidad.
- Se han asentado las bases para implementar envases reutilizables en otros grupos, es un indicativo de que se está trabajando hacia un futuro más sostenible.
- La implantación de contenedores reutilizables y reciclados como elemento fundamental en la sostenibilidad medioambiental.

429 SOSTENIBILIDAD EN UCI: ESTRATEGIAS CON GRAN IMPACTO PARA LA DESCARBONIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Larriba Leira, L¹; Mourelo Fariña, M¹; Gago García, E¹; Bemlloch Traba, M¹; Aller Fernández, AV¹; Enjamio Cabado, C²

¹ Area Sanitaria de A Coruña e Cee - Servicio Gallego de Salud; ²Galaria. Servicio Gallego de Salud

INTRODUCCIÓN

El avance médico y tecnológico en UCIs mejoró la atención a pacientes críticos. Actualmente, el desafío del desarrollo sostenible exige acelerar la transición en hospitales, responsables del 4.5% de las emisiones globales, con UCIs generando hasta tres veces más GEI por cama/día que la hospitalización general.

OBJETIVO

El objetivo del Proyecto es mejorar los resultados de sostenibilidad en UCI mediante tres actuaciones:

- Instalaciones e infraestructuras
- Rediseño de procesos con impacto en sostenibilidad
- Consumo de materiales y gestión de residuos

MATERIAL

Para lograrlo, diseñamos un modelo de evaluación del impacto ambiental en UCI con indicadores clave: huella de carbono, consumo de material sanitario y no sanitario, generación de residuos, consumo de energía eléctrica, entre otros.

Formación de **Grupo de Trabajo** Interdisciplinar con profesionales de UCI expertos en sostenibilidad ambiental y colaboradores de otras disciplinas (comunicación, ingeniería hospitalaria...).

Recogida y análisis de datos, auditoría inicial identificando los principales puntos de impacto ambiental en UCI:

- Equipamiento médico y no médico, consumo de energía y calefacción, transporte de personal, pacientes y mercancías, consumo de agua.
- Consumo de desechables y consumibles, productos farmacéuticos, uso del material, generación de residuos sanitarios y no sanitarios.
- Procesos implicados en la generación de estos impactos.

Intervenciones

Seleccionando áreas de mayor impacto y posibilidad de mejora, enfocándose en minimización de la huella ambiental y definición de estrategias de mitigación:

Proceso	Actuación
Infección urinaria	Reducción de determinaciones de laboratorio
Patología pulmonar aguda	Priorización de ecografía para control y diagnóstico: disminuir la realización de radiografías de tórax
Canalización de CVC de acceso periférico y central ecoguiados	Disminución de complicaciones, pruebas RX y reducción de traslados.
Equipamiento	Poner respiradores en "stand-by" tras verificar su funcionamiento para reducir el consumo de aire medicinal y oxígeno.
UCI Virtual	Integración sistemas informáticos y de gestión de historia clínica electrónica: monitorización, solicitud de pruebas, telemetrías..., optimización de recursos, detección precoz y rondas clínicas telemáticas
Uso de fármacos	Combinar formulaciones en un solo sistema y evitar fármacos de poco valor en la curación. Reducción del uso o sustitución de fármacos con mayor impacto (gases anestésicos).
Uso de material	Reducir el consumo de plásticos y productos peligrosos, y mejorar la segregación de residuos

Seguimiento y medición

- Desarrollando un plan de acción con dotación de recursos (equipamiento, software, capacitación).
- Estableciendo indicadores clave de seguimiento del impacto de las intervenciones.
- Diseñando un sistema de retroalimentación con ajustes periódicos.

Formación en sostenibilidad

- Simultáneamente se inicia la formación en sostenibilidad y gestión ambiental para los profesionales de la UCI, dentro del programa “Ecolíderes”, que busca formar líderes que promuevan iniciativas de sostenibilidad en los procesos asistenciales y proporcionen herramientas para integrar criterios ambientales en la práctica clínica diaria.

Evaluación y Mejora

- Evaluando periódicamente el impacto de las medidas.
- Fomentando la participación en la identificación de mejoras.
- Incentivando el intercambio de experiencias para escalabilidad.

RESULTADOS

- Menor consumo energético en UCI mediante procesos más eficientes y nuevo equipamiento sostenible.
- Menor uso de material fungible. (KPI: unidades consumo/mes).
- Sustitución o reducción de productos peligrosos por opciones de menor impacto ambiental. (KPI: kg-l-unidades/mes).
- Mejora en gestión de residuos, mejor segregación y reducción de residuos peligrosos. (KPI: kg residuos totales/mes, % RP).
- Disminución de huella de carbono. (KPI: tCO₂eq/año).

CONCLUSIONES

La descarbonización del sector sanitario es una necesidad y una oportunidad para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud, desempeñando las UCIs un papel clave debido a su contribución.

Este proyecto además de contribuir a la reducción del impacto ambiental de UCI, es fácilmente escalable a otras unidades proporcionando un marco práctico para medir el comportamiento ambiental, la huella de carbono, establecer objetivos de reducción y adoptar estrategias alineadas con los ODS y el Acuerdo de París.



AT1

AT2

AT3

AT4

AT5

COMUNICACIONES ORALES

PÓSTERS

AT1

AT2

AT3

AT4

AT5



551

432 TELEPRESENCIA: TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE BASADA EN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL

Sánchez Antolín, G¹; Marcos Carrasco, N¹; Carbajosa Rodríguez, V²; Enriquez De Salamanca Gambara, R²; Albadalejo Blanco, C¹; Sañudo García, S¹

¹Hospital Universitario Río Hortega; ²Area Sanitaria Valladolid Oeste

INTRODUCCIÓN

La telepresencia es un modo de teleatención sanitaria que ofrece al paciente una atención sanitaria de calidad que permite la asistencia simultánea, en tiempo real, de más de un profesional a un paciente, de manera presencial y a distancia, compartiendo imagen y vídeo entre los profesionales a través de la red. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud incluye la utilización de las tecnologías de la información en el SNS para mejorar la atención a los ciudadanos. Por tanto, se están desarrollando distintas iniciativas destinadas a ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de calidad, incluso en áreas remotas evitando desplazamientos innecesarios y conectando para ello, ambos niveles asistenciales con objeto de coordinar la atención del paciente. El trasplante hepático es un procedimiento centralizado en Hospitales de referencia, lo que condiciona que algunos pacientes tengan que recorrer grandes distancias para poder ser atendidos en una unidad de trasplante.

OBJETIVO

Poner en marcha un programa piloto de telepresencia destinado al control de pacientes Trasplantados hepáticos en un sistema sanitario. Analizar si esta es una atención de calidad y conocer la percepción de los pacientes y profesionales de atención primaria y hospitalaria sobre uso de esta tecnología en la práctica clínica.

MATERIAL

Se diseñó un programa piloto de telepresencia para el control coordinado entre Atención Primaria y Hospitalaria, de los pacientes trasplantados en la Unidad de trasplante hepático. Para ello se diseñó un protocolo multidisciplinar que incluía directivos, admisión, informática, enfermería y especialistas de atención primaria y hospitalaria, para coordinar en el proyecto, los aspectos relacionados con la tecnología, la cita simultánea en ambos niveles, la propia atención sanitaria por parte de médicos y enfermería y la gestión del proyecto. Tanto en los centros de salud como en el hospital existen pantallas de telepresencia, de muy alta calidad, con posibilidad de conexión digital de dispositivos médicos como fonendo digital, otoscopio etc. Se programó la cita simultánea de los pacientes en ambos niveles asistenciales, y la atención sanitaria fue realizada presencialmente con el paciente en el centro de salud acompañado por el especialista en atención primaria y la enfermera. Desde el hospital el hepatólogo, y la enfermera de hepatología, interaccionaron con el paciente de manera virtual. Se recogieron los datos de la atención sanitaria en la historia clínica electrónica de Primaria y hospitalaria registrando los datos de exploración, clínicos, analíticos y tratamiento como habitualmente. Todo ello siguiendo un protocolo preestablecido y tras la firma del consentimiento informado por parte del paciente.

RESULTADOS

Se inició el programa piloto con la cita de los primeros pacientes. El funcionamiento del sistema de telepresencia fue adecuado en todos los casos, y la pantalla de telepresencia fue sencilla de usar. La cita coordinada en ambas historias clínicas permitió el registro adecuado de la atención sanitaria. Los pacientes y los profesionales sanitarios se sintieron cómodos con la experiencia y con la buena calidad de la imagen y del sonido. En uno de los pacientes se diagnosticó un epiteloma basocelular en zona nasal

CONCLUSIONES

La telepresencia es una forma de telemedicina avalada por el Ministerio de Sanidad en su plan de digitalización del sistema sanitario. Este programa piloto ha conseguido diseñar una estrategia de implantación coordinada por todos los profesionales implicados, facilitando la adopción de la tecnología tanto por profesionales, como pacientes y gestores para avanzar en la digitalización del sistema sanitario mejorando la accesibilidad de los pacientes que precisan controles en hospitales de referencia lejanos a su domicilio.

434 TRANSFORMACIÓN DE CAJAS DE POREXPAN EN EL SECTOR SANITARIO: UN PROYECTO DE ECONOMÍA CIRCULAR PARA LA SOSTENIBILIDAD

Rodríguez Sanchidrián, J¹; Cerrillo Martín, A¹; Araque Sánchez, M¹; Sierra Rico, C¹; Oñate Heredero, C¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La economía circular es un modelo de producción y consumo basado en la reutilización, el reciclaje y la reducción de desechos. Este modelo busca maximizar el valor de los productos y materiales durante su ciclo de vida, manteniéndolos en uso el mayor tiempo posible, lo que ayuda a reducir la extracción de recursos naturales y minimizar el impacto ambiental. A nivel global, la economía circular se ha consolidado como una estrategia esencial para la sostenibilidad, con beneficios tangibles como la reducción de residuos y la disminución de la huella de carbono.

OBJETIVO

Este proyecto tiene como objetivo aprovechar las cajas de porexpan que se reciben en el hospital con productos farmacéuticos refrigerados para ser recicladas, transformándolas en bloques de alta densidad que se utilizan en la construcción ecológica, específicamente en la fabricación de placas de aislamiento térmico y acústico.

Esto se logra a través de su recolección, transporte y transformación en bloques de alta densidad, los cuales se utilizan como materia prima para la fabricación de materiales para la construcción ecológica. De esta forma, se busca:

- Reducir la cantidad de residuos de porexpan.
- Promover la economía circular mediante el reciclaje de materiales y su conversión en productos útiles.
- Disminuir la huella de carbono asociada al transporte de estos residuos.
- Cumplir con las normativas medioambientales.

MATERIAL

El material utilizado en este proyecto son las cajas de porexpan (poliestireno) que el hospital recibe de forma regular con los productos farmacéuticos que requieren refrigeración. Estas cajas, al finalizar su uso, son segregadas y transportadas a una empresa privada subcontratada para su reciclaje.

Método:

1. Recolección: Las cajas de porexpan se recogen de forma segregada en el hospital y se almacenan en jaulas de reciclaje.
2. Transporte: Las jaulas llenas de cajas se transportan en camión hasta las instalaciones de la empresa encargada del reciclaje.
3. Proceso de Reciclaje: En las instalaciones, las cajas son sometidas a un proceso de compresión que las transforma en bloques de alta densidad. Este proceso tiene un índice de compactación de 50/1, es decir, 50 cajas se comprimen para formar una barra de porexpan de alta densidad.
4. Transformación: Los bloques de alta densidad resultantes se utilizan como materia prima para la fabricación de placas de aislamiento térmico y acústico, aplicadas en la construcción ecológica.

RESULTADOS

Desde el inicio del proyecto, se han recogido un total de 124 jaulas de cajas de porexpan, lo que ha dado lugar a la producción de 57 bloques de alta densidad. Cada bloque de alta densidad corresponde a la compresión de un volumen significativo de porexpan, que anteriormente hubiera terminado en vertederos.

El índice de compactación de 50/1 significa que las cajas recicladas ocupan un volumen considerablemente menor una vez transformadas en barras, lo que reduce de manera significativa la cantidad de camiones necesarios para transportar el material. Mientras que antes se requerían 50 camiones para transportar el porexpan no reciclado, ahora solo se necesita un único camión para transportar las barras de alta densidad. Esto no solo optimiza el transporte, sino que también reduce las emisiones de CO₂ asociadas al mismo.

CONCLUSIONES

El proyecto ha demostrado ser un éxito en varios aspectos clave:

- Reducción de residuos: Se ha logrado una reducción en la cantidad de residuos, contribuyendo de esta manera a la gestión responsable de los residuos.
- Beneficios medioambientales: La transformación del porexpan en bloques de alta densidad para la fabricación de materiales de construcción ecológica promueve la economía circular.
- Optimización del transporte: se ha logrado una mejora en la eficiencia del transporte, reduciendo la cantidad de camiones necesarios para trasladar el material reciclado, lo que conlleva una disminución en la huella de carbono.

**AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****COMUNICACIONES ORALES****PÓSTERS****AT1****AT2****AT3****AT4****AT5****553**

485 INFORMÁTICA DE LA SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO: HACIA UNA TRANSFORMACIÓN DIGITAL SOSTENIBLE DEL SISTEMA SANITARIO

Torres Santos Olmo, RM¹; Reverter Vázquez, S¹; Martín Sánchez, F¹

¹Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

El cambio climático y la contaminación ambiental son desafíos sociotécnicos críticos para el sistema sanitario actual. Aunque las tecnologías de la información (TI) han mejorado la atención sanitaria, también han incrementado el consumo energético y de agua, la generación de residuos electrónicos y las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI), siendo responsable de entre el 4 % y el 10 % de las emisiones globales, según diversas fuentes, lo que lo convierte en una causa del cambio climático. La informática de la salud desempeñar un papel decisivo para optimizar los sistemas de salud, minimizando el impacto ecológico de nuestras prácticas clínicas como parte del cuidado del paciente.

OBJETIVO

Explorar el papel de la informática de la salud en la mitigación y adaptación al cambio climático, identificando cómo puede contribuir a reducir la huella ambiental del sistema sanitario y considerando cómo puede integrar nuevos tipos de datos para comprender mejor los impactos del cambio climático en la salud humana.

MATERIAL

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura científica. Se diseñó una estrategia de búsqueda en PubMed combinando los siguientes términos: *artificial intelligence, digital health, medical informatics, machine learning, climate change, global warming, climate change health, climate change human, human health, public health*.

De un total de 520 artículos, se seleccionaron 20 relevantes para el análisis cualitativo. Se priorizaron revisiones, marcos conceptuales y artículos que abordaran la interacción entre clima, salud e informática de la salud, a través de la interoperabilidad y la sostenibilidad de la informática sanitaria.

RESULTADOS

Los artículos analizados muestran una doble vertiente en la que la informática de la salud puede contribuir a la sostenibilidad:

1. Mitigación del impacto ambiental del sistema sanitario: reducción de emisiones mediante telesalud, optimización energética y estrategias de TI sostenibles. Modelos como el marco I-CLIMATE, integran decisiones clínicas, gobernanza ambiental y economía circular digital. La iniciativa *European Green Digital Coalition*, cuyo objetivo es aprovechar el potencial transformador de las soluciones digitales para reducir emisiones, siendo una oportunidad estratégica en el ámbito sanitario, para integrar tecnologías digitales sostenibles que contribuyan a descarbonizar el sistema sanitario, reducir su huella ambiental y avanzar hacia modelos de atención más eficientes, resilientes y alineados con la Agenda Verde Europea. El uso de la inteligencia artificial evita servicios innecesarios o ineficientes, reduciendo la huella de carbono.
2. Adaptación y respuesta a los efectos del cambio climático sobre la salud, con la integración de datos clínicos, ambientales y sociales (enfoque del exposoma), con la utilización de sistemas de vigilancia epidemiológica digital para brotes relacionados con fenómenos climáticos extremos y el desarrollo de infraestructuras informáticas resilientes y redes de información para dar respuesta a catástrofes.

Se destaca la necesidad de formar talento digital con sensibilidad ambiental y de crear una cultura institucional donde la sostenibilidad sea parte de la calidad asistencial.

Nuestro hospital se alinea con las estrategias europeas de sostenibilidad sanitaria, integrando principios de informática de la salud. A través de comisiones internas y formación específica, impulsamos una **cultura de seguridad medioambiental**. Estas acciones promueven el uso responsable de tecnologías digitales, la reducción de emisiones y una atención más eficiente y resiliente, en línea con iniciativas como I-CLIMATE y la *European Green Digital Coalition*.

CONCLUSIONES

La transformación digital de los sistemas de salud debe incorporar criterios de sostenibilidad y responsabilidad climática. La informática de la salud sitúa a los profesionales de la salud digital en el centro de la acción climática, como defensores, diseñadores y líderes del cambio. La garantía en la seguridad medioambiental es principio rector en la innovación sanitaria. La integración inteligente de datos, procesos y tecnologías, alineada con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, crea organizaciones eficientes, justas, resilientes y responsables con el planeta.

490 HACIA EL HOSPITAL VERDE: LA SENDA DE SOSTENIBILIDAD

Reverter Vázquez, S¹; Abad Revilla, A¹; Royon Gómez, E¹; Gusi Gil, S¹; Tejera Cabellos, E¹; Cobas Gamallo, J¹

¹ Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

Partiendo del hecho de que el sistema sanitario genera el 4,4% de la huella de carbono total de España, la sostenibilidad se ha convertido en un pilar fundamental para las instituciones sanitarias que buscan minimizar su impacto ambiental y promover el bienestar social. Conscientes de esta responsabilidad, el hospital adopta una estrategia integral alineada con la Agenda 2030 de la ONU e incorpora los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la gestión diaria para cambiar el mundo a partir de la defensa de las personas, la naturaleza y el planeta.

OBJETIVO

El principal objetivo es desarrollar una estrategia sostenible desde las perspectivas social, ambiental y económica, que sirva de marco para la misión del hospital que es ofrecer una asistencia sanitaria segura y de calidad. Esta estrategia busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas, fomentar un crecimiento económico inclusivo y sostenible, cuidar del planeta y trabajar en favor de una sociedad más justa.

MATERIAL

El hospital transita por una senda claramente orientada hacia la sostenibilidad desde el año 2002, cuando se hace la primera revisión ambiental. Desde entonces, son muchos los hitos conseguidos como la creación de la Sección de Gestión Ambiental y posteriormente la de RSC, la puesta en marcha de un importante punto limpio en 2005, la introducción de productos de comercio justo o el plan de igualdad son algunos de ellos. En 2021 se incorpora el compromiso con los ODS y se crea un departamento específico, primero de estas características en un hospital. Tras la certificación de calidad, también pionera en el sector hospitalario español, se crea la primera comisión de Desarrollo Sostenible y Determinantes de la Salud.

RESULTADOS

El hospital está transitando por una senda hacia el hospital sostenible con múltiples acciones dirigidas a la protección de las personas, los recursos y el planeta. La integración de los ODS en la estrategia del hospital está permitiendo tejer una profunda cultura ambiental y socialmente responsable que está inspirando a los diferentes servicios del hospital en la puesta en marcha de iniciativas encaminadas a proteger el planeta y la salud de las personas: Uci verde, Farmacia Verde, Green Digital son algunos ejemplos.

CONCLUSIONES

El centro ha demostrado un firme compromiso con la sostenibilidad, integrando los ODS en su estrategia y operativa diaria. Las acciones emprendidas están ayudando a reducir el impacto ambiental y promover prácticas responsables en la gestión hospitalaria. La creación de la Oficina para el Desarrollo Sostenible y Agenda 2030 ha sido clave para coordinar y potenciar estas iniciativas, sirviendo de modelo para otras instituciones sanitarias que buscan transitar hacia una gestión más sostenible y comprometida con el bienestar de la sociedad y el planeta.

494 UNIDAD MÓVIL RX

Calle Vellés, F¹; Calle Velles, F²; Gonzalez Taboada, L³; Ferro Soto, M⁴

¹Xerencia AS Santiago de Compostela. SERGAS; ²Director AP. Xerencia AS Santiago de Compostela; ³Director Hospital. Xerencia AS Santiago; ⁴Xerencia AS Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La necesidad de acceder a la radiología simple desde varios centros de salud de nuestra área sanitaria y la falta de espacio en estos dispositivos asistenciales junto con la dispersión geográfica de nuestro ámbito geográfico, nos hizo valorar otras formas de atención.

Intentamos primar la accesibilidad del paciente con la cercanía de la prueba complementaria a su centro de salud.

Se consiguió dar servicio a más de 29.000 usuarios en seis dispositivos asistenciales, puntos de atención con la misma unidad móvil con apoyo de la IA.

OBJETIVO

Analizar los tres primeros meses de funcionamiento de la unidad móvil de radiología simple de AP en nuestro AS.

La accesibilidad en relación a la demora desde la solicitud hasta la realización de la prueba.

Los desplazamientos evitados a los pacientes en km al acercar la prueba a su centro de salud, ayuntamiento, liberando plazas de aparcamiento en el complejo hospitalario.

Las emisiones de CO₂ evitadas en función de esos desplazamientos no realizados en comparación con la sala de radiología convencional.

MATERIAL

Agendas pacientes citados (semanales) en las seis ubicaciones. 127 pruebas realizadas a la semana.

- 43 RX a 38,5 km.
- 41 RX a 33,4 km.
- 8 RX a 37,5 km.
- 14 RX a 32,3 km.
- 19 RX a 47,3 km.
- 12 RX a 25,3 km.

Distancia desde los centros de salud donde se realiza la prueba radiológica de la unidad móvil a la sala de radiología convencional del complejo hospitalario.

RESULTADOS

Disminución de la demora en las citas desde la creación de la nueva unidad móvil de RX que da servicio a seis centros de salud dispersos de nuestro AS.

Mejora de la accesibilidad física para el usuario al acercar la prueba complementaria a su centro de salud y por lo tanto a su domicilio.

Km evitados: A un total de 96 pacientes se evitaron un total de 6.885 km. de desplazamientos en la semana del 16 al 20 de diciembre de 2024.

Además del ahorro de combustible y tiempo para el usuario, supuso dejar 96 plazas de aparcamiento libres esa semana en un complejo hospitalario donde escasean.

El evitar 6.885 km. supone una disminución en las emisiones de CO₂ que se calcula por km. en función de los vehículos utilizados que en nuestro medio, más del 80% continua siendo diésel.

CONCLUSIONES

La creación de la unidad móvil de rx, pionera en nuestro medio, además de cubrir una necesidad en un medio muy disperso y en el que la creación de unidades estándar estarían infrutilizadas, supone, no sólo una mejora en la accesibilidad para el ciudadano y facultativo (por la disminución del tiempo de demoras y el apoyo de la IA) si no una mejora no despreciable en las emisiones de gases de efecto invernadero que podemos cuantificar en función de los km evitados a los pacientes.

Contamos una experiencia real, desde su implantación en el mes de noviembre de 2024 hasta la actualidad en la que puede ser la primera unidad móvil de RX de AP de España.

495 **CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO SOSTENIBLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO A TRAVÉS DE ACCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO**

Ojeda Feo, JJ¹; Reverter Vázquez, S¹; Abad Revilla, ¹; Arizaga Lobeto, N¹; García Quero, C¹; Lafuente González, ¹¹

¹ H. La Paz

INTRODUCCIÓN

La Agenda 2030 contempla en su meta 3.a el fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda. De esta forma, y en el marco de la Estrategia 2020-2025 del hospital, se han incorporado desde el año 2021 acciones dirigidas a los ODS más relevantes para la organización. Así, nuestras partes interesadas nos han trasladado la importancia que tienen los propios profesionales en la prevención del consumo de tabaco dado que somos modelos a seguir en la promoción de la salud y el bienestar, especialmente cuando fumamos dentro del recinto hospitalario.

OBJETIVO

Identificar y promover acciones a nivel de hospital que contribuyan a la consecución de la meta 3.a de la Agenda 2030, abordando no sólo actuaciones relacionadas con el ODS 3 Salud y bienestar sino con otros ODS relacionados.

MATERIAL

Se analizaron las 169 metas que se incluyen en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030 de Naciones Unidas y se identificaron acciones específicas que pudieran tener un impacto en la meta 3.a. Se incluyó en este análisis a la Comisión Antitabaco del hospital y a los Servicios con más relación en la prevención del tabaquismo. Se definieron las acciones y los hitos e indicadores asociados para evaluar su cumplimiento.

RESULTADOS

Se identificó que el control del tabaco en el ámbito hospitalario se relaciona con los ODS 3, 8, 9, 10 y 13. Se acordó la media y seguimiento de indicadores específicos relacionados con la meta 3.1 entre los que se encuentra la reducción en la prevalencia de trabajadores del hospital que son fumadores.

Se elaboró una encuesta a la que podían responder libremente, de forma anonimizada todos los trabajadores del hospital, independientemente de su estamento. La encuesta se colgó en la página de inicio de la intranet durante los 2 meses previos al Día Mundial sin Tabaco 2024.

Se reforzó a través de un recordatorio la normativa de prohibición de fumar en el recinto hospitalario, actualizado y firmado por el director gerente con motivo del Día Mundial sin Tabaco 2024.

Se ha puesto en marcha una consulta específica para ayudar a los trabajadores del hospital a abandonar el hábito tabáquico. Para acceder a ella hay que pedir cita a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

CONCLUSIONES

La contribución a los ODS, y el control del tabaco más específicamente, necesita un planteamiento estratégico a nivel de hospital, así como la colaboración de las comisiones técnicas consultivas y los servicios implicados más directamente en su consecución.

Las acciones propuestas han contado con la Comisión Antitabaco, los Servicios de Neumología y de Prevención de Riesgos Laborales, la Oficina para el Desarrollo Sostenible y Agenda 2030, y el apoyo imprescindible de la Dirección del hospital dado que se enmarca a su vez dentro del proyecto Hospital Saludable.

Los hitos e indicadores propuestos se van consiguiendo según lo previsto de tal forma que en futuras evaluaciones se espera conseguir una mejora importante a este respecto.





LIDERANDO LA TRANSFORMACIÓN

24^º
Congreso
Nacional de



HOSPITALES
y Gestión
Sanitaria

28 AL 30 DE MAYO DE 2025

Zaragoza

LIBRO DE
COMUNICACIONES

